



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONDICIONES PREDISPONENTES EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO. UNIDAD
ONCOLÓGICA INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), MERIDA 2023**

www.bdigital.ula.ve

Autor: Ocampo Quintero Joan Sebastián

Tutor: Esp. Gualdrón F. César E.

Mérida, octubre 2023



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONDICIONES PREDISPONENTES EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO. UNIDAD
ONCOLÓGICA INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), MERIDA 2023**

www.bdigital.ula.ve

Trabajo de Grado como requisito para optar al Grado de Licenciatura en
Enfermería

Autor: Ocampo Quintero Joan Sebastián.

Tutor: Esp. Gualdrón F. Cesar E.

Mérida, octubre 2023

II

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación fruto de mi constancia y dedicación a:
Dios todopoderoso por darme salud y fuerzas para seguir adelante día a día y ser la luz que
ilumina mi camino.

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTO

La culminación satisfactoria del presente trabajo no hubiese sido imposible sin la participación de diversas personas e instituciones, por lo tanto, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para hacer justo y consecuente, en este sentido, expreso mi más sincero agradecimiento:

A Dios, padre celestial, por bendecirme guiarme y darme sabiduría para alcanzar esta meta.

A mis padres, Álvaro Ocampo y Hilda Quintero por encomendarme en sus oraciones y ser apoyo incondicional. Los amo

A mis hermanos, Álvaro Andrés, Cristhian Camilo y Juan Pablo, por estar siempre a mi lado y estimular mi formación académica.

A mi esposa, Katherine Guillen, por su apoyo incondicional y comprensión en esta etapa. Te amo mucho

A mi cuñada, Pierina, estuviste presente en los momentos que lo necesitaba.

A mi suegra, Maria cadenas, por permitirme ser un miembro más en la familia.

A toda mi familia, fuente de humildad y unión.

A la Lcda. Lilian Monsalve, por sus orientaciones durante la elaboración del presente trabajo de grado.

Al tutor, Cesar Gualdrón, por su sugerencias y contribuciones, lo cual permitió que este sueño se hiciera realidad.

A la Unidad Oncológica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), por la colaboración prestada durante el desarrollo de este estudio.

A la Universidad de Los Andes (ULA), por permitirme la adquisición de nuevos saberes.

A todas aquellas personas que contribuyeron al logro de esta meta. Joan

INDICE GENERAL		Pág.
Dedicatoria.....		I
Agradecimiento.....		II
Índice General.....		III
Índice de Cuadros.....		IV
Índice de Tablas.....		V
RESUMEN.....		VI
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....		1
Formulación del Problema.....		5
Objetivos de la investigación.....		3
Objetivo general.....		3
Objetivos específicos.....		3
Justificación e importancia de la investigación.....		4
Alcances y limitaciones.....		4
Línea de investigación.....		5
Consideraciones éticas.....		5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....		7
Antecedentes de la investigación.....		7
Bases Teóricas.....		12
Teoría del autocuidado.....		20
Bases legales.....		23
Sistema de variables. Operacionalización.....		24
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....		26
Tipo y diseño de investigación.....		26
Población y Muestra.....		26
Criterios de inclusión y Exclusión.....		26
Procedimiento para recabar la información.....		28
Validez del instrumento.....		28
Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos.....		31
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....		32
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		45
Conclusiones.....		45
Recomendaciones.....		45
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....		49
ANEXOS “A” Instrumento de recolección de datos.....		54

ÍNDICE DE CUADROS

	pp.
Cuadro 1. Operacionalización de variable.....	25

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	pp.
Tabla 1. Validez de contenido del cuestionario.....	31
Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes.....	32
Tabla 3. Enfermedades precursoras infección por Helicobacter.....	34
Tabla 4. Enfermedades precursoras gastropatías hipertróficas.....	35
Tabla 5. Enfermedades precursoras poliposis adenomatosos.....	36
Tabla 6. Condiciones psicosociales tipo hábitos alimenticios.....	37
Tabla 7. Condiciones psicosociales tipo hábitos tabáquicos.....	38
Tabla 8. Condiciones psicosociales manifestaciones.....	38
Tabla 9. Condiciones psicosociales tipo hábitos chimoicos.....	39
Tabla 10. Condiciones psicosociales tipo hábito alcohol étílico.....	40
Tabla 11. Rol de Enfermería rol educativo.....	41
Tabla 12. Rol de Enfermería rol terapéutico.....	43



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONDICIONES PREDISONENTES EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO. UNIDAD
ONCOLÓGICA INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), MERIDA 2023**

Autor: Ocampo, Q. Joan, S.

Tutor: Esp. Gualdrón F. Cesar E.

Mérida, mayo 2023

RESUMEN

El objetivo de la investigación consistió en determinar las condiciones predisponentes en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico, que ingresan a la Unidad Oncológica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Periodo julio – septiembre 2023. Su enfoque fue no experimental, de tipo descriptivo, con diseño de campo y corte transversal. La población estuvo conformada por 18 pacientes y una muestra de 12 pacientes que fueron diagnosticados con biopsia, que ingresaron a unidad en el periodo establecido y que estaban en las edades comprendidas de 18-60 años. Se utilizó un cuestionario tipo escala de Likert, el cual fue validado bajo la técnica “Juicio de Expertos”. Los resultados de la variable sociodemográficas revelaron que el 33,33% con más frecuencia fue la edad entre los 60- 70 años, el género masculino con 58,3%, un nivel educativo de secundaria completa con 33,33%, cuyo periodo de diagnóstico fue de 10-12 meses. Enfermedades precursoras con un 33,33% la hereditaria de Helicobacter Pylori, con 38,89% pérdida de peso, 50% de heces de color oscuras. En las condiciones psicosociales un 41,67% consumen alimentos en horas habituales, acompañados de alimentos balanceados, un 41,67% bajo consumo de tabaco y un 58,33% presentaron situaciones estresantes. Referente al rol del profesional de enfermería, común 41,47% siempre orientó a los cuidados, el 33,33% educó en los efectos secundarios del tratamiento y un 50% casi nunca dio información de la enfermedad actual. Se concluyó que las condiciones predisponentes del cáncer gástrico siguen siendo el Helicobacter pylori y en el adulto mayor de prevalencia masculino, con predominancia a las situaciones de estrés y siempre el personal de enfermería cumple el rol de orientación y educar al paciente y familia en relación al cuidado de su enfermedad.

Palabras Clave: Cáncer, Cáncer gástrico, condiciones predisponentes, rol enfermero.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El cáncer es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, cuya característica definitoria es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos; llamando a este proceso metástasis y definida como la principal causa de muerte. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022).

En el 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones (Ferlay et al, 2021), siendo los más comunes, los diagnosticados como nuevos casos de mama (2,26 millones de casos), pulmón (2,21 millones de casos), Colonrectal (1,93 millones de casos), de próstata (1,41 millones de casos) de piel (distinto del melanoma) (1,20 millones de casos); y gástrico (1,09 millones de casos) y los que causaron más pérdidas humanas fueron el cáncer de pulmón (1,8 millones de defunciones), colorrectal (916 000 defunciones), hepático (830 000 defunciones), gástrico (769 000 defunciones) y de mama (685 000 defunciones). (OMS, 2022); aunque los tipos de cáncer más frecuentes varían en función del país, cada año se producen más de 85.000 nuevos casos de cáncer de estómago y 65.000 muertes por este tipo de cáncer en las Américas. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2014).

Este es un órgano ubicado del lado izquierdo, en la parte superior del abdomen, que participa en la digestión de los alimentos. (Instituto Nacional del Cáncer. 2023). Es por ello que es uno de los tipos de cáncer más frecuentes y uno de los cuales produce gran mortalidad; dado que, la mayoría de casos se detectan en estadios tardíos, no solo por la falta de prevención, sino también por la propia naturaleza de la enfermedad porque los síntomas se presentan en etapas avanzadas, el cual refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano. Por lo tanto, se puntualiza en el estómago y comienza a partir de uno de los tipos de células que se

encuentran en su revestimiento, siendo el adenocarcinoma el más común. (Soto, et al, 2001)

La incidencia del cáncer aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. (OMS, 2022), pero en la actualidad se pueden evitar entre el 30% y el 50% de los casos si se reducen los factores de riesgo y se aplica estrategias preventivas basadas en la evidencia. Tal es el caso de América Latina, específicamente en Brasil y Chile donde las publicaciones puntualizan una mayor sobrevivencia de casos de enfermos con adenocarcinoma y su probabilidad se debe a que el estado participa en la salud de sus habitantes. (Kang, et al, 2009); en Perú durante los años 2006 al 2016, la mortalidad de esta enfermedad mostró una tendencia descendente en la mayoría de los departamentos, donde la tasa de defunciones se ajustó en el 2016, disminuyendo en un 14,6% en comparación con el año 2006. El número de fallecidos fue mayor en los varones que en las mujeres; resultado similar surgieron en Ambato – Ecuador, describiendo que el grupo más afectado de cáncer gástrico son los varones de hasta 60 años y con antecedentes de fumador crónico, alimentación con comida ahumada, gastritis con infección de *Helicobacter Pylori*, con síntomas de más de un año de presentarse. (Martínez, 2016).

Para el año 2013 en Venezuela, el cáncer gástrico era la principal causa de muerte del estado Táchira. Con una particular elevada tasa de mortalidad en los estados andinos. Los esfuerzos realizados en la detección temprana basados en estudios radiológicos y endoscópicos no permitieron cubrir gran parte de la población. La identificación de lesiones pre malignas y cáncer asociadas a la infección por *Helicobacter pylori* propiciaron el desarrollo de proyectos epidemiológicos de prevención primaria que tendían a incidir sobre estilos de vida y factores dietéticos. La erradicación de *H. pylori* fue con el uso de terapia antimicrobiana convencional dando resultados controvertidos en diferentes latitudes, con los mismos esquemas terapéuticos. (Medina, et al, 2013). Según reporte de la OMS para el 2020 las muertes causadas por Cáncer de estómago en Venezuela han llegado a 2.175 (1,38% de todas las muertes), cuya tasa de mortalidad por edad fue de 7,93 por 100,000 de población; ocupando el lugar número 63 en el mundo.

Tomando en consideración al Cáncer Gástrico, las estimaciones realizadas en el sistema de registro del Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

(IAHULA) correspondiente al año 2016 - 2019, hubo una incidencia de casos de 139 pacientes reflejando que la edad de los pacientes con Cáncer Gástrico oscila entre 15 y 94 años, además el 71% son hombre y el 53% son mujeres. (Departamento de Estadística de la Salud del IAHULA, 2023).

En tal sentido, la presente investigación asume el abordaje del cáncer gástrico, situación que conlleva a establecer la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las condiciones predisponentes en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico, que ingresan a la Unidad Oncológica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA)?

1.2 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar las condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida (julio – septiembre 2023).

Objetivos Específicos

1. Describir los datos sociodemográficos de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).
2. Identificar las manifestaciones de las enfermedades precursoras predisponentes en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).
3. Definir las condiciones psicosociales en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).
4. Analizar el rol de enfermería en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

1.3 Justificación de la investigación

Tomando en consideración los cambios que ocasiona el Cáncer Gástrico en pacientes oncológicos, resulta oportuno abordar las necesidades que genera esta patología en relación con la Enfermería, lo cual proporciona el cuidado del paciente, De allí, la importancia de determinar las condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes que inciden en el Cáncer Gástrico en función de la gestión de enfermería. Por lo tanto, los beneficiarios directos del estudio son los pacientes, porque repercute en el aspecto educativo a nivel de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aunado a la asistencia del paciente.

En su acción práctica, esta investigación es de gran relevancia porque se convierte en una alternativa para el abordaje de una necesidad detectada en función de la falta de información actualizada en relación con factores predisponentes en el Cáncer Gástrico. En este sentido, los resultados obtenidos propiciarán una proyección estadística favorable para conocer la realidad de la patología oncológica, lo cual contribuye al desarrollo de políticas y estrategias de salud hacia un diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno en grupos etarios.

De igual manera, el estudio puede servir como referente o material de consulta para quienes en el futuro realicen investigaciones similares porque contiene teorías y conceptos sobre el Cáncer Gástrico con su correspondiente discusión, lo cual favorece la línea temática que da respuesta a las interrogantes planteadas como supuestos en función de las variables.

Por otra parte, la investigación se justifica metodológicamente porque está dirigida a incrementar la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen la posible solución de un problema o necesidad.

1.4 Alcances y limitaciones

En esta sesión de la investigación, resulta oportuno indicar que las limitaciones deben ser consideradas por el investigador en función de los obstáculos que eventualmente pudieran presentarse durante el desarrollo del estudio y que escapan del control del investigador (Arias, 2012). El tiempo, la disposición del paciente a dar

respuesta al instrumento y los permisos para la aplicación del instrumento en la Unidad oncológica, IAHULA, Mérida.

1.5 Línea de investigación

La Universidad de Los Andes en pro de la academia y en conjunto con la Escuela de Enfermería perteneciente a la facultad de Medicina, se encarga de la formación profesional íntegra de los estudiantes que allí hacen vida; por lo cual, y como requisito del último semestre de la carrera de enfermería se ha planteado incorporar la presentación del Trabajo Especial de Grado; inmersa en la línea de investigación “Desarrollo Profesional de Enfermería, con sus bases conceptuales de la profesión, el proceso enfermero y las estrategias de desarrollo cognitivos y actitudinales, tecnologías de información y comunicación, la cual pertenece a la dirección del Grupo de Investigación “Historia y Pensamiento Enfermero”, adscrito al Departamento de Enfermería en Fundamentos Clínicos y Quirúrgicos.

1.6 Consideraciones éticas

Enfermería como disciplina implica según el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela, 2008, la gestión de sus funciones implícitas estas en los Artículo 1, 2 y 3 que alude a la conducta del profesional de la enfermería en sus relaciones con las personas, instituciones públicas, privadas o autónomas, usuarios de sus servicios, autoridades civiles y/o militares, colaboradores, colegas y consigo mismo y será aplicable en todos los actos de su vida profesional y/o privada a fin de que su actuación desempeñen todas las con sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros e integrantes del equipo de salud, sujeto, familia y comunidad.

De igual manera, su actuaciones deben fundamentarse en preservar la vida, cumpliendo los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, de Justicia, autonomía, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad, veracidad y fidelidad, enfatizados estos en los Artículos 28, 29 y 30 de este mismo código y que involucran las

relaciones interpersonales del personal de enfermería con el usuario de una forma holística y estrictamente profesional, dentro de un clima humano de confianza y respeto mutuo; teniendo la integración y el consentimiento familiar y social.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Todo trabajo de investigación trae implícito la realización de un conjunto de acciones que forman parte de su estructura y a su vez, conduce al logro de los objetivos planteados. En tal sentido, en el presente capítulo se destacan los antecedentes, las bases teóricas y las bases legales que dan sustento al estudio, cuyas especificaciones se desarrollan a continuación. Con relación a la temática de la investigación, por considerar algo novedoso para el ámbito de salud, se dificulta un tanto recabar información al respecto, sin embargo, se consideró necesario abordar algunas investigaciones previas relacionadas con el tópico en estudio.

2.1 Antecedentes de la investigación

Los antecedentes de la investigación están referidos a los avances y conocimientos obtenidos a través de estudios rigurosos, sistemáticos y organizados en una temática particular y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones. (Arias, 2012). En este sentido, se realizó una búsqueda de estudios similares, entre los cuales se cita:

Calahorrano. y Cortez. (2021) elaboraron un estudio titulado Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes atendidos en la Unidad Oncológica Peninsular – SOLCA, Santa Elena, en el período 2016 a 2018 en Universidad Católica Del Ecuador, Quito. La investigación refiere que la presencia de una neoplasia maligna que surge de las células del estómago se conoce como cáncer gástrico. En el 2018 constituyó el 5.7% de los casos nuevos de todas las neoplasias en el mundo. En el Ecuador, entre el año 2016 y 2018 los fallecimientos por cáncer gástrico superaron los 4000 casos, lo que pone en evidencia el impacto de la enfermedad en la mortalidad de los ecuatorianos.

Se determinó que la neoplasia maligna del antro pilórico abarcó un 43.2% de la población, y al menos un 89.2% de los pacientes estuvieron en una etapa avanzada de la enfermedad. El 64.9% de pacientes presentaron tumores malignos pobremente diferenciados y el tipo de adenocarcinoma más frecuente fue el difuso con un 67.6%. Se encontró que la infección por H. pylori fue reportada en el 48.6% de la población y tuvo

una relación estadísticamente significativa ($P=0.033$) con la neoplasia maligna del antro pilórico. Del mismo modo, existió una relación estadísticamente significativa ($P=0.044$) entre la infección por *H. pylori* y el carcinoma gástrico de tipo intestinal. Otros factores, como el sexo y la edad, también influyen en el desarrollo de esta enfermedad y la gran mayoría de pacientes se encuentra en estadios avanzados dado su carácter insidioso. Por ello, es imperativo promover la prevención y tamizaje oportuno de cáncer gástrico en la provincia de Santa Elena.

Sobre esta base, es preciso señalar que el estudio proporciona valiosos aportes que evidencian los factores de riesgo predominantes en el Cáncer Gástrico, aunado a otros factores intervinientes que influyen en el desarrollo de la patología. Es de señalar, la importancia de una prevención mediante las pruebas de detección y el manejo de los factores de riesgo.

De igual manera, Zambrano, Gómez y Colorado (2020) realizaron un estudio titulado "Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en América del Sur" presentada en Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. el objetivo es identificar el rol actual del profesional de Enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico según la literatura científica indexada disponible en América del Sur. Para lo cual se realizó una revisión integrativa de la literatura, con enfoque descriptivo, que incluyó 16 artículos indexados de siete bases de datos. La extracción, sistematización e integración de la evidencia se realizó de forma narrativa según las recomendaciones metodológicas planteadas por Whittemore y Knafl para una revisión integrativa. Este estudio puntualizó que en América del sur tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico más altas del mundo, posiblemente por la altitud, se espera un aumento de casos principalmente por el crecimiento y el envejecimiento de la población. El cual concluyó que Colombia y Brasil fueron los principales exponentes; el 56,2% de los artículos fueron estudios descriptivos; las fuentes con mayores resultados fueron Lilacs y Scielo. Se identificaron siete categorías; cuatro corresponden a los roles específicos del profesional de enfermería (rol en promoción de la salud y prevención de la enfermedad; rol en el diagnóstico; rol en el tratamiento; rol en el seguimiento); y tres se consideran transversales a todos los roles (caracterización, educación y estandarización del cuidado). Se hallaron vacíos de conocimiento en la consulta de enfermería y uso de instrumentos

de valoración estandarizados, cuidado al superviviente de cáncer gástrico, el rol en prevención y rehabilitación del cáncer gástrico. en el cual se concluye que el rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en Sur América se desarrolla en todos los ámbitos de atención en salud, así como en la promoción, prevención y etapas del proceso de salud - enfermedad (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y cuidado paliativo), se caracteriza por proveer cuidado integral basado caracterización, educación y análisis de necesidades específicas para estandarizar la práctica.

El citado estudio, alude al Cáncer Gástrico y el Rol de enfermería, lo cual tiene un aporte de carácter teórico y metodológico. Situación que favorece el desarrollo de la línea temática y las conclusiones pertinentes ante lo planteado. En este sentido, la gestión de enfermería tiene su relevancia en la promoción, prevención y el proceso de la patología.

Así mismo, Riera, (2020) presento una investigación titulada “plan de cuidados paliativos para paciente con cáncer gástrico atendido en el centro de salud tipo B salcedo” en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes “Uniandes”, Ecuador. La modalidad de la investigación corresponde a cualitativa y cuantitativa, el tipo de investigación es de diseño transversal, no experimental con estudio de campo, las técnicas que se utilizó fueron el análisis documental y la encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro de Salud Tipo B para evaluar los conocimientos que tienen en cuanto a los cuidados paliativos que deben brindar a pacientes con cáncer gástrico, como instrumento se realizó la revisión de la historia clínica de un paciente con cáncer para el presente estudio de caso

El cáncer gástrico se lo considera la quinta causa de muerte a nivel mundial, donde un conjunto de células malignas crece en el estómago, siendo el más común el cáncer de adenocarcinomas que se origina en las glándulas, el cual se evidencia que los más afectados son el género masculino. El objetivo fue elaborar un plan de cuidados paliativos para paciente con cáncer gástrico atendido en el centro de salud tipo B Salcedo. Entre los resultados se identificó que las enfermeras, el 80% no tienen un conocimiento de los diferentes tipos de tratamientos que pueden tener los pacientes, además de que no cuentan con un protocolo para la asistencia a los pacientes que presenten cáncer gástrico. Se puede observar que el 20% del personal de enfermería conoce el tratamiento más adecuado para pacientes con cáncer gástrico, siendo este el endoscópico, quirúrgico y adyuvante, mientras que el 80% restante de las enfermeras solo conocen el tratamiento adyuvante

que corresponde a la quimioterapia, evidenciando su desconocimiento de todos los tratamientos que se pueden aplicar a los pacientes. El 20% del personal de enfermería afirma la existencia de un protocolo establecido para la atención de pacientes con cáncer gástrico, mientras que el 80% niega la existencia del mismo. Se concluye que el cáncer gástrico es considerado como una enfermedad que ataca directamente a los intestinos y se produce sobre todo en edades avanzadas, que por lo general sobre pasan los 50 años; por factores como la misma edad, la genética y la infección por *Helicobacter pylori*, en donde si no existe un diagnóstico temprano, las posibilidades de superación de la enfermedad son casi nulas y se ve gravemente afectada la calidad de vida de la persona. De acuerdo a los datos obtenidos se pudo realizar un plan de cuidados para que las enfermeras tengan un instrumento que les ayude aplicar las mejores intervenciones en los pacientes que presenten cáncer gástrico en el Centro de Salud Tipo B Salcedo.

Lo expuesto en este antecedente, tiene relación con las variables Cáncer Gástrico y el rol de enfermería cuyo aporte es significativo porque propone un protocolo de cuidado para los pacientes que presentan esta patología. Por otra parte, contribuye a sustentar teóricamente el problema objeto de estudio. Es de señalar, la importancia de tener una planificación adecuada para implementar los cuidados requeridos para una mejor calidad de vida del paciente.

También, Vargas (2019) realizó un trabajo de investigación titulado “Área del cuidado profesional: especialista en enfermería en gastroenterología y procedimientos endoscópicos” en la Universidad Nacional Pedro Luis Gallo. Perú. El objetivo es determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico. La metodología es abordándose cuantitativamente con un diseño no experimental, exploratorio. Participaron en el estudio seis expertos y 154 personas, recolectándose la información mediante el inventario: Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico, elaborado por la investigadora. Se aplicó los principios éticos y los criterios de científicidad. El cáncer gástrico es un problema de salud pública y un pilar básico en la lucha contra éste, es sin lugar a dudas, la prevención. Por ello, es fundamental que enfermería disponga de instrumentos que permitan recabar información válida y confiable; pero hasta la fecha no se han encontrado instrumentos que permitan identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico. Los resultados revelan que el instrumento

es válido y confiable, obtuvo una validez de contenido de 0,99. En tres dimensiones se obtuvo un valor de 1 y sólo la dimensión Autocuidado obtuvo un valor de 0,96. La validez de constructo obtuvo un KMO de 0,729 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,0. Además el Alfa de Cronbach arrojó una calificación de 0,819; la dimensión Higiene personal y manipulación de alimentos tiene una confiabilidad elevada de 0,826; mientras que las dimensiones Alimentación, Conservación de alimentos y Autocuidado, tienen una confiabilidad aceptable (0,746; 0,617; 0,673; respectivamente).

En cuanto a la dimensión Aspectos personales, genéticos y psicosociales se tiene que, de los 154 pacientes encuestados, 99 (64,3%) fueron mujeres, por lo que resulta importante concientizar a los varones a realizarse su examen endoscópico ya que el cáncer gástrico es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres 15. Las edades de los pacientes encuestados se encontraron en su mayoría entre los 36 a 55 años con un 46,8% (72 personas) siendo importante ya que la incidencia de este tipo de cáncer se incrementa con la edad, dándose la incidencia pico entre los 60 a 80 años de edad y los casos en menores de 30 años son raros. Del total de personas encuestadas el 25,3% refirieron tener antecedentes de algún familiar con cáncer gástrico, lo cual es importante destacar ya que las personas que tienen un padre o madre, hijo/a, o hermano/a con cáncer de estómago corren más riesgo de padecer este tipo de enfermedad. Por otro lado, de los 154 pacientes encuestados, 103 (66,9%) enfrenta a veces situaciones de estrés y el 24,7% reportan que siempre están sometidos a estrés

Se concluye que este instrumento es válido y confiable para identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico. El inventario Prácticas de prevención de cáncer gástrico, contiene cuatro dimensiones: Alimentación, Higiene personal y manipulación de alimentos, Conservación de alimentos y Autocuidado que permiten identificar prácticas que tienen las personas en su quehacer diario para poder prevenir el cáncer gástrico.

El estudio señalado, hace referencia al Cáncer Gástrico en función de las áreas de cuidado profesional desde una perspectiva preventiva basándose en las prácticas respectivas, lo cual beneficia al paciente en todo su proceso. Es de señalar, que las prácticas de prevención de Cáncer Gástrico contienen dimensiones que toma en cuenta el quehacer diario del paciente.

Por otra parte, Rodríguez, (2017) presentó un estudio titulado “Neoplasias gastrointestinales del tracto digestivo superior e inferior: epidemiología”. en la Universidad Central de Venezuela, Caracas. El estudio consistió en determinar las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer del tracto digestivo superior e inferior que fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, en el periodo enero de 2015 a junio de 2016. Se utilizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por pacientes ingresados en el Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Caracas durante los meses de enero 2015 - junio de 2016 que cumplieron criterios clínicos de patología neoplásica. Para el análisis de los datos se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas. En el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes; por ser un estudio descriptivo.

Los resultados se reflejaron en tablas de una o dos entradas, según el criterio de selección de las variables implicadas. Se utilizó la aplicación JMP-SAS 11.0 en el análisis de datos. En tal sentido se evaluaron 72 historias clínicas, que cumplieron criterios clínicos de patología neoplásica. El principal motivo de consulta fue la disfagia, el órgano más afectado fue el estómago y la histología gástrica predominante fue el adenocarcinoma. Un 94,44% de los pacientes que consultaron se encontraban en estadios avanzados del cáncer.

El aporte de este estudio, está referido al cáncer del tracto digestivo superior e inferior, lo cual permite su abordaje en función de las características epidemiológicas de los pacientes propiciando su incidencia en la patología. Cabe acotar, que el adenocarcinoma tiene mayor predominio en el estómago.

2.2 Bases teóricas

El cáncer gástrico

En el ámbito de la Medicina, el cáncer es el conjunto de células anormales, que presentan invasividad por su multiplicación rápida y descontrolada dentro o fuera de los órganos de origen debido a fallas en los mecanismos de muerte celular natural. Por lo

tanto, estas células tienen la capacidad de ingresar a los vasos linfáticos o sanguíneos y son capaces de instaurarse en órganos alejados originando una metástasis. (Acuña, Et al, 2014).

Sobre el particular, se puede indicar que el cáncer gástrico es cualquier crecimiento nuevo y anormal de tejido maligno dentro del estómago (Schiller y Wilkerson, 2017). Otra definición de esta patología alude a la enfermedad de evolución lenta que se origina por la exposición a factores ambientales y/o genéticos durante muchos años. Sin embargo, su presentación es insidiosa en las primeras etapas, por lo que el diagnóstico precoz se da con poca frecuencia, influyendo tanto en la morbilidad como en la mortalidad de población (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2017).

Enfermedades precursoras

El desarrollo del cáncer gástrico se presenta inicialmente con una inflamación de la mucosa, siendo esta una característica común en el inicio y progresión del cáncer gástrico y esta puede ser inducida por diversos factores tales como: ambientales, siendo uno de los más importantes la infección por *H. pylori*, hábitos dietéticos y obesidad, factores genéticos, procesos pre malignos, en este caso, gastritis crónica atrófica y metaplasia intestinal, displasia y pólipos gástricos (Navarro, Et al, 2020). Dentro de las enfermedades precursoras se citan:

Gastropatía hipertrófica

La gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que producen síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica. Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema o edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio, pero si cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías. (Carpintero, 1995)

Helicobacter pylori

Sobre el particular, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó la bacteria *H. pylori* como carcinógeno humano o sustancia cancerígena. En 2021, en el Decimoquinto Informe del Programa Nacional de Toxicología sobre Carcinógenos se añadió la infección crónica por *H. pylori* a la lista de sustancias que causan cáncer o que se prevé de forma razonable que causan cáncer en los seres humanos. La infección crónica por *H. pylori* también causa a veces úlcera péptica, que son úlceras en el estómago y el intestino delgado superior. (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), 1994).

La etiología del cáncer gástrico es multifactorial, los factores genéticos tanto del huésped como de las bacterias son importantes y estos son modulados por otros factores ambientales como la dieta y el tabaquismo. Además, pueden contribuir a la variación regional de un país a otro, entre diferentes grupos raciales y étnicos. Los países latinoamericanos tienen una de las tasas más altas de infección por *H. pylori* en todo el mundo y constituyen una variedad de grupos humanos con diferentes antecedentes genéticos y, en consecuencia, una variedad de cepas de *H. pylori* genéticamente diversas (Sierra, Et al, 2016).

Poliposis adenomatosa familiar

En tal sentido, la poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un trastorno hereditario autosómico dominante que aparece en aproximadamente 1:10,000 nacimientos vivos y afecta ambos géneros por igual y a todas las razas. Puede ser asintomático o bien presentarse con sangrado, diarrea, dolor abdominal o descarga mucosa. También se presenta con anemia, oclusión intestinal o pérdida de peso cuando hay presencia de pólipos de gran tamaño o aumentan su número precediendo al desarrollo de cáncer. La principal característica es la presencia de cientos a miles de adenomas colorrectales con zonas de mucosa normal entre cada lesión. La poliposis leve es aquella donde se identifican entre 100 y 1,000 adenomas. Cuando se encuentran menos de 100 adenomas recibe el diagnóstico de poliposis atenuada. Cerca de 100% de los pacientes desarrollarán cáncer si no reciben tratamiento. La PAF es una enfermedad multisistémica que puede

presentar numerosas manifestaciones extracolónicas. Éstas incluyen adenomas gastroduodenales y cáncer, tumores desmoides, osteomas, quistes epidermoides, cáncer papilar de tiroides, pólipos del intestino delgado y cáncer, hiperplasia congénita del epitelio pigmentario de la retina, y anomalías dentales. (Giglia y Chu 2016)

En el caso de los migrantes y de la primera generación de familias postmigrantes, el riesgo de desarrollar la neoplasia es similar al de la población de origen y no al del país al que se ha migrado porque deben pasar al menos dos generaciones para que se adopte el riesgo de este último. Incluso se cree que el lugar de nacimiento funciona como un factor predisponente más importante que la residencia actual de una persona. (Karimi, et al, 2014).

Según la clasificación histológica o microscópica, el adenocarcinoma, al cual se hace referencia comúnmente, es el tipo de mayor incidencia, constituyendo aproximadamente el 90% de los casos. Los linfomas, tumores del estroma gastrointestinal o GIST, sarcomas, melanomas y tumores neuroendocrinos gástricos son otros tipos histológicos que se presentan con menos frecuencia, y tanto sus diagnósticos como tratamientos son diferentes entre sí (Grávalos, 2020).

La Clasificación de acuerdo al sitio anatómico, el tumor maligno que se origina en el cardias del estómago se clasifica como adenocarcinoma proximal, mientras que el que se origina distal al cardias se denomina adenocarcinoma distal. Los dos tipos son tratados de forma distinta. El adenocarcinoma proximal del cardias es más prevalente en países desarrollados y está asociado a la enfermedad de reflujo gastroesofágico; el de tipo distal está relacionado principalmente con infección de *H. pylori* (Correa y Piazuelo, 2013).

La clasificación de Lauren es la más utilizada para diferenciar al adenocarcinoma según sus características histopatológicas y se divide en tipo difuso, intestinal e indeterminado. El tipo intestinal es el más común y está asociado a la presencia de *H. pylori*; el tipo difuso es más prevalente en pacientes jóvenes del sexo femenino y suele ser el de peor pronóstico (Berlth, et al, 2014).

El carcinoma de tipo difuso presenta células individuales, poco cohesivas, que no llegan a la formación de glándulas. En este, de manera frecuente aparecen células en anillo de sello, que son células en cuyo interior se almacenan grandes cantidades de mucina

intracelular que son capaces de desplazar al núcleo celular hacia la periferia, tomando el aspecto de un anillo de sello tradicional. Esta clasificación es importante dada su pronóstico y malignidad: el carcinoma de células en anillo de sello ha registrado una menor quimio sensibilidad que otros tipos de cáncer gástrico y el porcentaje de células de esta morfología es proporcional a la resistencia frente al tratamiento con quimioterápicos (Machlowska, et al, 2019).

Condiciones psicosociales

El cáncer gástrico es una de las patologías oncológicas más agresivas del tracto gastrointestinal. A pesar de los avances, la mayoría de los casos son diagnosticados durante estadios incurables, en los cuales se utiliza la terapia paliativa con el fin de aliviar sintomatología como disfagia, reflujo gastroesofágico, dolor, entre otros. El riesgo de desarrollar cáncer gástrico se incrementa con la edad, ocurre más frecuentemente entre los 50 y 80 años de edad y es infrecuente en personas menores de 30 años. (Piazuelo, y Correa, 2019). Un seguimiento realizado sustenta que las principales causas de carcinogénesis para el cáncer gástrico son alta prevalencia de infección por *H. pylori* y las lesiones precursoras de malignidad (Bedoya, Et al, 2018). En tal sentido, es importante conocer las condiciones psicológicas de la calidad de vida en este tipo de pacientes incluyendo las siguientes:

Alimentos

Las infecciones pueden estar o no asociadas a algunas características de la dieta, el consumo de sal, baja ingesta de micronutrientes y antioxidantes, además el consumo de tabaco, dietas pobres en fibra, frutas, verduras y susceptibilidad genética, factores que son responsables del 90 % de la aparición de cáncer gástrico (Bedoya, et al, 2018).

La sal puede dañar directamente la mucosa gástrica y promover la formación de compuestos N-nitrosos, potencialmente cancerígenos, por lo tanto, se ha estimado para el consumo de sodio un incremento de 18% en el riesgo de CG por gramos al día. También se ha evidenciado que este mismo mecanismo de patogenia está implicado en cuanto al consumo de carne, específicamente carnes asadas, ahumadas y procesadas. El riesgo asociado a 20 g de carnes procesadas aumenta de 2 a 13%, pero este aumenta hasta seis

veces con consumo de carnes asadas. (Hernández y López, 2014) En relación con los factores demográficos, el sexo masculino tiene más riesgo de padecer cáncer gástrico del cardias y no-cardias en comparación con las mujeres debido a una mayor exposición a factores ambientales, el fumar tabaco y a que carecen de factores biológicos protectores específicos del sexo femenino, en este caso la producción de estrógenos, aunque estas causas aún no se conocen con total claridad (Karimi, et al, 2014).

Tabaco y derivados

Fumar tabaco es un reconocido factor de riesgo del cáncer de estómago, especialmente para desarrollar tumores del cardias. El daño causado por este agente es directamente proporcional al tiempo y a la intensidad con la que la persona ha fumado durante su vida. El riesgo aumenta en un 60% en individuos del sexo masculino que son fumadores y en un 20% en fumadoras, en comparación con personas que nunca han fumado (Karimi, et al, 2014).

Alcohol étílico

También se ha observado que el excesivo consumo de alcohol produce una inflamación crónica causada por la respuesta inmune a los efectos tóxicos de los metabolitos del etanol y citoquinas. El resultado es un aumento en la producción de nitrosaminas que aumentan el riesgo a desarrollar cáncer gástrico. (Yusefi, et al 2018)

Manifestaciones estresantes

Las investigaciones no han demostrado una relación definitiva de causa y efecto entre el estrés y el cáncer. La conexión entre la salud emocional (psicológica) y la salud física es muy compleja. El estrés psicológico puede afectar el cuerpo. Algunos estudios sugieren un vínculo entre varios factores psicológicos y un mayor riesgo de desarrollar cáncer. Por lo tanto, se consideran tres (03) factores de riesgo de cáncer relacionados con el estrés: el estrés puede debilitar el sistema inmunológico. el sistema inmunológico defiende el cuerpo contra infecciones y enfermedades, como el cáncer. Un sistema inmunológico debilitado juega un papel en el desarrollo de algunos tipos de cáncer, el estrés puede alterar los niveles de ciertas hormonas en el cuerpo. Esto también puede

ponerlo en mayor riesgo de desarrollar cáncer y el estrés puede conducir a comportamientos poco saludables. Comer en exceso, fumar y beber en exceso son factores del estilo de vida que aumentan el riesgo de cáncer. (Sociedad Canadiense del Cáncer, 2023)

Antecedentes familiares

Al considerar los antecedentes familiares, las personas que tienen parientes de primer grado con cáncer de estómago tienen un riesgo de 2-3 veces más de padecer la enfermedad puesto que comparten la exposición a diferentes agentes que se encuentran en el ambiente familiar como *H. pylori* y características genéticas que pueden afectar al sistema inmune ante una infección de la bacteria, además que las lesiones histopatológicas producidas son más graves en este grupo de individuos (Choi, et al, 2020)

Rol de enfermería en educación

El plan de cuidados de enfermería corresponde a las medidas e intervenciones que realiza el profesional enfermeros con el fin de resolver los problemas y necesidades que la patología ha producido en el paciente de manera física como mental; a medida que el personal desarrolle el conocimiento necesario se podrá desarrollar un plan de cuidados que brinde una atención integral al enfermo. (Romo, 2016).

En el proceso de atención de enfermería existen 5 fases que ayudaran a desarrollar el plan de cuidados:

1. **Valoración:** Es la primera fase del proceso en el cual se deben recopilar datos que ayuden a la enfermera poder desarrollar posteriormente las intervenciones necesarias; dichos datos corresponden a la enfermedad del paciente, aspectos familiares y de su entorno.
2. **Diagnóstico enfermero:** Es la segunda fase donde la enfermera donde la enfermera obtiene el resultado de la valoración previa.
3. **Planificación:** En esta fase se desarrolla el plan de cuidados que consiste en las estrategias para prevenir, disminuir o rectificar los problemas identificados.

4. **Ejecución:** Corresponde a la ejecución del plan que se programaron; donde se debe capacitar al personal enfermero de las intervenciones que ayudarán al paciente y documentar los avances del mismo; cuyos datos servirán para la medición del plan.

5. **Evaluación:** En esta fase se mide los resultados, se comparan las respuestas del paciente con los criterios propuestos y establecer si se lograron los objetivos. (Romo, 2016).

Cuando el cáncer gástrico ha logrado propagarse sin la posibilidad de que el paciente pueda mejorar, entonces se recurre a un dictamen médico el cual llega a determinar que el cáncer no puede ser controlado, entonces se procede a detener los exámenes clínicos, hospitalización y tratamiento del paciente. No obstante, las atenciones con el paciente van a seguir en pie con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida. La progresión de esta enfermedad va traer consigo numerosas situaciones que van a requerir de cuidados específicos y delicados debido a su desenlace incapacitante, cuyas labores se va a desempeñar con la ayuda de un familiar o en el mejor de los casos alguien que esté en el área, después de haber decidido eso los médicos van a proporcionar un tratamiento con la finalidad de que su calidad de vida sea relativamente buena y para ello, los principales cuidados que va a requerir el paciente serán los controles de síntomas, dolores, debilidades, etc., además se va a requerir la atención de los síntomas digestivos que se suelen presentar como anorexia, vomito, estreñimiento, náuseas, la alimentación y nutrición vía oral. (Bustamante, et al, 2014)

Rol de enfermería Terapéutico

El paciente que ha sido detectado con cáncer gástrico, el mismo que a su vez, está en etapa incontrolada, se procede a los cuidados paliativos, los cuales tienen como finalidad brindar una mejor calidad de vida al paciente. Se debe proceder eligiendo a una persona denominada cuidadora de preferencia alguien que esté en el área de la salud que se haga cargo de las necesidades del paciente, tanto físicas como psicológicas es por ello que se debe capacitar antes de este proceso a la persona designada, por consiguiente, se

debe tener en cuenta los aspectos de alimentación, cuidados y salud psicológica del paciente para cumplir con el objetivo de los cuidados paliativos. (Bustamante, et al, 2014)

Los cuidados paliativos no se restringen a la atención que vayan a requerir los pacientes y sus familiares cuando el tratamiento asignado no está cumpliendo con su objetivo. Los pacientes que presenten metástasis a distancia o a su vez, una invasión directa a los órganos, están expuestos a tener nulas posibilidades de resección completa. Si se pone en el escenario paliativo, la radioterapia está en su capacidad de poder aliviar el sangrado, así como también la obstrucción y si el individuo está en etapa avanzada, la radioterapia también podrá actuar en los dolores que este pueda presentar de forma que los va a aliviar. También están los procedimientos quirúrgicos como la escisión local, gastrectomía parcial e inclusive gastrectomía total. La derivación de gastrointestinal también se ha efectuado con fines paliativos y su finalidad con el objeto de permitir la ingesta vía oral de alimentos y también poder aliviar el dolor. El tratamiento con quimio radiación combinada, seguida de la llamada resección quirúrgica, también se puede considerar como un cuidado de paliación. (García, 2017)

2.2.1. Teoría del autocuidado

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972. En la disciplina de enfermería se pueden identificar diferentes modelos y teorías: Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado (Marriner, 2004)

Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo

y su entorno, simbolizar lo que experimenta y usar ideas o palabras para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros. Define los cuidados de enfermería con el fin de 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. El entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona; finalmente define la salud como 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 (Pérez, J. 1999)

Para aplicar el modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo, publicada en 1991 (Pérez, J. 1999)

- **Autocuidado:** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promover 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, madurez y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud,** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

- **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 identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud.

• **Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

• **Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

• **Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Para D. Orem, el objetivo de la enfermería radica en: "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". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Marriner, 2004), (Pérez, J. 1999)

El cáncer gástrico se convierte en una de las situaciones que más inestabilidad e impacto puede producir sobre el individuo y su entorno para el cual el autocuidado se convierte en una herramienta fundamental para contribuir al mantenimiento de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida. El autocuidado en el paciente con cáncer es una herramienta fundamental que permite su abordaje integral en las diferentes etapas desde la prevención, identificación de los factores de riesgo, diagnóstico tratamiento (radioterapia, quimioterapia, cirugía; la fase de cuidados paliativos). La teoría del Autocuidado de Orem tiene un desarrollo ordenado y sistemático que permite una

valoración global del paciente que además de permitir el abordaje en cualquier etapa del cáncer, se puede aplicar tanto a tumores sólidos como tumores hematológicos en cualquier grupo etario. La teoría de Dorotea Orem se empezó a utilizar desde 1980; en la revisión de la literatura se evidencia que en sus inicios la teoría ha sido orientada a la atención de paciente adulto con enfermedades crónicas, a partir de 1990 se empieza a aplicar dicha teoría al cuidado del paciente con cáncer orientada principalmente a pacientes adultos y dirigida al manejo de las alteraciones relacionadas con el tratamiento del cáncer gástrico específicamente a la quimioterapia. La teoría de Orem, es un modelo aplicable clínicamente y que provee guías para el cuidado de pacientes. El núcleo o la base de la teoría de Orem es la creencia de que cada uno tiene la habilidad innata de cuidarse así mismo, llamado agencia de autocuidado, durante cambios en la salud, como el diagnóstico de un cáncer, el paciente se vuelve dependiente del cuidado y guía de otros. Orem muestra el déficit del autocuidado que ha resultado de la falta de conocimiento hacia cada situación, en este caso con relación al cáncer gástrico. (OREM, 1993)

2.3 Bases legales

La investigación tiene relación con el Cáncer Gástrico, por lo tanto, se argumenta jurídicamente basándose en el artículo 83 que establece a la salud como un derecho social fundamental, obligatorio del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999)

De igual manera, en el artículo 2 contempla lo siguiente: se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. (Ley Orgánica de la Salud, 1998)

3.3 Sistema de variables

El presente estudio se consideró univariable, porque busca determinar las Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

www.bdigital.ula.ve

Cuadro1. Operacionalización de la variable

Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. unidad oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida, estado Mérida, periodo julio - septiembre 2023	Describir los datos sociodemográficos de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico	Datos Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel Académico - Procedencia área Geográfica - Tiempo de diagnosticado - Antecedente familiar - Tipo de Diagnostico 	A, B, C, D, E, F, G
	Definir las manifestaciones de las enfermedades precursoras o predisponentes en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico.	Enfermedades precursoras o predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Infección por Helicobacter Pylori - Gastropatías Hipertroficas - Poliposis adenomatosos Familiar 	1, 2, 3, 4 5, 6, 7, 8 9, 10,
	Identificar las condiciones psicosociales en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico	Condiciones Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Tabáquicos - Manifestaciones Estresantes - Chimo - alcohol etílico 	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,22,23, 24,
	Analizar el rol de enfermería en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico	Rol del profesional de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Educativo - Terapéutico 	25, 26, 27, 28, 29, 30,31,32,33,34,35

Fuente: Ocampo (2023)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumento de recolección de datos.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente proyecto de investigación de acuerdo a la naturaleza de problema y a los objetivos plantea un tipo de investigación descriptiva debido a que su propósito fue determinar las condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. unidad oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), es decir, consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento, por lo tanto, el resultado de este tipo de investigación se ubica en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere. (Arias, 2012).

Con relación al diseño, fue de campo debido a que la información se recolecto en forma directa en la unidad oncológica del IAHULA donde se presentaron los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna. (Arias, 2012)

Por otra parte, el diseño aplicado es de corte transversal porque se recolecta la información en un solo momento y en un tiempo único. En la investigación se consideró realizar el estudio entre julio y septiembre 2023. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2007).

3.2 Población y muestra

3.2.1. Población:

Tomando en consideración que la población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación, el presente estudio asume como población a 18 pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico que ingresaron a la Unidad Oncológica del IAHULA considerándose población finita porque existe un registro de pacientes hospitalizados en el área. (Arias ,2012),

3.2.2. Muestra:

La muestra suele ser un subconjunto de la población a estudiar. En tal caso, se tomó un subconjunto representativo y finito de 12 pacientes con más de 1 mes diagnosticados y confirmados con cáncer gástrico que ingresaron a la unidad oncológica del IAHULA, se extrae de la población accesible. Por lo tanto, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. (Otzen, et al. 2017)

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Paciente diagnosticado con cáncer gástrico con confirmación de biopsia
- Paciente con más de 1 mes diagnosticado con cáncer gástrico
- Pacientes con Cáncer Gástrico en edades comprendidas de 18 a 60 años
- Pacientes que hayan asistido a la consulta oncológica del IAHULA entre julio y septiembre de 2023

3.3.2. Criterios de exclusión

- Paciente diagnosticado con cáncer gástrico sin biopsia
- Paciente con menos de 1 mes diagnosticado con cáncer gástrico

- Pacientes con Cáncer Gástrico en edad, <18, > 45 años

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Todo estudio selecciona su proceso para la recolección de datos, por lo tanto, se asume como técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información. (Arias, 2012)

En consecuencia, la técnica que se aplicó es la encuesta, la cual consistió en recolectar datos concretos de un tópico de opinión específico mediante el uso de cuestionario con preguntas y respuestas precisas que me permitieron hacer una tabulación y el análisis de la información. (Muñoz 2000)

Por otra parte, se utilizó como instrumento el cuestionario, el cual se realizó de forma escrita contentiva de una serie de preguntas. de estas premisas la estructura del instrumento se elaboró con treinta y cinco (35) ítems en función de la operacionalización de variables con alternativa de respuesta focalizadas en las opciones Siempre, Casi Siempre, A Veces, Casi Nunca y Nunca. (Anexo A) (Arias,2012)

3.5 Validez del instrumento

El presente estudio requiere la validación del cuestionario como instrumento para reflejar la manera en que este pueda ajustarse a las necesidades de la investigación. Por lo tanto, la validación del instrumento se hizo tomando en cuenta la opinión de expertos con la finalidad de determinar el grado en que el instrumento abarca lo que se pretende investigar propiciando la factibilidad de su aplicación. (Hurtado, 2012)

El proceso de la elaboración y validación del instrumento de medición para la investigación titulada: “Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida, estado Mérida, periodo julio - septiembre 2023”, se llevó a cabo en dos fases: la primera es la cualitativa, que consiste en la elaboración del instrumento, y la segunda es la fase cuantitativa, en la que se realiza la evaluación de las propiedades métricas en las que se utilizan la validez de contenido.

Dentro de estos tipos de validez existe la validez de contenido que es la que establece si las preguntas elegidas en un cuestionario son una buena muestra del conjunto teórico de todas las preguntas posibles que podrían hacerse sobre el tema del que versa el cuestionario. Llegados a este punto, es cuando uno de las opciones que puede tomar el investigador para validar su instrumento de medida es lo que se llama una prueba de jueces. La prueba de jueces consiste en una encuesta a expertos en la materia en que deben pronunciarse sobre los ítems que han sido seleccionados para el cuestionario. Se pide a los expertos que se pronuncien, para cada ítem, sobre la oportunidad o no de incluirlo en el cuestionario.

Se decide llevar a cabo la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008), en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada.

La validez del instrumento fue solicitada a los expertos por correo electrónico. A cada uno de los expertos se le envió un ejemplar digital del cuestionario, en la cual se explicaban los propósitos del estudio, la definición conceptual y operacional de las variables, y también se les proporcionó una hoja para el registro y evaluación de los ítems correspondientes a las 32 preguntas del instrumento original, quedando finalmente 35 ítems. Posteriormente, los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo de acuerdo a su criterio al nivel de importancia con la escala previamente mencionada. Subsiguientemente se determinó el índice de validez de contenido descritas en el modelo de Lawshe (CVR) y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR') para cada uno de los ítems mediante las ecuaciones posteriores; donde los ítems se consideran aceptables cuando su CVR' es igual o mayor a 0,58. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel ® integrando las siguientes formulas:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde, CVI = Índice de Validez de Contenido,

CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe

M = Total de ítems aceptables en la prueba.

$$CVI' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Donde, CVI' = Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán

CVR = Razón de Validez de Contenido para cada ítem de acuerdo con el criterio de Tristán.

3.5.2. Validez de contenido

Al contar con las valoraciones de los tres expertos, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno. Se dejaron todos aquellos ítems que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, los que han sido valorados como fundamentales por los expertos.

Los resultados obtenidos en el Coeficiente de razón de validez ajustado, para la validez de contenido se obtuvo ítems aprobados al 100%. En la tabla N° 1, se detalla los ítems que son aprobados y las observaciones del resto.

Tabla 1. Validez de contenido del cuestionario “Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR´)			Observación
	Coherencia	Claridad	Pertinencia	
2, 3, 4, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 24,25, 26, 27, 28, 33, 34, 35.	1	1	1	Aprobados
1, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 22, 23	1	0,67	1	Se sugiere revisar la claridad del ítem.
20, 29, 30, 31, 32	0,67	0,67	1	Se sugiere modificar el ítem.

Fuente: Cálculos propios.

Por tanto, para la investigación se realizó la revisión de los ítems mencionados en la tabla 1, en el cual se realizaron modificaciones en la redacción, y coherencia de los ítems.

3.6 Técnicas de interpretación de la información

Una vez aplicado el instrumento definitivo, se procedió al análisis de la información de manera estadística con la finalidad de determinar el problema en estudio utilizando un medio o herramienta que cuantifique las variables infiriendo las conclusiones y la toma de decisiones. (Balestrini, 2003)

Desde este punto de vista, es conveniente introducir el procedimiento estadístico pertinente, en este caso, se aplicó un análisis cuantitativo con toda la información numérica resultante de la investigación, la cual fue vaciada en una tabla o cuadro de distribución de frecuencia absoluta, lo cual permitió contrastar los resultados con la teoría hasta obtener las conclusiones del estudio. (Sabino, 2003)

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1 Presentación y análisis de resultados

En este capítulo se estructura el análisis de resultados por medio de estadística descriptiva representado por tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, el cual se inicia con la presentación de los resultados de las variables según datos de la población en estudio, seguidamente se muestran los resultados obtenidos por el instrumento descritos en función de la variable, dimensiones e indicadores.

Tabla 2

Dimensión: Datos sociodemográficos

Indicador: Edad, Género, Procedencia, Nivel educativo, meses de diagnosticado, familiar con antecedentes y diagnosticado

Edad	fi	%
50-60	6	50,00
61-70	4	33,33
71-80	2	16,67
Total	12	100,00
Género	fi	%
Masculino	7	58,33
Femenino	5	41,67
Total	12	100,00
Procedencia	fi	%
Mérida	3	25,00
Otra ciudad	9	75,00
Total	12	100,00
Nivel Educativo	fi	%
Primaria Incompleta	1	8,33
Primaria completa	2	16,67
Secundaria incompleta	4	33,33
Secundaria completa	4	33,33
Técnico superior	1	8,33
Total	12	100,00
Meses de diagnosticado	fi	%
1 a 6	4	33,33
7 a 9	2	16,67
10 a 12	6	50,00
13 o mas		0,00
Total	12	100,00

Familiar con antecedentes	fi	%
Padre	4	33,33
Madre	3	25,00
Hermano	2	16,67
Tíos	3	25,00
Total	12	100,00
Diagnosticado con	fi	%
Helicobacter pylori	10	83,33
Gastropatías Hipertróficas	0	0,00
Poliposis adenomatosas familiares	2	16,67
Total	12	100,00

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 2, se reflejan los resultados correspondientes a los datos sociodemográficos, referente a la edad de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, el 50% tienen edades comprendidas entre los 50-60 años, el 33,33% en el intervalo de 61 a 70 años y el 16,67% en edades comprendidas entre 71 y 80 años. En el género masculino fue de 58,33% y en el femenino un 41,67%. En relación con la procedencia, el 75,00% fueron pacientes referidos de otras ciudades y el 25,00% son oriundos de Mérida. En el nivel educativo el 33,33% de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico cursaron secundaria completa, aunado al 33,33% que no culminaron la secundaria, mientras que el 16,67% no culminaron la primaria, también el 8,33% de los pacientes obtuvieron un nivel técnico. El 50,00% fueron diagnosticados en un periodo de 10 a 12 meses, el 33,33% entre 1 a 6 meses y el 16,67% durante 7 a 9 meses. El 33,33% tiene antecedentes del padre, el 25,00% la madre, un 25,00% del tío y el 16,67% de algún hermano. Por otra parte, el diagnóstico de los pacientes con Helicobacter Pylori es de un 83,33% y el 16,67% con poliposis adenomatosa familiar.

Ahora bien, con respecto a las características sociodemográficas, estas se aproximaron a las observadas por Morales (2020) donde las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico fueron de 71,4 %, las mismas eran en adultos mayores; el 71,4% de la población correspondía al género masculino y el 64,3 % procedían de una zona rural. En relación a las características sociales, el 74,3 % de la población sólo tuvo estudios primarios.

Tabla 3**Dimensión:** Enfermedades precursoras**Indicador:** Infección por *Helicobacter*

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
1. ¿Ha sentido que tiene secreción exagerada de saliva?	7	58,33	4	33,33	1	8,33	0	0,00	0	0,00	12	100
2. ¿Ha presentado en algún momento el estómago recrecido o grande?	6	50	2	16,67	2	16,67	1	8,33	1	8,33	12	100
3. Ha presentado dolor en la zona superior del estómago?	3	25	4	33,33	3	25,00	1	8,33	1	8,33	12	100
4. ¿Siente ardor, quemazón o acidez en el estómago?	3	25	5	41,67	4	33,33		0,00		0,00	12	100
5. ¿Tiene conocimiento sobre el <i>Helicobacter Pylori</i> ?	10	83,33		0		0,00		0,00	2	16,67	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 3, se observa que el 58,33% de los pacientes siempre ha sentido secreciones exageradas de saliva, el 33,33% casi siempre y el 8,33% a veces. El 50,00% de los pacientes siempre ha presentado el estómago recrecido, el 16,67% casi siempre el 16,67% a veces, el 8,33% casi nunca y el 8,33% nunca. También el 33,33% de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico ha presentado dolor en la parte superior del estómago, el 25,00% siempre, el 25,00% a veces, el 8,33% casi nunca y el 8,33% nunca. El 41,67% casi siempre siente ardor, quemazón o acidez estomacal, el 33,33% a veces y el 25,00% siempre. Por otra parte, el 83,33% tiene conocimiento sobre *Helicobacter Pylori* y el 16,67% no lo tiene.

Estos resultados se compararon con los descritos por Ku, et, al. (2020) donde el 10% al 15% de las personas infectadas con *H pylori* desarrollan la enfermedad de úlcera péptica. Las úlceras pequeñas pueden no causar ningún síntoma. Algunas úlceras pueden causar mucho sangrado. Un síntoma común es tener el abdomen adolorido o sentir ardor con dolor. El dolor podría ser más intenso cuando el estómago está vacío. El dolor puede variar según cada persona, y algunas no presentan dolor.

Tabla 4**Dimensión:** Enfermedades precursoras**Indicador:** Gastropatías hipertróficas

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	f i	%	f i	%	f i	%	f i	%	f i	%	fi	%
6. ¿Tiene náuseas o vómito luego de las comidas?	4	33,3	3	25,0	4	33,33	1	8,33	0	0,00	2	10
7. ¿Ha tenido llenura o distensión estomacal por gases presentando eructos?	2	16,6	4	33,3	5	41,67	0	0	1	8,33	2	10
8. ¿Ha sentido reflujo estomacal o que devuelve la comida después comer?	5	41,6	4	33,3	3	25,00	0	0	0	0	2	10
9. ¿Ha presentado pérdida de peso en los últimos meses sin explicación?	7	38,8	4	22,2	0	0	1	5,56	6	33,3	8	10

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 4, se observa que el 33,33% de los pacientes siempre tiene náuseas o vómito después de las comidas, el 33,33% a veces, el 25,00% casi siempre y el 8,33% casi nunca. El 41,67% de los pacientes a veces ha tenido llenura o distensión estomacal por gases presentando eructos, el 33,33% casi siempre, el 16,67% siempre y el 8,33% nunca. También el 41,67% de los pacientes siempre ha sentido reflujo estomacal o que devuelve la comida después comer, el 33,33% casi siempre y el 25,00% a veces. El 38,89% casi siempre ha presentado pérdida de peso en los últimos meses sin explicación, el 33,33% nunca, el 22,00% casi siempre y el 5,56% casi nunca.

A su vez los resultados, guardan relación con el trabajo de investigación de Granados y Barrios. (2021) en Managua donde se encontró relevancia en la sintomatología Dolor abdominal 25,5%, náuseas 16,4%, vómitos 3,6%, pirosis 20%, pérdida del apetito 21,8%, eructos frecuentes 21,8, distensión abdominal 30,9%, adelgazamiento involuntario 14,5%, disfagia 10,9%.

Tabla 5**Dimensión:** Enfermedades precursoras**Indicador:** poliposis adenomatosa Familiar

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
10. ¿Ha presentado dolor cuando se ejercía presión en el estómago?	10	83,33	0	0,00	2	16,67	0	0,00	0	0,00	12	100
11. ¿Ha presenciado color oscuro o como borra de café en las heces?	2	16,67	6	50,00	2	16,67	1	8,33	1	8,33	12	100
12. ¿Ha estado en la posibilidad de realizarse estudios genéticos para posible diagnóstico de Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0	12	100	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 5, se evidencia que el 83,33% de los pacientes siempre ha presentado dolor cuando se ejercía presión en el estómago y el 16,67 % a veces. El 50,00% de los pacientes casi siempre ha presenciado color oscuro o como borra de café en las heces, el 16,67% siempre, el 16,67% a veces, el 8,33% casi nunca y el 8,33% nunca. También, el 100% de los pacientes nunca ha estado en la posibilidad de realizarse estudios genéticos para posible diagnóstico de Cáncer.

A su vez los resultados guardan relación con el trabajo de investigación de Giglia et al. (2016) La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un trastorno hereditario autosómico dominante que aparece en aproximadamente 1:10,000 nacimientos vivos y afecta ambos géneros por igual y a todas las razas. Puede ser asintomático o bien presentarse con sangrado, diarrea, dolor abdominal o descarga mucosa. También se presenta con anemia, oclusión intestinal o pérdida de peso cuando hay presencia de pólipos de gran tamaño o aumentan su número precediendo al desarrollo de cáncer. La principal característica es la presencia de cientos a miles de adenomas colorrectales con zonas de mucosa normal entre cada lesión. La poliposis leve es aquella donde se identifican entre 100 y 1,000 adenomas. Cuando se encuentran menos de 100 adenomas recibe el diagnóstico de poliposis atenuada. Cerca de 100% de los pacientes desarrollarán cáncer si no reciben tratamiento

Tabla 6**Dimensión:** Condiciones Psicosociales**Indicador:** Hábitos Alimenticios

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
13. ¿Consume alimentos en las horas habituales?	5	41,67	4	33,33	3	25,00	0	0,00	0	0,00	12	100
14. ¿Mantiene hábitos de comer merienda o comer entre comidas?	2	16,67	2	16,67	8	66,67	0	0,00	0	0,00	12	100
15. ¿Entre sus alimentos procura mantener consumo de frutas y verduras?	4	33,33	5	41,67	3	25,00	0	0,00	0	0,00	12	100
16. ¿En sus comidas procura que la alimentación sea balanceada?	5	41,67	7	58,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 6, se puntualiza que el 41,67% de los pacientes siempre consume alimentos en las horas habituales, el 33,33% casi siempre, el 25,00% a veces. El 66,67% de los pacientes a veces mantiene hábitos de comer merienda o comer entre comidas, El 16,67% siempre y el 16,67 % casi siempre. El 41,67% de los pacientes casi siempre procura mantener consumo de frutas y verduras, el 33,33% siempre y el 25,00% a veces. También el 58,33% de los pacientes casi siempre procura que la alimentación sea balanceada y el 41,67% siempre.

Estos resultados están relacionados a la investigación de Olmedo, (2009). La dieta es el factor principal en la etiología del cáncer gástrico: una dieta escasa en grasas y proteínas animales, alta en carbohidratos complejos, cereales en granos, tubérculos, abundante sal y con pocos vegetales de hoja verde, frutas frescas, fibra y pescado, se considera de alto riesgo.

Tabla 7**Dimensión:** Condiciones Psicosociales**Indicador:** Hábitos Tabáquicos

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
17. ¿Consume con regularidad cigarros, tabacos o algún derivado?	1	8,33	0	0,00	4	33,33	2	16,67	5	41,67	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 7, se visualiza que el 41,67% de los pacientes nunca han consumido con regularidad cigarros, tabacos o algún derivado, el 33,33% a veces, el 26,67% casi nunca y el 8,33% siempre.

En relación a los hábitos tabáquicos, Castaño et al, (2007) que refiere una asociación significativa, el tabaquismo, incrementa el riesgo a mayor consumo; lo que se relaciona con la asociación significativa en el tiempo de consumo de tabaco, ya que fumar por un tiempo prolongado es casi nueve veces más frecuente en el desarrollo de cáncer gástrico

Tabla 8**Dimensión:** Condiciones Psicosociales**Indicador:** Manifestaciones Estresantes

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
18. ¿Presenta constantemente dolores de cabeza?	2	16,67	3	25,00	3	25,00	4	33,33	0	0,00	12	100
19. ¿Ha sentido dolores en el cuello y espalda?	2	16,67	7	58,33	2	16,67	1	8,33	0	0,00	12	100
20. ¿Ha estado expuesto a situaciones que le causen incomodidad y que lo estresen?	2	16,67	3	25,00	7	58,33	0	0	0	0,00	12	100
21. ¿Ha adoptado hábitos de comer en exceso?	2	16,67	8	66,67	1	8,33	1	8,33	0	0,00	12	100
22. ¿Ha adoptado hábitos de no comer?	0	0	0	0	4	33,33	7	58,33	1	8,33	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 8, puntualiza que el 33,33% de los pacientes casi nunca presenta dolores de cabeza, el 25,00% casi siempre, el 25,00% a veces y el 16,67% siempre, El 58,33% de los pacientes a veces ha sentido dolores en el cuello y espalda, el 25,00% casi siempre y el 16,67% siempre. El 66,67% casi siempre ha adoptado hábitos de comer en exceso, el 16,67% siempre, el 8,33% a veces y el 8,33% casi nunca. También el 58,33% de los pacientes ha adoptado hábitos de no comer, el 33,33% a veces y el 8,33% nunca.

En tal sentido, Martínez, (2020) el estrés como causas de la gastritis considerando que las enfermedades psicosomáticas tienen una relación directa con determinadas actitudes emocionales, se debe mencionar, que la gastritis representa una de este tipo de enfermedades, probablemente por el estrés que puedan generar las responsabilidades familiares, sociales o laborales en el individuo. Esta afección, puede presentarse temporalmente en el paciente durante un corto periodo de tiempo o prolongarse debido a las características de personalidad de quien la padece, llegando a desencadenar inflamación gástrica difusa y erosiones leves en el estómago y el duodeno. “Estas úlceras tienden a ser superficiales. Por lo general, las erosiones gástricas agudas en pacientes con quemaduras o traumatismos graves se pueden observar en los 3 días posteriores a la lesión, El síntoma de presentación más común de la gastritis inducida por estrés es una hemorragia. Raramente, aproximadamente el 10%, los pacientes desarrollarán perforación. (Tryba et, al. 2002)

Tabla 9

Dimensión: Condiciones psicosociales

Indicador: Hábitos chimoicos

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
23. ¿En algún momento ha tenido o mantenido hábitos de consumo de chimo?	0	0,0	0	0,00	0	0	1	8,33	11	91,67	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 9, refleja que el 91,67% de los pacientes nunca ha tenido o mantenido hábitos de consumo de chimo y el 8,33% casi nunca.

(González, 2011) en su investigación concluyo que la edad promedio de 34,1 años (DE \pm 14,4). Predominantemente de raza mixta (96%), en estratos sociales III - IV (96%). La prevalencia de tabaco no inhalado fue del 38% (58% hombres - 18% mujeres; $p < 0,0001$), la cual se incrementó con la edad (10 – 20 años 13%; 21 – 34 años 40%; 35 – 48 años 44,8%; 49 y más años 55,5%; $p = 0,029$). El consumo de tabaco se asoció con la presencia de síntomas de ansiedad ($p = 0,039$), depresión ($p = 0,023$) y número de eventos estresantes ($p = 0,016$). Al calcular el OR, el consumo de chimó en el género femenino incremento en 10 veces la posibilidad de presentar síntomas de ansiedad y 15 veces los síntomas de depresión.

Tabla 10

Dimensión: Condiciones Psicosociales

Indicador: Hábito Alcohol Etílico

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
24. ¿Habitualmente usted consume bebidas alcohólicas?	0	0	0	0	4	33,33	5	41,67	3	25,00	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 10, se observa que el 41,67% de los pacientes casi nunca han tenido un consumo habitual de bebidas alcohólicas, el 33,33% a veces y el 25,00% nunca.

Sánchez, et al. (2013) En este estudio se observó el riesgo de presentar la infección es mayor en personas consumidoras de alcohol que en aquellas que no lo consumen, con una probabilidad de presentarlo hasta 1.45 veces más, con un intervalo de 1.01 a 2.06. Los hombres tienen 2 veces más riesgo, con un intervalo de 1.3 a 3.6 de infección por Hp que en mujeres; la cantidad de gramos por semana de consumo de alcohol en riesgo fue mayor en personas con la infección por Hp que en aquellos que no la tenían. El tabaquismo y el consumo de café no fueron factores de riesgo para la infección por Hp.

Tabla 11**Dimensión:** Rol Enfermero**Indicador:** Rol Educativo

Ítems	S		CS		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
25. ¿El Profesional de enfermería le ha brindado orientación en cuanto a cuidados que debe cumplir?	5	41,67	1	8,33	1	8,33	1	8,33	12	100
26. ¿El Profesional de enfermería le ha brindado información en cuanto a los efectos secundarios que pudiera sentir luego del tratamiento?	4	33,33	0	0,00	1	8,33	1	8,33	12	100
27. ¿El profesional de enfermería le ha brindado información con respecto a la enfermedad por el cual está siendo tratado?	5	41,67	0	0,00	6	50,00	1	8,33	12	100
28. ¿El Profesional de enfermería le ha brindado información con respecto a la dieta que debe seguir como paciente oncológico?	8	66,67	3	25,00	1	8,33		0,00	12	100
29. ¿El profesional de enfermería siempre tiene presente su entorno cercano y le permite su relación social?	6	50,00	1	8,33	3	25,00		0,00	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

En la tabla 11, se visualiza que el 41,67% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado orientación en cuanto a cuidados que debe cumplir, el 33,33% a veces, el 8,33% casi siempre y el 8,33% casi nunca. El 50,00% de los profesionales de enfermería a veces le han brindado información en cuanto a los efectos secundarios que pudieran sentir luego del tratamiento, el 33,33% siempre, el 8,33% casi nunca y el 8,33% nunca. El 50,00% de los profesionales casi nunca le ha brindado información con respecto a la enfermedad por el cual está siendo tratado, el 41,67, siempre y el 8,33% nunca. El 66,67% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado información con respecto a la dieta que debe seguir como paciente oncológico, el 25,00% casi siempre y el 8,33% casi nunca. El 50,00% de los profesionales de enfermería siempre tiene presente

su entorno cercano y le permite su relación social, el 16,67% a veces y el 8,33% casi siempre.

La educación resulta en un rol primordial de la profesión de enfermería, por esto mismo se desarrolla como intervención necesaria en cada uno de los roles descritos y es fundamental para generar cambios en el comportamiento de las personas en riesgo, así como para mejorar el afrontamiento a la enfermedad y el tratamiento. (Zambrano, et al. 2020)

Farias et al. (2018) investigaron el uso de tecnología educativa sobre cáncer gástrico como instrumento de educación en salud, evidenciando que el uso de materiales educativos impresos es una práctica común en la educación en salud. Los manuales, folletos y prospectos de atención de la salud pueden promover resultados significativos para los participantes en las actividades educativas. La contribución de estos materiales a la promoción de la salud depende de los principios y formas de comunicación que intervienen en los procesos de elaboración, mejorando así la interacción entre profesional-paciente.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 12**Dimensión:** Rol Enfermero**Indicador:** Rol Terapéutico

Ítems	S		CS		AV		CN		N		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
30. ¿El profesional de enfermería le ha brindado atención directa cuando usted lo ha solicitado sobre su tratamiento?	7	58,33	5	41,67	0	0	0	0	0	0	12	100
31. ¿El profesional de enfermería le ha proporcionado apoyo emocional?	6	50,00	4	33,33	1	8,33	1	8,33	0	0	12	100
32. ¿El profesional de enfermería le ha brindado atención en el manejo del dolor cuando usted lo solicita?	8	66,67	4	33,33		0		0		0	12	100
33. ¿El profesional de enfermería le ha brindado trato humano en el cumplimiento de sus cuidados?	9	75,00	2	16,67	1	8,33		0		0	12	100
34. ¿El profesional de enfermería le ha brindado bienestar y confort en todo momento?	5	41,67	5	41,67	2	16,67		0		0	12	100
35. ¿El profesional de enfermería le ha orientado a su familia en relación a su enfermedad?	6	50,00	3	25,00	3	25,00		0		0	12	100

Fuente: Instrumento aplicado a la muestra en el IAHULA. 2023

De acuerdo a la tabla 12, se puede indicar que el 58,33% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado atención directa cuando usted lo ha solicitado sobre su tratamiento y el 41,67% casi siempre. El 50,00% de los profesionales de enfermería siempre le ha proporcionado apoyo emocional, el 33,33% casi siempre, el 8,33% a veces y el 8,33% casi nunca. El 66,67% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado atención en el manejo del dolor cuando usted lo solicita, el 33,33% casi siempre. El 75,00% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado trato humano en el cumplimiento de sus cuidados, el 16,67% casi siempre, el 8,33% a veces. El 41,67% de los profesionales de enfermería siempre le ha brindado bienestar y confort en todo momento, el 41,67% casi siempre y el 16,67% a veces. El 50,00% de los profesionales de

enfermería siempre le ha orientado a su familia en relación a su enfermedad, el 25,00% casi siempre y el 25,00% a veces.

En este sentido Expósito et al. (2008). los profesionales sanitarios, en general, y sobre todo enfermería, debemos garantizar la información que el usuario solicite, para ayudarle a procesar y profundizar mejor en el proceso de su enfermedad. Se deben establecer estrategias que permitan al paciente tomar decisiones positivas para su salud, pudiendo conducirlo a la obtención de mejores resultados.

Contreras et al. (2011) El inicio de la enfermedad, está relacionado con la presencia de síntomas o a través del hallazgo azaroso. En los primeros días el paciente se somete a numerosas pruebas diagnósticas, durante este periodo surgen nuevos sentimientos de incertidumbre, miedo y ansiedad. La persona no tiene ningún tipo de apoyo psicológico.

Arrighi et al. (2014). Es fundamental que se adquiriera una adecuada relación terapéutica, basada en la empatía e interés por lo que le está ocurriendo. Pasar tiempo con el paciente es importante, para poder entender los matices personales y que sea capaz de expresar sus sentimientos, angustias y necesidades despertadas ante cualquier cambio en el curso de la enfermedad. También es recomendable hablar con la familia del presente pero también del futuro y de cómo afrontar la nueva situación después del diagnóstico, para poder realizar los ajustes necesarios en su vida cotidiana.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

5.1 Conclusión

Con base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio sobre las condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico diagnosticados e ingresados a la Unidad Oncológica IAHULA, se llegó a las siguientes conclusiones:

En la frecuencia correspondiente a los datos sociodemográficos de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en la Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), que en las edades comprendidas entre los 50-60 años tiene una mayor prevalencia, en referencia el sexo masculino tiene una mayor prevalencia. al igual que la mayor ubicación de procedencia fueron pacientes referidos de otras ciudades, con un nivel educativo de secundaria completa, aunado a secundaria incompleta, de los cuales fueron diagnosticados en un periodo de 10 a 12 meses, con antecedentes primarios del padre, de igual forma tuvo mayor prevalencia los pacientes con *Helicobacter Pylori*.

Con respecto al objetivo enfermedades precursoras predisponentes de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en la Unidad Oncológica IAHULA, refleja que los pacientes siempre ha sentido secreciones exageradas de saliva, siempre han presentado el estómago recrecido, ha presentado dolor en la parte superior del estómago, casi siempre siente ardor, quemazón o acidez estomacal, aunado a esto tienen conocimiento sobre *Helicobacter Pylori*, por otro lado se observa que los pacientes siempre tiene nauseas o vomito después de las comidas, a veces ha tenido llenura o distensión estomacal por gases presentando eructos, también siempre ha sentido reflujo estomacal o que devuelve la comida después comer, a su vez casi siempre ha presentado pérdida de peso en los últimos meses sin explicación. A lo que se evidencia que los pacientes siempre han presentado dolor cuando se ejercía presión en el estómago y casi siempre ha presenciado color oscuro o como borra de café en las heces y nunca ha estado en la posibilidad de realizarse estudios genéticos para posible diagnóstico de Cáncer.

Con respecto al objetivo condiciones psicosociales en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en la Unidad Oncológica IAHULA, periodo julio-septiembre, 2023, se refleja que los pacientes siempre consumen alimentos en las horas habituales, a veces mantiene hábitos de comer merienda o comer entre comidas, a lo que a su vez casi siempre procura mantener consumo de frutas y verduras, los pacientes casi siempre procuran que la alimentación sea balanceada. Seguidamente, los pacientes nunca han consumido con regularidad cigarrillos, tabacos o algún derivado, a su vez casi nunca presenta dolores de cabeza, a veces ha sentido dolores en el cuello y espalda, casi siempre ha adoptado hábitos de comer en exceso, por otro lado, los pacientes han adoptado hábitos de no comer, nunca ha tenido o mantenido hábitos de consumo de chimo y casi nunca ha tenido un consumo habitual de bebidas alcohólicas.

Con respecto objetivo rol de enfermería en los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en la Unidad Oncológica IAHULA, periodo julio-septiembre, 2023, se refleja que los profesionales de enfermería siempre le ha brindado orientación en cuanto a cuidados que debe cumplir, a veces le ha brindado información en cuanto a los efectos secundarios que pudiera sentir luego del tratamiento, y casi nunca le ha brindado información con respecto a la enfermedad por el cual está siendo tratado siempre le ha brindado información con respecto a la dieta que debe seguir como paciente oncológico, por otro lado siempre tiene presente su entorno cercano y le permite su relación social, de acuerdo a los resultados siempre le ha brindado atención directa cuando usted lo ha solicitado sobre su tratamiento, a su vez siempre le ha proporcionado apoyo emocional, siempre le ha brindado atención en el manejo del dolor cuando usted lo solicita, siempre le ha brindado trato humano en el cumplimiento de sus cuidados, el enfermería siempre le ha brindado bienestar y confort en todo momento, siempre le ha orientado a su familia en relación a su enfermedad.

En conclusión, esta investigación con referencia a las condiciones predisponentes del cáncer gástrico sigue siendo el *Helicobacter pylori* y en el adulto mayor de prevalencia masculina, con predominancia a las situaciones de estrés y siempre el personal de enfermería cumple el rol de orientación y educar al paciente y familia en relación al cuidado de su enfermedad.

5.2 Recomendaciones

1. Según los datos obtenidos en la Unidad Oncológica IAHULA, con referente regional y nacional, esta investigación debe ser utilizada para diseñar planes de promoción de la salud y prevención primaria del cáncer gástrico. Igualmente, dicho patrón epidemiológico debe servir de orientación para las estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno.
2. La red primaria y secundaria de centros asistenciales debe actuar como fuente primaria de detección de casos, con planes de formación del personal y programas de pesquisa orientados por el perfil epidemiológico del cáncer gástrico en la región.
3. El Estado Venezolano debe priorizar el financiamiento, asesoría y dotación de infraestructura, equipamiento e insumos para asegurar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno e idóneo a los pacientes que presentan la predisposición a presentar cáncer gástrico.
4. El registro epidemiológico del cáncer gástrico debe automatizarse, con registros exhaustivos, sistemáticos y permanentes cuyos resultados sean accesible a los entes protagónicos en la gestión de este problema de salud y sea prestados a diferentes estudios e investigaciones que sea de provecho para la resolución, promoción y prevención del cáncer.
5. Dado que es un problema notorio de salud pública, es necesaria la creación y fomento de centros de investigación y formación académica en oncología.
6. Dar a conocer a las autoridades de salud del estado, así como del IAHULA de los resultados obtenidos en nuestra investigación a fin de que se logren dar respuestas y planes para mejorar el tratamiento que se les brinda a los pacientes que se diagnostican con cáncer gástrico.
7. Informar los resultados de esta investigación al equipo interdisciplinario de salud y principalmente a personal de enfermería que labora en el IAHULA para ayudar a la formación continua en investigación y así proponer los diferentes planes de cuidados que se les proporcionan a todos los pacientes que se tratan con cáncer gástrico.

8. Dar a conocer los resultados del estudio a los estudiantes de la escuela de enfermería para que sigan la línea de investigación y le den continuidad para ampliar la muestra y sirva como instrumento de aprendizaje y desarrollo de la profesión
9. Que la investigación sirva como instrumento para la realización de los protocolos del ejercicio profesional de la enfermería, dando así gran impulso para la realización de los diferentes cuidados que se le proporcionan a los pacientes con cáncer gástrico y demás tipos de cáncer.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, L., Aibar, S., Broggi, L., Celano, C., Cullen, C., Chambi, M., Estrada, S., Gange, P.; González, C., González, O., Grance, G., Kohen, N. y Junín, M. (2014) *Manual de Enfermería Oncológica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Consultado el 02 junio de 2023 Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica.pdf>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación, Introducción de la Metodología Científica*. Caracas: Ediciones: El pasillo 2011, C.A.
- Arrighi E, Jovell A, Navarro M. (2010) *El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales*. Psicooncología.
- Balbinotti, M. A. A. (2004). Estou Testando o que Imagino Estar. Reflexões acerca da Validade dos Testes Psicológicos. En C. E. Vaz y R. L. Graff (Eds.), *Técnicas Projetivas: Produtividade em Pesquisa* (pp. 6-22, 1.ª Ed.). Sao Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Balestrini, M. (2003). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. Caracas: BL Consultores asociados.
- Bedoya, Á, Yépez, Y, Calvache, D, Cifuentes, Y, Lucero, N. y González P, (2018). Proyecto Urkunina 5000-Investigación de la prevalencia de lesiones precursoras y del efecto de la 99 erradicación de *Helicobacter pylori* como prevención primaria del cáncer gástrico en el departamento de Nariño. *Rev Colomb Cirugía*. Vol.;33(4): Pag.345–52.
- Berlth, F, Bollschweiler, E, Drebber, U, Hoelscher, H, y Moenig, S. (2014). Pathohistological classification systems in gastric cancer: diagnostic relevance and prognostic value. *World journal of gastroenterology: WJG*, Vol. 20(19), Pag 5679.
- Bustamante, M, Isaza, M. y Echeverry, X. (2014). *Guía práctica para cuidadores de pacientes con cáncer de estómago*. Medellín: Corporación Universitaria Adventista;
- Calahorrano, K. y Cortez, A. (2021). *Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes atendidos en la Unidad Oncológica Peninsular – SOLCA, Santa Elena, en el período 2016 a 2018*. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito.
- Carpintero, Talley (1995). *La gastroscopia está incompleta sin biopsia: relevancia clínica de distinguir la gastropatía de la gastritis*. *gastroenterología*, Nuevo Jersey. 108: 917 – 924.
- Castaño E, Parra H. Dejar de fumar: Factor protector de cáncer gástrico. Hacia la promoción de la salud [Internet]. Sep 28 [Citado 2008 Oct 3]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_10.pdf.
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) (1994). *Evaluación de los Riesgos Carcinogénicos para los Humanos. Esquistosomas, trematodos hepáticos y Helicobacter pylori*. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Lyon Francia
- Choi, J., Kim, G., Lee, Y., Kim, Y., Kook, M., Park, B. y Joo, J. (2020). Family History of Gastric Cancer and *Helicobacter pylori* Treatment. *New England Journal of Medicine*; Vol.382(5), Pag. 427-436.

- Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela, 2008 Consultado el 07 junio de 2023 <http://laenfermeriavenezolana.blogspot.com/p/ley-del.html>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 36.860 (Extraordinaria), 30-12-1999
- Contreras R, Moreno A, Torralba J, Luque Y, Zamorano P. (2011) Cáncer: Conocimiento, preparación y fortaleza. Archivos de la Memoria.
- Correa, P. y Piazuolo, M. (2013). The gastric cancer. *Colombia Médica*, Vol 44(3), Pag. 192-201.
- Expósito J, y Domínguez C. (2008). *Elaboración de un código de buenas prácticas en comunicación aplicable a los servicios de oncología. Estrategia y resultado*. Psicooncología.
- Farias, M., Ponte, K, Gomes, F, y Menezes, P. (2018) Tecnología educativa sobre cáncer gástrico. *Rev Enferm UFPE online*, Recife. 2018;12(4):947–52.
- Ferlay, J, Ervik, M, Lam, F, Colombet, M, Mery, L, y Piñeros, M, (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Consultado el 14 junio 2023. Disponible en <https://gco.iarc.fr/today>
- García, D. (2017) *Gastroenterología y hepatología: Objetivos y su desarrollo* México D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Giglia M, y Chu I. (2016). *Familial colorectal cancer: understanding the alphabet soup*. Clin Colon Rectal Surg
- González, J, García, R, Araujo, N, y Echenique, P. (2011). *Prevalencia de consumo de tabaco no inhalado (chimó) en el municipio Miranda del estado Mérida*, Centro de Asistencia Médica Timotes Mérida
- Granados, E y Barrios, M (2021). *Prevalencias y características de la infección por Helicobacter Pylori en manipuladores de alimentos*. Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua.
- Grávalos, C. (2020). *Cáncer gástrico*. Consultado el 07 junio de 2023 Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/estomago?showall=1>
- Hernández, R, y López, L. (2014). Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud Publica Mex* Vol ;56(5) Pag.:555–60.
- Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), (2023). *Departamento de Estadística de la Salud*. Unidad Oncológica, Mérida
- Instituto Nacional del Cáncer. (2023). *¿Qué es el cáncer de estómago?* Consultado el 14 junio 2023. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago>
- Kang, S., Kwon, Y., You, C., Noh, J. y Kim, S. (2009). The benefits of supplementary private health insurance for healthcare utilization and survival among stomach cancer patients. *Tohoku J Exp Med.*; 217(3):243-50
- Karimi, P., Islami, F., Anandasabapathy, S., Freedman, N. D., & Kamangar, F. (2014). Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, Vol. 23(5), Pag. 700–713.
- Ley Orgánica de Salud. (1998). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 36.579(Extraordinaria) 11-11-1998

- Machlowska, J., Puculek, M., Sitarz, M., Terlecki, P., Maciejewski, R., & Sitarz, R. (2019). State of the art for gastric signet ring cell carcinoma: from classification, prognosis, and genomic characteristics to specified treatments. *Cancer management and research*, Vol 11, Pag 2151–2161.
- Marriner A, Raile M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science;
- Martínez, E. (2020). Gastritis nerviosa. Mejor con salud.
- Martínez, L. (2016). *Factores clínicos y epidemiológicos del cáncer de estómago en pacientes atendidos en el centro de salud del cantón Quero, Tungurahua. Período 2010-2015*. Tesis de Grado Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Medina, J, Peraza, S, Casanova, R, Akiko, S, Silva, O, Castro, D, Otero, W y Fierro, W. (2013). Cáncer gástrico en una zona con alto potencial para la cultura apícola y su aplicación en la prevención de las lesiones gástricas pre malignas y malignas. *Revista Gen.67 (3) Caracas*.
- Morales, F. (2020). Caracterización sociodemográfica de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en un hospital de Huánuco. Peru
- Muñoz Razo, C. (2000). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis (2a ed.)*. México: Pearson.
- Navarro M, Sopena F, Domper M, Gonzales, García, M. (2020) *Actualización en cáncer gástrico*. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 13(3):117–25.
- Olmedo, (2009). Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan, México
- OREM E. D. (1993), *Modelo de Orem: La teoría de enfermería del autocuidado*. Una Teoría general. Madrid, Masson – Salvat. (Cap. 3, 7).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2023). *Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos*. Consultado el 14 junio 2023. Disponible en <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos>
- Otzen, t. & Manterola c. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. Int. J. Morphol. Chile
- Pérez, J. (1999) " *Aplicación de la Teoría de Orem*". Ed.H. Costés Funes, E. Díaz Rubio, J. García Conde, J.R. Germán Ilucg, V. Guillen Porta, J.J. López López, J.A. Moreno Nogueira, G. Pérez Manga. 1999
- Piazuelo, M. y Correa, P. (2019). Gastric cáncer: Overview. *Colomb medica (Cali, Colombia*. Vol. 44(3): Pág. 192–201.
- Riera, J. (2020). *Plan de cuidados paliativos para paciente con cáncer gástrico atendido en el centro de salud tipo b salcedo*. Trabajo de Grado. Universidad Regional Autónoma de Los Andes “Uniandes”, Ecuador
- Rodríguez, M. (2017) *Neoplasias gastrointestinales del tracto digestivo superior e inferior: epidemiología*. Trabajo de Grado. Universidad central de Venezuela, Caracas
- Romo, J. (2016). *Atención y cuidados a enfermos de Alzheimer* España: ICB Editores.
- Sabino, C. (2003). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.

- Sánchez, J., Cabrales, I., Bernal, G y Peraza G. (2013). *Infección por Helicobacter pylori y su asociación con el consumo de alcohol*, Servicio de Gastroenterología, Hospital Regional ISSSTE. México
- Sierra, M., Cueva, P., Bravo, L. y Forman, D. (2016). Stomach cancer burden in Central and South America. *Cancer Epidemiol.* Vol. 44: Pag. S62–73.
- Sociedad América del Cáncer, (2017) *¿Qué es el cáncer de estómago?* Consultado el 14 junio 2023. Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html>
- Sociedad Americana del Cáncer (2017). *¿Qué es el cáncer de estómago?* Consultado el 02 junio de 2023 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html>
- Sociedad Canadiense del Cáncer (2023). *¿El estrés causa cáncer?* Consultado el 12 de septiembre de 2023. Disponible en <https://cancer.ca/en/cancer-information/reduce-your-risk/myths-and-controversies/does-stress-cause-cancer>
- Soto, A, Cruz, O, Salas, G. y Murgía, D. (2001). Cáncer gástrico: caso clínico-patológico. *Rev Fac Med UNAM*; 44(3): 133-36.
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, vol. 6(1), pp.37-48.
- Vargas (2019) *Área del cuidado profesional: especialista en enfermería en gastroenterología y procedimientos endoscópicos*. Traba de Grado. Universidad Nacional Pedro Luis Gallo, Perú
- Yusefi, R., Lankarani, B., Bastani, P., Radinmanesh, M., y Kavosi, Z. (2018). Risk factors for gastric cancer: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, Vol. 19(3), Pag. 591-603.
- Zambrano, e, Gómez, N, y Colorado, J. (2020). *Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en américa del sur: revisión integrativa*. Universidad Javeriana., Colombia

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO A

Instrumento Aplicado



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MÉRIDA ESTADO MÉRIDA



**CUESTIONARIO: “CONDICIONES PREDISPONENTES EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO. UNIDAD ONCOLÓGICA INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), MÉRIDA, ESTADO
MÉRIDA, PERIODO JULIO - SEPTIEMBRE 2023”**

Presentación

La Universidad de los Andes (ULA) tiene, como requisito para optar por el título de Licenciado en Enfermería, la realización de una tesis, en la cual estoy realizando un estudio en la unidad Oncológica del IAHULA, con la finalidad de obtener información sobre “Las condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. unidad oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA). Mérida 2023 (IAHULA julio – septiembre 2023)”. Para lo cual solicitamos su colaboración a través de una respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

La respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

INSTRUMENTO SOBRE: Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. unidad oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, estado Mérida, periodo julio - septiembre 2023.

MODELO

PARTE I: Datos Sociodemográficos

Instrucciones: marque con una X la opción que considere:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|
| A. EDAD: ____ | B. SEXO | Femenino | <input type="checkbox"/> |
| | | Masculino | <input type="checkbox"/> |
| C. PROCEDENCIA | D. NIVEL EDUCATIVO | Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| Mérida | | Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| Otra Ciudad | | Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| E. Tiempo de diagnosticado:
_____ | | Secundaria completa | <input type="checkbox"/> |
| | | Nivel técnico | <input type="checkbox"/> |
| | | Nivel superior | <input type="checkbox"/> |

F ¿Tiene algún familiar cercano con antecedentes de Cáncer Gástrico?

Padre: Madre: Hermano: Tío:

¿Usted fue diagnosticado con:

- G Helicobacter pylori
- Gastropatía hipertrófica
- Pólipos adenomatosos Familiares

PARTE II

Instrucciones: las preguntas de este instrumento presentan cinco (5) alternativas de respuesta, como: SIEMPRE, CASI SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA Y NUNCA se sugiere que lea con detenimiento antes de responder y marque con una X una única alternativa que considere válida.

	DIMENSIONES	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
	Enfermedades precursoras					
1	¿Consume alimentos en las horas habituales?					
2	¿Mantiene hábitos de comer merienda o comer entre comidas?					
3	¿Entre sus alimentos procura mantener consumo de frutas y verduras?					
4	¿En sus comidas procura que la alimentación sea balanceada?					
5	¿Consume con regularidad cigarros, tabacos o algún derivado?					
6	¿Presenta constantemente dolores de cabeza?					
7	¿Ha sentido dolores en el cuello y espalda?					
8	¿Ha estado expuesto a situaciones que le causen incomodidad y que lo estresen?					
9	¿Ha adoptado hábitos de comer en exceso?					
	Condiciones Psicosociales					
10	¿Ha adoptado hábitos de no comer?					
11	¿En algún momento ha tenido o mantenido hábitos de consumo de chimo?					
12	¿Habitualmente usted consume bebidas alcohólicas?					
13	¿Ha sentido que tiene secreción exagerada de saliva?					
14	¿Ha presentado en algún momento el estómago recrementado o grande?					

15	¿Ha presentado dolor en la zona superior del estómago?					
16	¿Siente ardor, quemazón o acidez en el estómago?					
17	¿Tiene náuseas o vómito luego de las comidas?					
18	¿Ha tenido llenura o distensión estomacal por gases presentando eructos?					
19	¿Ha sentido reflujo estomacal o que devuelve la comida después comer?					
20	¿Tiene conocimiento sobre el Helicobacter Pylori?					
21	¿Ha presentado pérdida de peso en los últimos meses sin explicación?					
22	¿Ha presentado dolor cuando se ejercía presión en el estómago?					
23	¿Ha presenciado color oscuro o como borra de café en las heces?					
24	¿Ha estado en la posibilidad de realizarse estudios genéticos para posible diagnóstico de Cáncer?					
Rol Enfermería						
25	¿El Profesional de enfermería le ha brindado orientación en cuanto a cuidados que debe cumplir?					
26	¿El Profesional de enfermería le ha brindado información en cuanto a los efectos secundarios que pudiera sentir luego del tratamiento?					
27	¿El profesional de enfermería le ha brindado información con respecto a la enfermedad por el cual está siendo tratado?					
28	¿El Profesional de enfermería le ha brindado información con respecto a la dieta que debe seguir como paciente oncológico?					
29	¿El profesional de enfermería le ha brindado atención directa cuando usted lo ha					

	solicitado sobre los tratamientos a recibir?					
30	¿El profesional de enfermería le ha proporcionado apoyo emocional?					
31	¿El profesional de enfermería le ha brindado atención en el manejo del dolor cuando usted lo solicita?					
32	¿El profesional de enfermería le ha brindado trato humano en el cumplimiento de sus cuidados?					
33	¿El profesional de enfermería le ha brindado bienestar y confort en todo momento?					
34	¿El profesional de enfermería le ha orientado a su familia en relación a su enfermedad?					
35	¿El profesional de enfermería siempre tiene presente su entorno cercano y le permite su relación social?					

www.bdigital.ula.ve

ANEXO B

Instrumento de Validación por Juicio de Experto

www.bdigital.ula.ve

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Jackson Lenno Rojas titular de la Cédula de Identidad N° 19.677.201, de profesión Grad. en Enfermería, ejerciendo actualmente como Docente y CFI en UPA y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: “Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, unidad oncológica instituto autónomo hospital universitario de los andes (IAHULA), Mérida, estado Mérida, periodo julio - septiembre 2023” durante el periodo Julio – septiembre 2023”

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems		X		
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems			X	
Claridad y precisión		X		
Pertinencia				X

En Mérida, a los 5 días del mes de Septiembre del 2023

Nombre y apellido, CI. Jackson Lenno Rojas Rangel

Firma Jackson L. Rojas R.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **GERARDO PEÑA QUINTERO** titular de la Cédula de Identidad N° **10.715.673**, de profesión **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, ejerciendo actualmente como **ENFERMERO IV SUPERVISOR** en **CLINICA EJIDO C.A.** y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **“Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida, estado Mérida, periodo julio - septiembre 2023”**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems				X
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Mérida, a los **01** días del mes de **SEPTIEMBRE** del 2023

Nombre y apellido, **GERARDO PEÑA QUINTERO** CI. 10.715.673

Firma _____

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Rosalia Uzcátegui, titular de la Cédula de Identidad N° 8048995, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Docente en la escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: “Condiciones predisponentes en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Unidad Oncológica Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida estado Mérida, periodo junio - septiembre 2023”. A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems		X	X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems		X		
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems			X	
Claridad y precisión		X	X	
Pertinencia		X		x

En Mérida, a los 5 días del mes de agosto del 2023

Rosalia Uzcátegui

CI. 8048995

ANEXO E

CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE ALFA DE CROBACH

www.bdigital.ula.ve

**CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL
COEFICIENTE ALFA DE CROBACH**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Nº de elementos
0,623	0,700	34

Estadísticos de los Elementos

Ítems	Media aritmética	Desviación típica
Ítem 1	4,1667	0,83485
Ítem 2	3,5000	0,79772
Ítem 3	4,0833	0,79296
Ítem 4	8,4167	1,50504
Ítem 5	2,1667	1,26730
Ítem 6	2,9167	1,56428
Ítem 7	3,8333	0,83485
Ítem 8	3,5833	0,79296
Ítem 9	3,9167	0,79296
Ítem 10	3,2500	0,62158
Ítem 11	1,0833	0,28868
Ítem 12	2,0833	0,79296
Ítem 13	4,5000	0,67420
Ítem 14	3,9167	1,37895
Ítem 15	3,5833	1,24011
Ítem 16	3,9167	0,79296
Ítem 17	3,8333	1,02986
Ítem 18	3,5000	1,08711
Ítem 19	4,1667	0,83485
Ítem 20	4,3333	1,55700
Ítem 21	4,0000	1,53741
Ítem 22	4,8333	1,02986
Ítem 23	3,5833	1,16450
Ítem 24	3,6667	1,37069
Ítem 25	3,6667	1,37069
Ítem 26	3,4167	1,31137
Ítem 27	3,7500	1,13818
Ítem 28	4,5833	0,66856
Ítem 29	3,8333	1,33712
Ítem 30	4,5833	0,51493
Ítem 31	4,2500	0,96531
Ítem 32	4,6667	0,49237
Ítem 33	4,6667	0,65134

Ítem 34	4,1667	0,71774
Ítem 35	4,2500	0,86603

Fuente: Cálculos propios

Tabla: Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach

Índice	Nivel de fiabilidad	Valor de Alfa de Cronbach
1	Excelente	0,91 - 1
2	Muy bueno	0,71 – 0,90
3	Bueno	0,51 – 0,70
4	Regular	0,31 – 0,50
5	Deficiente	0 – 0,30

El valor obtenido del **Alfa de Cronbach** fue de **0,623**, se considera un nivel bueno para la aplicación del instrumento de la investigación.

www.bdigital.ula.ve