

“UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO
DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO
EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
LIMA - 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**PILAR PPARI RODRIGO
JACKELINNE ROCÍO PRESENTACIÓN SÁNCHEZ**

Callao, 2014

Perú

id: P. = 15200
id: E. = 39070

**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO
DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO
EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
LIMA - 2014”**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación ante todo a Dios porque ha estado con nosotras en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar; a nuestros padres quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar, educación y han depositado su confianza incondicional para poder lograr nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente nos gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirnos en llegar hasta donde hemos llegado e hiciste realidad este sueño anhelado.

A la "UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO", Facultad De Ciencia de la Salud- Escuela Profesional de Enfermería por darnos la oportunidad de estudiar y ser unas profesionales

A la directora de investigación, Dra. Nancy Chalco, al Jurado Evaluador Dr. Lucio Ferrer Peñaranda, Lic. Yrene Blas Sancho y al Dra. Nélide Chávez; por sus esfuerzos y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que podamos terminar el estudio de investigación.

Y general a todos que en un momento dado solicitamos su ayuda y sin duda alguna nos brindó su apoyo.

Muchas Gracias a cada uno de ellos, realmente nos sentimos muy dichosas de haber elegido esta noble carrera de Enfermería, que en el transcurso de nuestra formación profesional nos ha ayudado en desarrollar nuestro lado humano e intelectual.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	7
SUMMARY.....	9
 CAPÍTULO I:	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Identificación del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	15
1.4. Justificación.....	16
1.5. Importancia.....	18
 CAPÍTULO II:	
II. MARCO TEORICO.....	19
2.1 Antecedentes del estudio.....	19
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	19
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	22
2.2 Marco conceptual.....	25
2.2.1 Factores socioculturales.....	25
2.2.1.1 Factores Sociales.....	27
2.2.1.2 Factores Culturales.....	32

2.2.2	Madeleine Leininger: "Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales....."	35
2.2.3	Cáncer de Colon.....	37
2.2.3.1	Colostomía.....	38
2.2.4	Paciente Oncológico Colostomizado.....	39
2.2.5	Conocimiento de Autocuidado en pacientes colostomizados.....	41
2.2.5.1	Autocuidado.....	42
2.2.5.2	Autocuidado en pacientes colostomizados.....	44
2.3	Definiciones de términos básicos u otros contenidos.....	54

CAPÍTULO III:

III.	VARIABLES E HIPOTESIS.....	55
3.1	Variables de la investigación.....	55
3.2	Operacionalización de variables.....	56
3.3	Hipótesis general.....	59

CAPÍTULO IV:

IV.	METODOLOGIA.....	60
4.1	Tipo de investigación.....	60
4.2	Diseño de la investigación.....	60
4.3	Población y muestra.....	61
4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	63

4.5 Procedimientos de recolección de datos.....64

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....65

CAPÍTULO V:

V. RESULTADOS67

CAPÍTULO VI:

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....90

6.1 Constratación de hipótesis con los resultados.....90

6.2 Constratación de resultados con otros estudios similares.....90

CAPÍTULO VII:

VII. CONCLUSIONES.....98

CAPÍTULO VIII:

VIII. RECOMENDACIONES.....100

CAPÍTULO IX:

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....102

ANEXOS

CUADROS DE CONTENIDO

	Pág.
CUADRO N°1: DISTRIBUCIÓN DEL SEXO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS COLOSTOMIZADOS QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014.	67
CUADRO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS COLOSTOMIZADOS QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014.	69
CUADRO N°3: FACTORES SOCIALES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014.	71
CUADRO N°4: FACTORES CULTURALES DEL PACIENTE ÓNCOLOGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014.	73

CUADRO N°5: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014. 75

CUADRO N° 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIETA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014. 77

CUADRO N° 7: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL DISPOSITIVO DE DRENAJE Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014. 79

CUADRO N° 8: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DEL ESTOMA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE 81

ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014.

CUADRO N° 9: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL SECADO DEL ESTOMA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014. **83**

CUADRO N° 10: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – 2014. **85**

RESUMEN

El Cáncer de Colon es una neoplasia que representa un problema de salud pública creciente a nivel mundial. Parte del tratamiento de algunos pacientes, es la creación de una abertura artificial (colostomía), para facilitar la evacuación del contenido intestinal. El conocimiento que el paciente oncológico colostomizado posee sobre su autocuidado es fundamental para que pueda incrementar y fortalecer su calidad de vida evitando futuras complicaciones. Sin embargo, incentivar el autocuidado es una tarea compleja ya que existen factores socioculturales que pueden estar relacionados. Ello justificó la realización del presente estudio titulado "FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014", que tuvo como objetivo general: Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, de corte transversal y prospectivo, y el diseño fue correlacional, en la cual la muestra fue igual que la población de 36 pacientes, por MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA de las investigadoras. La técnica que se utilizó fue

la encuesta y el instrumento fue el cuestionario compuesto por 28 ítems (9 ítems referentes a los factores socioculturales y 19 al conocimiento de autocuidado), aplicándose en el mes de noviembre del 2014. En el análisis se utilizó el software estadístico informático SPSS.

Los resultados respecto a factores socioculturales predominantes fueron que el 52.78% de los pacientes son de la costa, el 47.2% sus tipo de familia nuclear, el 47.2 % recibe apoyo de sus hijos, el 66,7% su grado de instrucción es primaria, 69.4 % son católicos, el 86.1 % no se encuentra trabajando, el 47.2% su ingreso económico es menos de s/.750.00 nuevos soles, el 58. 3% recibe apoyo económico de su familia y sobre el nivel de conocimiento de autocuidado se determino que el 91,7% presentó un nivel bajo de conocimiento; 8,3% nivel medio y 0,0% nivel alto.

Finalmente se aprueba la hipótesis afirmando que existe relación estadística significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

Palabras claves: Factores socioculturales, conocimiento de autocuidado,
Pacientes oncológicos colostomizado.

SUMMARY

The Colon cancer is a malignancy that represents a growing public health problem worldwide. Of the treatment of some patients, is the creation of an artificial opening (colostomy), to facilitate the evacuation of intestinal contents. The knowledge that cancer patients colostomy has on self-care is essential for you to increase and enhance their quality of life by preventing future complications. However, encouraging self-care is a complex task since there sociocultural factors that may be related. This justified the embodiment of the present study entitled "CULTURAL FACTORS AND KNOWLEDGE OF SELF colostomy CANCER PATIENT TO COME OUTSIDE OFFICE OF NATIONAL INSTITUTE OF THERAPY stomal neoplastic diseases, LIMA - 2014", which had the overall objective: To determine the relationship between sociocultural factors and self-care knowledge colostomy cancer patient who comes to stomal therapy outpatient clinic of the National Institute of Neoplastic Diseases, Lima - 2014.

The research study was quantitative, cross-sectional, prospective, and the design was correlational, in which the sample was the same as the population of 36 patients, NO PROBABILITY SAMPLING FOR CONVENIENCE of research. The technique used was the survey instrument was a questionnaire consisting of 28 items (9 items referring to

sociocultural factors and 19 to knowledge of self), applied in November 2014. The analysis software was used SPSS statistical computer.

The results regarding prevailing sociocultural factors were that 52.78% of the patients are from the coast, 47.2% is kind of nuclear family, 47.2% receive support from their children, 66.7% their level of education is primary, 69.4% Catholic, 86.1% not working, 47.2% their income is less than s / \$ 750.00 soles, 58. 3% receives financial support from his family and the level of awareness of self-determined that 91.7% had a low level of knowledge; 8.3% and 0.0% average high level.

Finally, affirming that there is a significant statistical relationship between sociocultural factors and self-care knowledge colostomy cancer patient who comes to stomal therapy outpatient clinic of the National Institute of Neoplastic Diseases, Lima hypothesis is approved.

Keywords: Socio-cultural factors, knowledge of self, Oncology patients
colostomy

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del problema

El Cáncer de Colon es una neoplasia que representa un problema de salud pública creciente a nivel mundial. Ocupa el cuarto lugar dentro de los tumores más comunes en el hombre y el tercero en la mujer. Existen variaciones significativas entre los países desarrollados y aquellos que están en vías de desarrollo, esta diferencia es altamente contrastante cuando comparamos países como Japón y Alemania con la India, Ecuador y Perú. En el año 2010 en EUA se registraron 150,000 casos nuevos de Cáncer Colorrectal (CCR) y 50,000 defunciones por esta causa. En este país se ha observado un incremento que va del 52 al 66% en un periodo de 30 años. ¹

A nivel nacional, en el Perú se diagnostican dos mil casos nuevos cada año de cáncer de colon y la mitad fallece por ser detectado en etapa avanzada. El cáncer de colon es la sexta causa de muerte en el país y su detección temprana es fundamental para poder evitarlo. ² Se estima que la incidencia del cáncer de colon en el 2004 fue de 2.01 por 100,000 habitantes, ocupando en Lima el 7mo lugar de incidencia de neoplasias malignas tanto en hombres como mujeres, según los datos del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2004-2005. ³

A nivel Local, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas el total de casos registrados de Cáncer de Colon en el 2011 fue de 281 y en el 2012 fue de 293 pacientes, cifras que van en aumento, datos proporcionados por la OFICINA DE ESTADÍSTICA DEL INEN.⁴

La resección quirúrgica del tumor es el tratamiento de elección en este tipo de cáncer y el único potencialmente curativo. El tipo de intervención varía según la localización del tumor. Muchos de ellos, cursan con la práctica de una abertura artificial (estoma) a nivel del abdomen, para facilitar la evacuación del contenido intestinal. Esta estoma se denomina colostomía cuando se exterioriza el intestino grueso (colon). El paciente oncológico colostomizado sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que le dificultan la adaptación en su entorno.⁵ El paciente colostomizado considera a la colostomía como una gran carga limitante en diferentes aspectos de su vida y que tienen que llevarlo con normalidad siendo la promoción del autocuidado una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana de los pacientes colostomizado.⁶

La disciplina de enfermería cuenta con la Teoría del déficit de autocuidado de Orem, que define el autocuidado como las prácticas que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar.⁷

El conocimiento que el paciente oncológico colostomizado posee sobre su autocuidado es fundamental ya que de esto depende que asuma con responsabilidad los cambios sobre sus hábitos dietéticos e higiene de su estoma, secado de la estoma, colocación del dispositivo, prevención de complicaciones de la colostomía; aspectos importantes para que el paciente pueda incrementar y fortalecer su calidad de vida evitando futuras complicaciones.⁸

Sin embargo, incentivar el autocuidado en los individuos es una tarea compleja ya que existen algunas circunstancias internas y externas que limitan o disminuyen la capacidad de los mismos hacia su cuidado. Estos determinantes, desde la teoría de Orem, son denominados factores básicos condicionantes del autocuidado donde se incluyen los factores socioculturales; condiciones o elementos que le permiten la vinculación al individuo con su entorno social y cultural.⁹

La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. La manera en que los seres humanos perciben su entorno físico, social, y la forma como viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura. La cultura es una manera de codificar la realidad. La salud como producto físico y social responde también a códigos culturales.¹⁰

Siendo nuestro lugar de estudio el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, en el 2013 se intervinieron quirúrgicamente (colostomía) a 67 pacientes y el tipo de intervención que predomina es la colostomía en asa transversa derecha.¹¹ En el consultorio externo de Terapia ostomal acuden pacientes oncológicos colostomizados mayormente de la tercera edad (propicia para el desarrollo del cáncer de colon), y al interactuar con el paciente sobre los conocimientos de autocuidado que deben tener con respecto a la dieta refieren: “consumo poco o nada de fibra”, “si tomo gaseosa”, “tomo de 2 a 4 vasos de agua al día”; higiene del estoma: “me lavo la herida solo con agua y cada semana”, “utilizo papel higiénico para secarme el estoma”, dispositivo de drenaje: “me siento para colocarme la bolsa”, y con respecto a la prevención de complicaciones: “mi herida está muy enrojecida”, “si tengo como una hernia en la herida, por eso a veces me quedo mejor en mi casa”; lo cual evidencia un nivel de conocimiento deficiente.

Sumado a lo anterior se destacan los factores socioculturales de los pacientes oncológicos colostomizado, dado que la mayoría proceden de la sierra y selva, presenta culturas diferentes, un nivel de instrucción primaria, estratos económicos bajos; que nos hacen pensar que son estos (factores) los que tienen alguna relación de manera importante en el comportamiento del paciente frente a su enfermedad y en su conocimiento de autocuidado.

Estos eventos observados nos llevan a plantear el siguiente problema de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014?

1.3. Objetivos: General y Específicos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociales del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

- Identificar los factores culturales del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.
- Relacionar los factores socioculturales y el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

1.4 Justificación del problema

La presente investigación se justifica porque la incidencia de cáncer de colon esta aumentado cada año, y en muchos de estos casos el tratamiento electivo es la creación de una ostomía (colostomía), que conlleva una agresión física y psíquica que, al afectar la imagen corporal del paciente, afecta también, la capacidad funcional, de relación y la calidad de vida, por lo que supone un gran impacto en la vida del paciente. La adaptación a una ostomía va a depender de varios factores como las características del entorno psico-social y del contexto cultural (creencias, valores, conceptos y actitudes en relación

a la enfermedad). Por ende cada paciente tiene una percepción diferente a la educación que el personal de salud les brinda en cada consulta médica, que condicionará de manera importante en su conocimiento de autocuidado.

Desde el punto de vista teórico, la investigación busca aplicar conceptos básicos referidos al conocimiento del autocuidado: dieta, cuidados del estoma, dispositivo de drenaje, complicaciones precoces y tardías del estoma; y por el otro lado tenemos a los factores socioculturales: lugar de procedencia, tipo de familia, ocupación, ingreso económico, nivel de instrucción y religión con la finalidad de encontrar explicaciones al comportamiento del paciente colostomizado que pueden afectar su reinserción a la vida social, lo que la hace relevante para el campo de enfermería.

Desde el punto de vista de la práctica de enfermería, la investigación se justifica porque los resultados a obtener, permitirán diseñar estrategias para fortalecer los conocimientos de autocuidado en el paciente colostomizado, mediante la planificación y ejecución de actividades de enseñanza, que le garanticen la aplicación de procedimientos específicos, direccionados al cuidado de la piel del área del estoma, dieta, cuidados del dispositivo, evitar complicaciones.

1.5 Importancia

Para los profesionales de enfermería es de gran importancia ya que los incentivará a obtener información actualizada sobre la colostomía y las necesidades educativas de los pacientes sometidos a este proceso, y por ende poder diseñar intervenciones educativas de enfermería innovadoras tendentes a cubrir las expectativas de información u orientación de los pacientes colostomizados, teniendo en cuenta sus factores socioculturales y nivel conocimiento.

Siendo el deber principal del profesional de enfermería proporcionar una atención de calidad al enfermo colostomizado sin dejar a un lado a la familia y comunidad, el realizar un programa educativo de orientación al paciente oncológico colostomizado tendrá una nueva visión y nuevas oportunidades, ya que la orientación precisa sobre su conocimiento de autocuidado, minimiza y evita posibles complicaciones, permitiendo su pronta recuperación y su reintegro al entorno familiar y a la sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

DAZA GORENA, M. (2013). Bolivia, realizó un estudio sobre: **“Conocimientos y Prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes con estoma abdominal que acuden a la consulta de Enfermería del Hospital Boliviano Holandés”**. El presente estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal fue desarrollado durante 8 meses, tiempo en el que se atendió a 67 pacientes con estoma abdominal de los cuales 37 pacientes corresponden a la muestra. Por los resultados obtenidos, se evidencia claramente la falta de conocimientos (teórico-prácticos) en el autocuidado de los pacientes ostomizados. En cuanto a conocimientos sobre el auto cuidado se identificó que el (32.4%) tiene conocimiento; pero el 67.6% no tiene este conocimiento sobre cómo auto cuidarse. En relación a los conocimientos sobre cuidados en su alimentación se tuvo el siguiente resultado (10.8%) tienen conocimiento sobre cómo alimentarse frente a (89.2%) que no sabe cómo hacerlo. Las conclusiones del estudio fueron: El grado de instrucción es un factor preponderante porque los conocimientos de estos pacientes son incorrectos, el 51% (19

pacientes) solo cursaron hasta el nivel intermedio y sus conocimientos sobre higiene en: limpieza del estoma, higiene de los alimentos al prepararlos, en el consumo e ingesta de alimentos y la importancia del autoestima en cada persona fueron precarios, e incluso después del entrenamiento con demostración en el consultorio de enfermería llegaron a ser inadecuados.¹²

BLANCO, MIRIAM (2006). Venezuela, realizó u estudio titulado **“Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados tratados en la consulta externa de cirugía que realizan los pacientes colostomizados, atendidos en la consulta externa de cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, de Caracas.** En el cual tuvo como objetivo determinar la práctica de autocuidado que realizan los pacientes colostomizados. Para ello se fundamentó en un estudio descriptivo y transversal. Con una muestra de 30 pacientes que asistieron a la mencionada consulta. Los resultados indican que para el autocuidado relacionado con el dispositivo de drenaje en promedio el 46% cumple con el mismo y un 51% no lo cumple. En el autocuidado relacionado con el estoma intestinal en promedio el 50% lo cumple y el otro 50% no lo hace, y para el autocuidado relacionado con los estilos de vida para la alimentación el 47% cumple con todas las recomendaciones y el 53% no lo hace, en el caso del vestido el 75% cumple con las

orientaciones y el 25% no cumple y en lo relacionado con la actividad física el 75% si cumple las recomendaciones y el 25% no lo hace. Las conclusiones del estudio fueron: Que existen algunas dificultades en el manejo del autocuidado de los pacientes participantes en el estudio y que deben tomarse en cuenta para que se le dé fiel cumplimiento a los mismos y así mejorar su calidad de vida.¹³

BOCARD, L. Nogueira, S., Ribeiro, E. Kazue, A. y Santos, L. (1998), Brasil realizaron un estudio sobre **“Los aspectos de la rehabilitación social del ostomizado”**, el cual tuvo como objetivo verificar las dificultades presentadas por los ostomizados atendidos en dos servicios ambulatorios de la ciudad de Sao Paulo, Brasil, al retorno a sus actividades cotidianas de fase pregonera (domésticas, trabajo y sexuales); utilizaron el método descriptivo. La población estuvo conformada por 45 ostomizados, sub divididos en 3 grupos conforme el tiempo de post operados. El instrumento utilizado fue un formulario semiestructurado y la técnica fue la entrevista. De acuerdo a los resultados se pudo verificar que la mayor parte de los ostomizados no retornan totalmente al trabajo, apenas parcialmente a las actividades de la vida diaria, y las actividades sexuales es lo más difícil. Dentro de las justificaciones que refieren los 3 grupos destacan los problemas físicos,

2078



inseguridad e inadecuada utilización del dispositivo. Llegando a la conclusión de que la reinserción social es un desafío para el ostomizado y una preocupación para el equipo interdisciplinario.¹⁴

2.1.2. Antecedentes Nacionales

GURMENDI SARRIA, J. y Ramos Fiestas, M. (2011). Perú; realizaron un estudio titulado: **“Nivel de conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados que asisten a la consulta de cirugía del HNDAC, Callao-Lima 2011”**. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado en pacientes colostomizados que asiste a la consulta de cirugía del HNDAC. El tipo de metodología fue cuantitativa, prospectivo y de corte transversal y el diseño metodológico fue correlacional. Las conclusiones a las que llegaron fueron: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados. De los pacientes colostomizados entrevistados el nivel conocimientos en general es medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones. Los pacientes colostomizados presentan prácticas inadecuadas sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones. El mayor porcentaje de los pacientes colostomizados no conocen cuál es la importancia de la alimentación balanceada en la prevención de

complicaciones, así como también desconocen que alimentos deben estar presentes en una dieta balanceada. El nivel de conocimientos sobre el cuidado de la colostomía del paciente colostomizado es medio con tendencia a bajo.¹⁵

MALLQUI ZELADA, ELIZABETH;(2006). Perú; realizó un estudio titulado: **“Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en paciente colostomizados con complicaciones en ostomía, en el servicio de cirugía del HNDAC”**. Las conclusiones son las siguientes: En relación a los conocimientos sobre el autocuidado que tiene los pacientes colostomizados durante su hospitalización en el servicio de cirugía del HNDAC, se concluye que de 28%(100%) pacientes, el 14(50%) no conocen, esto se relaciona de forma directa con las necesidades alimentarias, ya que el desconocimiento de una elección de bebida, dieta y hábito y comportamientos negativos va en contra de su salud, así mismo el nivel de conocimiento en el cuidado de la colostomía, refieren no conocer cómo hacer el cambio de la bolsa, limpieza del estoma, sus características normales del estoma y cuál es la manera correcta de proteger a la bolsa colectora, dando como consecuencia mayor riesgo de presentar complicaciones del estoma. Por último, sobre los conocimientos del amor, pertenencia y autoestima, ignora la importancia que tiene sobre su salud. Los

conocimientos y las prácticas que tiene el paciente dependerán también de la información que obtenga durante su estancia hospitalaria. Además también es de mucha importancia el tipo de intervención quirúrgica ya que los cuidados son diferentes, su buena práctica y recepción de conocimientos correctos daría como resultado su mejoría total.¹⁶

ESPINOZA, M. (2003). Perú, realizó una investigación titulada: **"Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliti Martins"**, el cual tuvo como objetivo identificar los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados, fue una investigación de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y la técnica utilizada fue la entrevista, el cuestionario estuvo conformado por 20 ítems entre preguntas dicotómicas y múltiples. Dentro de los resultados a las que se llegó fueron las siguientes: En relación a los conocimientos sobre el autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de Enfermería del HNERM, se concluye que de 60:(100%) el 20% no conocen; al respecto ello está relacionado a las necesidades alimentarias, ya que no conocen sobre elección de

bebidas y hábitos de alimentación, lo que significa un riesgo en su salud; ya que optarán por bebidas no adecuadas adoptando comportamientos que no favorecerán su total mejoría; así mismo acerca de los conocimientos en el cuidado de la colostomía no conocen sobre el cambio correcto de la bolsa de colostomía, identificación de características normales del estoma, medidas preventivas y hábitos durante el cuidado del estoma, pudiéndose concluir que hay un menor riesgo de presentar complicaciones tardías propias de la colostomía y sobre los conocimientos de amor, pertenencia y autoestima, no conocen acerca de la autoestima y su importancia.¹⁷

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Factores socioculturales.- La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud y enfermedad. Las personas no son simplemente individuos. Viven en sociedad y sus opiniones, sus valores incluso sus creencias, al igual que sus habilidades, se forman y sostienen dentro de grupos sociales, familiares y comunidades.¹⁸

Desde la Declaración de Alma Atta en 1978 han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente

cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes clave que influyen sobre la salud de la población. Entre estos se encuentran el ingreso y posición social, la educación, el empleo, las condiciones de trabajo, los entornos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados.¹⁹

El término sociocultural hace referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.²⁰

Estos factores considerados aisladamente nos llevan a hacer el estudio en dos factores principales: Factores Sociales y Factores Culturales.

Conscientes de que estos factores son tan amplios y variados que difícilmente podríamos enfocarlos en todos sus aspectos, por tal razón y tomando en consideración nuestros intereses de trabajo y

para facilitarnos un mejor desarrollo del mismo, hemos tomado los siguientes puntos:

- Lugar de procedencia, organización familiar, ocupación, ingreso económico, educación y religión.

2.2.1.1 Factores Sociales.- Comprende las interrelaciones entre la gente; Kozier afirma "que los factores sociales están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad son variables que influyen sobre el estado de la salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o practicas saludables. Encontramos aquí la ocupación, el ingreso económico, estado civil y apoyo familiar".²¹

Estos factores sociales son:

- a. **Familia.-** La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

La familia en su organización muestra diferencias en factores socio-culturales y presenta un marcado dinamismo. La estructura familiar se presenta paulatinamente afectada en su solidez y los patrones culturales por tanto tiempo establecido y tendiente a

mantener dicha estructura cambian aceleradamente una adecuada adaptación a las mismas en los miembros.²²

Tipos de familias:

- **Familia nuclear:** padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»;
- **Familia compuesta:** además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- **Familia monoparental:** en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- **Unipersonal:** persona que vive sola.²³

La familia tiene un papel importante en la vida de las personas ostomizadas. La condición de persona ostomizada incide directamente en la calidad de vida del cuidador principal que se ve mermada, sobre todo en lo que se refiere a su tiempo libre. La problemática de ajuste familiar puede ser debida bien por rechazo como por sobreprotección del grupo familiar.

Apoyo familiar.- Para Colliere “la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de

quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”; la familia es un recurso de apoyo para la persona ostomizada, en su recuperación. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente.²⁴

Apoyo social.- Siguiendo a Gómez y Cursio (2000) el apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas por parte de otras personas.

El apoyo o soporte que recibe el colostomizado a través de la red social consta de dos componentes: redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias relacionadas con la familia, que sigue siendo la principal fuente de apoyo. Y las redes secundarias, se incluyen los vecinos, los amigos y grupos comunitarios.

Entre los grupos de apoyo, la familia se constituye en el grupo básico para el apoyo que requiere la persona con estoma. Son los miembros de la familia quienes con sus acciones de apoyo pueden contribuir con el proceso de adaptación de la persona ostomizada a su nueva condición. La (el) profesional de enfermería buscará incluir los hijos y la pareja en las actividades de educación. Es importante que los familiares lo apoyen y no

lo limiten en el logro de su independencia. Es decir, que no lo sobreprotejan y fomenten su autocuidado.²⁵

b. Ocupación.- Es aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social.²⁶

El ostomizado deja de realizar actividades que normalmente eran habituales en su vida, perdiendo interés en recuperarlas. Mientras se encuentra en el hospital, está protegido pero en el momento de enfrentarse a la sociedad generalmente existe temor. Si se aísla en su casa, aumentará la afectación psicológica y cada vez tendrá más miedo a salir, aislándose cada vez más. Existen estudios que demuestran la renuncia de estas personas a retornar a su medio laboral.²⁷

c. Ingreso económico.- Es la Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos, sueldos,

salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás.

Para el ingreso económico se tomará en cuenta el salario mínimo que otorga el estado en las entidades públicas, considerando el ingreso mensual por debajo de 750n. s.; luego el grupo con ingresos entre 751 a 1000 n. s.; de 1001 a 1500 n. s. y los que perciben un ingreso mayor a 1500 n. s.²⁸

El hecho de enfermar comporta, generalmente, una disminución de la capacidad económica fruto de los inconvenientes laborales, la falta de previsión social y otras circunstancias. Algunas de las causas y consecuencias provocadas por la falta de poder adquisitivo son los siguientes:

- Una baja laboral por enfermedad comporta una disminución de los ingresos y en algunos casos, la pérdida de incentivos y complementos asociados al contrato.
- Incremento de los gastos. A raíz de la enfermedad se generan una serie de necesidades que tienen que ser cubiertas: medicación, desplazamientos, ayudas técnicas, cambios de domicilio, asistencia y ayudas en el hogar, dietas, etc.
- Disminución de las aportaciones económicas de otros miembros de la familia integrados en el mundo laboral. Es común que

otros miembros de la familia tengan que modificar su situación laboral con el objetivo de cuidar de la persona enferma.²⁹

2.2.1.2 Factores Culturales.- Está constituido por la cultura, la que se entiende como el modo de vida de un pueblo. Una sociedad está compuesta de gentes, el modo en que se comportan es su cultura.

Edward B. Taylor plantea que la cultura es: "aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias. El arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad".³⁰

Alfred Kroeber considera la cultura como "la mayor parte de las reacciones motoras, los hábitos, las técnicas, ideas y valores aprendidos y transmitidos y la conducta que provocan es el producto especial y exclusivo del hombre, y es la cualidad que lo distingue en el cosmos."³¹

Conocer la cultura de la enfermedad coadyuva a obtener elementos de juicios para estructurar servicios de atención más integrales, comprensivos, con mayor calidad técnica y humana.

Estos factores Culturales son:

- a. **Grado de instrucción-** Es el nivel educacional que una persona tiene como: inicial, primaria, secundaria y superior. Para la Unesco, la educación es un bien público y un derecho humano del que nadie puede estar excluido.

La experiencia adquirida tanto en los países en desarrollo, como en los países desarrollados, indica que la alfabetización y los programas de educación no formal pueden conducir a mejorar la salud y el bienestar general de modo significativo.³²

Se distinguen los siguientes niveles:

- **Analfabetos:** Personas que no saben leer ni escribir
- **Primarios:** Personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.
- **Secundarios:** Son equivalentes a los estudios realizados en la escolaridad secundaria indistintamente hayan terminado completamente o no.
- **Superiores:** Incluye a los medios-superiores, es decir Técnicos o similares y los que terminaron estudios de Licenciatura, Ingenieros o superiores como de Maestría, Doctorado y Especialización

Es importante tener una educación para el autocuidado, esta educación debe partir con un diagnóstico de la situación individual que incluye el entorno del cual procede la persona, los estilos de vida, experiencias, forma de relacionarse, creencias, valores y motivación a cambios de conducta.

El individuo se cuidará adecuadamente, si posee conocimientos, capacidades, confianza y motivo para ello. La información en sí, por muy buena que sea, no es suficiente para el fomento de la salud, la cual se consigue con la participación activa de la población informada y motivada.³³

Es aquí donde la Enfermería adquiere un rol importante, al transmitir a la población hábitos y costumbres de autocuidado, tanto individuales como familiares y comunitarias.

- b. Procedencia.-** Este concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. La procedencia también es el punto de partida u origen de una persona. La procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, suele despertar mitos, tanto positivos como negativos, acerca de sus habilidades y

talentos naturales o bien relacionados con ciertas conductas sociales.³⁴

Se distinguen los siguientes lugares de procedencia:

- Costa, sierra y selva.

c. **Religión.**- Pargament y Mahoney han sugerido que la religión es institucional, dogmática y restrictiva. Por otra parte, señalan que tanto la religión como la espiritualidad pueden expresarse individual y socialmente, y ambos tienen la capacidad para promover u obstaculizar el bienestar personal. Al respecto, Pargament y colaboradores (1998, citado en Hamann, 2004) señalan que las prácticas y las creencias religiosas están con frecuencia involucradas en el proceso de lidiar con elementos estresantes de la vida diaria, e influyen en la manera cómo la persona puede afrontar una enfermedad, una tragedia, la transición a la adultez, el matrimonio, y otros momentos importantes a lo largo de la vida.³⁵

Tipos de religión: Católico, cristiano, evangelista y entre otros.

2.2.2 Madeleine Leininger: “Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales”.- En todos los grupos sociales se encuentran prácticas, valores e instituciones que van a constituir el sistema de salud de una comunidad y se establece la

forma como se concibe la salud y la enfermedad. Es crucial por tanto, que los profesionales de enfermería comprendan las particularidades de los sujetos de cuidado bajo la teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales de la Dra. Madeleine Leininger, enfermera estadounidense que obtuvo un doctorado en antropología cultural y social, trabajaba en un centro de orientación infantil, percibió la falta de comprensión de los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños de procedencias culturales distintas.

La Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger surgió a principios de 1960, y definió a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos, y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para

practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera.³⁶

2.2.3. Cáncer de Colon

El cáncer de colon es una enfermedad en la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del colon. Estas células que no son necesarias forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Cuando el cáncer colon se disemina fuera del colon o del recto, las células cancerosas se encuentran con frecuencia en los ganglios linfáticos cercanos. Si las células cancerosas han llegado a estos ganglios, es posible que se hayan extendido también a otros ganglios linfáticos o a otros órganos. Las células cancerosas de colon y de recto se diseminan con más frecuencia al hígado.³⁷

El colon se divide en cuatro segmentos: ascendente, transverso, descendente y sigmoides. El recto se une y sigue al colon sigmoides. Tanto el colon como el recto están formados por varias capas de tejido. Según esté afectada una u otra capa, así será el

pronóstico del cáncer. Detectar la enfermedad en etapa inicial, eleva la tasa de supervivencia de los pacientes al 90%.

Los principales factores de riesgo son: Edad mayor de 50 años, pólipos colorrectales, antecedentes familiares de cáncer de colon, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, dieta ricas en grasa y pobres en calcio, folato y fibra pueden aumentar el riesgo de cáncer de colon.³⁸

Dentro de la sintomatología del cáncer de colon podemos mencionar: Dolor abdominal, cambio del hábito intestinal (sobre los 45 años.), el sangramiento, anemia, baja de peso, eliminación de una gran cantidad de mucosidades, obstrucción intestinal y entre otros.

Como parte de su tratamiento, la cirugía sigue siendo la primera opción para extirpar este tipo de tumor y en muchos casos se opta por la creación del estoma (colostomía), dependiendo de la patología de cada paciente, el oncólogo puede prescribir tratamientos coadyuvantes con quimioterapia o radiación.³⁹

2.2.3.1 Colostomía.- La colostomía es la comunicación del colon con la pared abdominal. Con ello se consigue la evacuación del

contenido fecal al exterior en las situaciones en que el tránsito normal está interrumpido o debe derivarse por existencia de patología distal.

Las ubicaciones más frecuentes son el ciego (cecostomía), el colon transversal (transversostomía) y el sigma (sigmoidostomía). Las colostomías pueden ser temporales o definitivas según se restablezca posteriormente la continuidad colónica o no. Según la técnica quirúrgica empleada, una colostomía puede confeccionarse terminal, lateral o en asa o sobre una sonda (cecostomía), independientemente de su temporalidad.

Las patologías en que con más frecuencia se indica la realización de una colostomía son:

- Neoplasia de colon, Neoplasia de recto, Neoplasia de ano, Enfermedad diverticular, Vólvulo de colon, Poliposis colónica familiar, Enfermedad inflamatoria intestinal, Incontinencia anal, Traumatismo anorrectal, Fístula recto-vaginal, Sepsis pelviana y entre otras.⁴⁰

2.2.4 Paciente Oncológico Colostomizado.- Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer no es una tarea fácil, no sólo por la complejidad de la enfermedad en sí, sino porque es una

enfermedad que tiene un gran impacto sociocultural. Su deseo de información también varía mucho y mientras unos piden información exhaustiva, otros la prefieren concisa. El cáncer es una enfermedad que trasciende más allá de la problemática médica y puede afectar a las relaciones familiares y sociales del enfermo (trabajo, economía, recursos, etc).⁴¹

Aprender a negociar va a permitir al paciente escuchar y comunicarse eficientemente, identificar los valores, los principios y las normas por los que se rigen los centros de salud, establecer los límites personales y los límites de conducta que se van a cruzar, aprender a colocar a un lado las emociones mientras se está negociando, visualizando más de una solución para cualquier problema.⁴²

Entendemos por paciente colostomizado la persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica a nivel del colon para la creación de una ostomía, para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad

de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones.

Los pacientes son personas que proceden de los más variados círculos sociales, culturales y religiosos y han sido condicionados desde la infancia para aceptar diversas creencias, formas de vida y actitudes que dan lugar a una combinación única del individuo. Este proceso puede verse interrumpido o descompensado ante la vivencia de un proceso quirúrgico como es la ostomía (agresión a la imagen corporal), manifestándose en ansiedad por la pérdida de control, abocando al paciente a un estado depresivo que bloqueará el desarrollo posterior y se traducirá en la no aceptación del estoma, en agresividad y en retraimiento de sus relaciones interpersonales.⁴³

2.2.5 Conocimiento de Autocuidado en pacientes colostomizados.- Dentro del campo de la cognición, el conocimiento es el almacenamiento de información, de experiencias, de habilidades y creencias que posee el paciente de manera individual ⁴⁴. Los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. Por tal razón,

se considera a los conocimientos como un factor interno, propio de la persona que va a ser un determinante del autocuidado ⁴⁵. Mario Bunge define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto (BUNGE 1971).⁴⁶

Podemos concluir que el conocimiento de autocuidado es el conjunto de información que refieren tener los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al Consultorio de Terapia Ostomal que acuden al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, como resultado de un aprendizaje en la consulta de enfermería respecto a las necesidades de dieta, higiene y secado del estoma, dispositivo de drenaje y señales de alarma, con el objetivo de lograr una adecuada calidad de vida en ellos.

2.2.3.1 Autocuidado.- El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en

su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Teoría del Déficit de Autocuidado.- El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería. Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado: muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.
- La teoría del déficit de autocuidado: postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente
- La teoría de los sistemas de enfermería: proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.⁴⁷

2.2.3.2 Autocuidado en pacientes oncológicos colostomizados.-

Para educar a la persona ostomizada en el autocuidado, el personal de salud en general y de enfermería en particular debe tener la formación necesaria, es decir, debe haber adquirido la competencia para entregar esta educación; y además debe existir cultura de autocuidado del paciente ostomizado, es decir, se debe programar el tiempo necesario para que una enfermera le enseñe los contenidos correspondientes y le entregue una atención especializada.⁴⁸

a. Higiene del estoma.- Es la forma más útil y sencilla de mantener nuestro estoma y la piel en las mejores condiciones. Es conveniente lavarse con un jabón neutro para evitar que la piel se reseque. Con una ostomía, se puede bañar o duchar exactamente igual que antes de la operación, el agua (preferiblemente que sea hervida y templada, con la finalidad de prevenir alguna infección) y el jabón no perjudican a su estoma.

Accesorios necesarios para la higiene: Jabón neutro (glicerina), esponja suave, tolla de papel y bolsa de plástico para el desecho del dispositivo.

- Después del lavado es necesario secar bien la piel periestomal sin irritarla, para ello lo mejor es hacerlo con gasas o con una toalla exclusivamente para el secado del estoma, con pequeños toques en toda la zona, no es conveniente frotar y nunca debe emplear aire caliente o frío directamente en esa zona, esto reseca la piel y como consecuencia es más fácil que luego se irrite.
- Evitar el uso de aceites o cremas pues dificultan la adherencia de la bolsa.
- Es conveniente dejar la piel al aire unos minutos, pues permite la oxigenación de la piel que cubre el adhesivo.

- Si tiene vello en la zona, córtelo con tijeras. Nunca debe rasurarlo o utilizar ningún tipo de depilatorio porque también podría irritarle la piel. No conviene que utilice colonias, ni lociones con alcohol por la misma razón, su piel se resecaría y sería más fácil que luego se irrite.

b. Dieta.- Ser portador de una colostomía no significa tener que seguir una dieta especial. Los individuos que tienen una ostomía su dieta debe ser regular balanceada que incluye las vitaminas, minerales y calorías necesarias para la buena salud. Por lo general, después de la cirugía se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos. La razón es que la cirugía hace que el intestino se hinche. Esto se resuelve en aproximadamente seis a ocho semanas, luego se puede seguir con una dieta regular, agregando nuevos alimentos gradualmente a tu dieta para determinar su efecto sobre el manejo de tu ostomía.

Se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones dietéticas:

- Agregar un alimento nuevo cada tres días para tener un control más exacto de puntos de tolerancia.
- Comer en intervalos regulares, omitir comidas aumenta la incidencia de evacuaciones acuosas y de gases. Evitar ayunar y

saltar comidas. Algunas personas se ven beneficiadas al comer seis comidas más pequeñas. El total de las seis comidas debe igualar al de tres comidas regulares.

- Balancear la fibra dietética: La fibra incluye todas las sustancias alimenticias que las enzimas digestivas no pueden desintegrar (residuo alimenticio no digerible). La fibra añade volumen a las heces. Su propósito es facilitar el transporte de las heces a lo largo del tracto intestinal para su eliminación.
- La intolerancia a la lactosa es común: Si hay distensión abdominal, aumento en el desecho líquido o diarrea diez minutos o varias horas después de ingerir un producto lácteo, se deberá eliminar. También se puede hacer el cambio a leche libre de lactosa, leche de soya (puede causar gas) o leche de arroz.
- Incluir grasas de origen vegetal: Nuestros cuerpos necesitan diferentes tipos de grasas (ácidos grasos). Si hay alguna intolerancia a la grasa puede ser necesario tomar algún suplemento, como ácidos grasos omega 3.
- Evitar el exceso de peso.
- Aumentar la ingesta de líquido, entre 1.5 y 2 litros diarios, puesto que las pérdidas de líquidos suelen ser mayores que antes.
- El consumo de frutas y verduras deben ser cocidos en un inicio para evitar malestares intestinales, luego estos pueden ser

consumidos frescos y/o cocidos dependiendo del funcionamiento de cada organismo.

- **Duración en el hábito de la masticación:** La masticación es el primer proceso de transformación que sufre el alimento en su camino hacia el intestino, es un acto sensoriomotor complejo que integra a todos los componentes del sistema masticatorio, y una actividad necesaria para procesar cualquier tipo de alimento sólido; pero presenta una gran variabilidad entre los individuos en términos de duración, trayectoria mandibular y niveles de actividad muscular. Por otro lado, las propiedades del bolo alimenticio pueden ser afectadas por el estado de salud bucal del individuo, comer despacio y masticar con la boca cerrada, para evitar la formación de gases; se recomienda masticar alrededor de 5 minutos por cada bocado de comida para lograr la asimilación de los nutrientes.

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:

- Legumbres, cebollas y ajos, col y coliflor, frutos secos, espárragos y alcachofas, huevos, cerveza y bebidas con gas, especias.
- Carne de cerdo, mantequilla, yogurt, queso fresco, cítricos

Alimentos que se deben evitar:

- Pescados, pastas y arroces, leche y derivados, carne de cerdo y charcutería, grasas, picantes, alcohol y bebidas gaseosas.

Alimentos que dan consistencia a las heces:

- Verduras, frutas y legumbres.
- Cereales integrales, salvado, arroz cocido.

c. Agua.- El agua controla la temperatura corporal, sirve como un material de construcción y solvente, y transporta los nutrimentos. Cualquier líquido que contenga agua (soda, leche, jugo, etc.), ayudará a cumplir con los requerimientos diarios. También se puede obtener agua de los alimentos que comes. (Los tomates tienen un contenido de agua de 94%). Se recomienda una ingesta de líquidos de ocho a diez vasos por día. Tomar más líquidos es útil para “lavar” a los riñones, eliminar impurezas en la sangre y mantener el equilibrio electrolítico adecuado.⁴⁹

d. Cuidados con respecto al dispositivo de drenaje (Bolsa para colostomía).- Una vez pasado el post operatorio inmediato es importante elegir el dispositivo más adecuado. La posición ideal que debe estar el paciente para colocarse y vaciarlo es de pie,

siempre y cuando el paciente pueda hacerlo, de lo contrario se optará por la posición de decúbito supino (acostado) o sentado.

Dispositivos únicos (Una sola pieza, cerrada o abierta)

Colocación

- Recortar el diámetro central del adhesivo o bien elegir un dispositivo ya pre cortado.
- Retirar el film protector y adherir el dispositivo alrededor del estoma, de abajo hacia arriba por si llega a salir alguna excreción.
- Presionar cuidadosamente el adhesivo para evitar fugas.

Retirada

- Se debe hacer cuidadosamente de arriba abajo, sujetando la piel con la otra mano.⁵⁰

Evacuación - bolsa para colostomía: Una colostomía expulsará materia fecal independientemente de cada organismo. Se debe tener cuenta lo siguiente:

- Un sistema de bolsa (también llamado un dispositivo) adecuado para evitar que se ensucie la ropa.
- La consistencia de la materia se ve afectada por lo que usted come y bebe.

- Los gases y el olor forman parte del proceso digestivo natural y no pueden prevenirse.
- Vaciar la bolsa con frecuencia durante el día para evitar fugas y abultamiento por debajo de la ropa.
- Cambiar el sistema de bolsa antes de que haya una fuga.
Lo ideal es cambiarlo cada 2 a 3 días.⁵¹

e. Prevención de complicaciones.- El paciente colostomizado debe poseer una cultura de prevención, comenzando con la observación de su propio estoma diariamente esto conllevará a que pueda identificar el aspecto normal del estoma (enrojecido o rosado) y cuando esté presentando alguna señal de alarma (irritación, secreciones purulentas, sangrado, fiebre, etc.), en este caso estaríamos hablando de una complicación ya sean precoces o tardías.

Complicaciones de las colostomías

Las complicaciones de las colostomías se clasifican en dos grupos según su momento de aparición.

Complicaciones Precoces:

- **Edema.** El edema de la mucosa de la colostomía es frecuente en los primeros días del postoperatorio, siendo fisiológico y debido al trauma quirúrgico.
- **Infección.** La infección periestomal suele ser más frecuente tras intervenciones de urgencia en las que las condiciones generales del paciente suelen ser peores. El grado de infección es variable.
- **Hemorragia.** Se produce en las primeras horas tras el término de la intervención. El origen del sangrado puede estar en la lesión de algún vaso submucoso o del tejido celular subcutáneo.
- **Necrosis.** La necrosis del cabo colónico se produce por la insuficiente vascularización del mismo por esqueletización excesiva del cabo distal, torsión del mesocolon o estrangulación excesiva del mismo al tunelizarlo en la pared abdominal.
- **Retracción.** El hundimiento del colon puede producirse secundariamente a la necrosis o la infección de la colostomía.

Complicaciones tardías

- **Estenosis.** Es la reducción del diámetro del orificio del estoma de tal forma que impide la realización de un tacto por el mismo.
- **Hernia.** Es la protrusión intermitente o permanente de la colostomía debido a un defecto de la pared abdominal o a la laxitud muscular propia de los pacientes ancianos.
- **Prolapso.** Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo.⁵²

La frecuencia a la consulta médica: En el Consultorio de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por lo general debe ser mensualmente; pero en ciertos casos cuando el paciente presenta complicaciones la frecuencia será semanalmente.

Al presentar alguna complicación ya sea precoz o tardía, el paciente no debe dudar en acudir al médico, ya que el tratamiento que se le brindará será el adecuado.

2.3 Definiciones de términos

- **Conocimiento:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.
- **Autocuidado:** Del griego auto que significa propio o por uno mismo y cuidado que significa pensamiento. Forma de cuidado así mismo.
- **Estoma:** Consecuencia quirúrgica de abocar al exterior una porción del intestino para poder excretar los residuos orgánicos.
- **Terapia:** Parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades.
- **Terapia ostomal-** Es la atención que brinda el personal especializado en este campo centrándose en personas con estomas abdominales del sistema gastrointestinal y urinario, para proporcionar un manejo adecuado y alcanzar su rehabilitación.
- **Factor.-** Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas a producir un resultado.
- **Factor social.-** Conjunto de relaciones que se establecen entre las personas de un grupo o territorio determinado.
- **Factor cultural.-** Conjunto de valores, criterios, conocimientos, creencias, estatus social, aspiraciones, sueños y modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad o territorio.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Variables de la investigación

- **Factores socioculturales.-** Es el proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales como el tipo de familia, apoyo familiar y/o social, situación laboral, ingreso económico y los aspectos culturales como el grado de instrucción, tipo de religión y procedencia del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014.

- **Conocimiento de Autocuidado.-** Es el conjunto de información que refieren tener los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2014, como resultado de un aprendizaje en la consulta de enfermería respecto a las necesidades de dieta, higiene y secado del estoma, dispositivo de drenaje y prevención de complicaciones, con el objetivo de lograr una adecuada calidad de vida en ellos

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO	Es el conocer a un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.	Es el conjunto de información que refieren tener los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al Consultorio de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, como resultado de un aprendizaje en la consulta de enfermería	Dieta Cuidados con respecto al dispositivo de drenaje	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de Líquidos • Alimentos recomendados • Alimentos Prohibidos • Duración en el hábito de masticar • Posición corporal al colocarse el dispositivo. • Posición corporal al eliminar los desechos • Frecuencia del Cambio del dispositivo.

		<p>respecto a las necesidades de dieta, higiene y secado del estoma, dispositivo de drenaje y prevención de complicaciones con el objetivo de lograr una adecuada calidad de vida en ellos.</p>	<p>Higiene del estoma</p> <p>Secado del estoma</p> <p>Prevención de complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales • Frecuencia • Materiales • Momentos • Frecuencia en la observación del estoma. • Características del estoma normal • Identificación de complicaciones. • Frecuencia a la consulta médica.
--	--	---	--	--

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis General

- Existe relación significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al Consultorio de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014.

CAPÍTULO IV

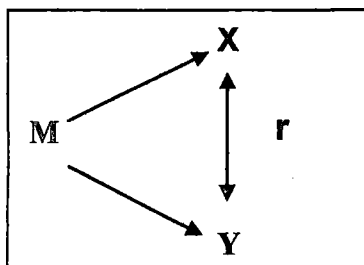
METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Este trabajo fue de tipo cuantitativo, prospectivo y de corte transversal. Es de tipo cuantitativo porque mide las variables a estudiar; prospectivo porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente; y de corte transversal, porque se obtiene la recolección de datos de las variables a estudiar en un tiempo determinado.

4.2 Diseño de investigación

El trabajo fue correlacional, porque se quiere medir el grado de relación entre las variables de estudio: factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado, cuyo esquema es el siguiente:



Dónde:

M=Pacientes oncológicos colostomizados que acuden al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

X = Factores Socioculturales

Y = Conocimiento de Autocuidado

r=Relación entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

- La población de esta investigación estuvo constituida por 36 pacientes oncológicos colostomizados atendidos en el Consultorio Externo de Terapia de Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el mes de noviembre.

4.3.2 Muestra

- La muestra de esta investigación estuvo constituida por 36 pacientes oncológicos colostomizados atendidos en el consultorio externo de Terapia de Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por **MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA** de las investigadoras.

Criterios de inclusión

- Pacientes oncológicos colostomizados (Adulto maduro y mayor).
- Pacientes oncológicos portadores de una colostomía permanente.
- Usuarios en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que no acepten participar en el desarrollo del cuestionario.
- Pacientes oncológicos colostomizado que estén cursando con su tratamiento de Quimioterapia.

Área de estudio

- El estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ubicada en la Av. Angamos Este #2520, Surquillo – Lima, en el consultorio externo de Terapia Ostomal, cuyo horario de atención son los martes, jueves y sábados de 8:00am a 6:00pm. El equipo multidisciplinario está conformado por una enfermera, una técnica en enfermería y un doctor, en el cual atienden a un promedio de 6 a 8 pacientes por día, quienes llegan por diversos motivos entre ellos: chequeo médico, curación estoma, nutrición, entrega de materiales (bolsa de colostomía), complicación de la colostomía, preoperatorio y entre otros.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica

- La técnica que se utilizó fue la encuesta porque especifica claramente la información que necesitamos recolectar de las dos variables de estudio: factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado.

4.4.2 Instrumento

- El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, previo consentimiento del paciente(Ver anexo 1); el cual nos permitirá medir las dos variables de estudio: factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado; el cual consta de las siguientes partes: título, introducción, instrucciones, datos generales del encuestado y el contenido mismo que consta de 28 ítems (9 ítems correspondientes a la variable factores socioculturales y 19 ítems del conocimiento de autocuidado) que son de tipo cerrada con preguntas múltiples.(Ver anexo 4)

Validez y confiabilidad

- La validez del contenido del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos (8 expertos: 4 Docentes del FCS-E.P.E, 4 Licenciadas de la INEN), cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar

el instrumento. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial para establecer la concordancia. (Ver Anexo 2 y 3)

- En cuanto se refiere a la confiabilidad del instrumento, es decir, al grado en que su aplicación repetida a los mismos sujetos u objetos producen iguales o similares resultados (lo cual es revelador de la consistencia interna, de la confianza en la información que brinda y de la potencia del instrumento para discriminar de modo constante entre un valor y otro), se seleccionó el método denominado Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach. (Ver anexo 5)

4.5. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización de la institución especializada INEN, por parte del Departamento de Enfermería a cargo de la Dra. Melita Cosme Mendoza(Directora Ejecutiva), Mg. Silvia Elena Valenzuela (Supervisora de Investigación) y el Dr. Carlos Arturo Castañeda Altamirano (Director Ejecutivo del Departamento de Investigación " Max Heller ") otorgándonos el campo clínico para la aplicación del instrumento.

Teniendo la autorización respectiva, acudimos al consultorio externo de terapia ostomal en la cual la Lic. Elizabeth Espinoza nos facilitó permiso respectivo para poder aplicar el instrumento, el cual se

ejecutó en el mes de noviembre llevándose acabo en horas de atención del consultorio externo de Terapia Ostomal.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Después de recolectar los datos se procedió a elaborar una tabla de códigos lo cual no permitió vaciar los datos de una manera más rápida utilizando la técnica del paloteo, posteriormente se procedió a procesar los datos en una Matriz general, utilizando el programa Excel 2010, el cual nos permitió el Análisis y la interpretación de los datos clasificándolos en niveles.

Los datos procesados fueron presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

Para la medición de la variable conocimiento de autocuidado, se asignó un puntaje de uno (1) puntos a las preguntas cerradas bien contestadas y cero (0) puntos a las contestadas incorrectamente.

Luego los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS y se aplicó la prueba de significancia Chi-Cuadrada(x²) de Pearson para determinar la relación de las variables: factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado.

Posteriormente se realizó el análisis y la interpretación de los datos utilizando para ello el marco teórico correspondiente, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad.

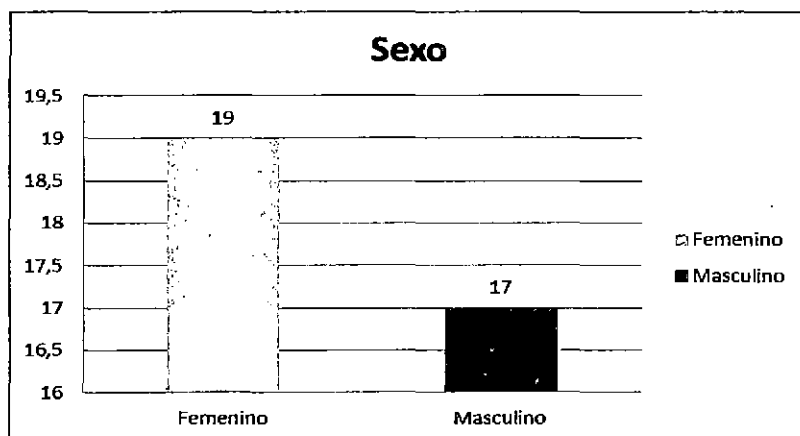
CAPÍTULO V
RESULTADOS
CUADRO N° 1

**DISTRIBUCIÓN DEL SEXO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS
COLOSTOMIZADOS QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,**

LIMA - 2014

SEXO	N = 36 Pacientes	
	N	%
Femenino	19	52.78%
Masculino	17	47.22%
Total	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del Cuadro N° 1:

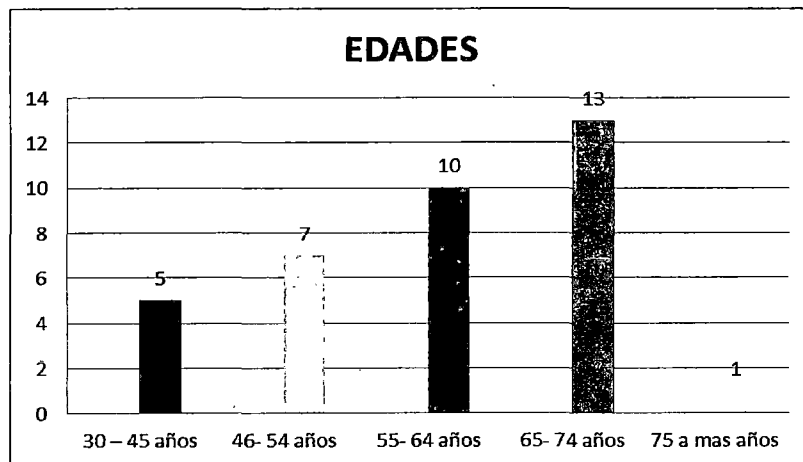
Se tiene que del total de los pacientes oncológicos colostomizados (36 pacientes) que acuden al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 19 (52.78%) pacientes pertenecen al sexo femenino y 17 (47.22%) al sexo masculino.

CUADRO N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES EN LOS PACIENTES
ONCOLOGICOS COLOSTOMIZADOS QUE ACUDE AL CONSULTORIO
EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014**

EDADES	N = 36 PACIENTES	
	N	%
30 – 45 años	5	13.8%
46- 54 años	7	19.5%
55- 64 años	10	27.8%
65- 74 años	13	36.2%
75 a más años	1	2.7%
Total	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del Cuadro N° 2:

Se tiene que del total de los pacientes oncológicos colostomizados (36 pacientes) que acuden al Consultorio Externo de Terapia Ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 5(13.8%) pacientes sus edades oscilan de los 30- 45 años, 7(19.5%) pacientes de 46 a 54 años, 10(27.8%) pacientes de 55 a 64 años, 13(36.2%) pacientes de 65 a 74 años y 1(2.7%) pacientes de 82 años.

CUADRO N° 3

**FACTORES SOCIALES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA -
2014**

FACTORES SOCIALES	N = 36	
	N	%
Tipo de familia		
Nuclear	17	47,2%
Compuesta	6	16,7%
Monoparental	9	25,0%
Unipersonal	4	11,1%
TOTAL	36	100%
Apoyo familiar		
Esposo(a)	8	22,2%
Hijos(as)	17	47,2%
Otros	9	25,0%
Ninguno	2	5,6%
TOTAL	36	100%
Situación laboral		
Trabaja	5	13,9%
No trabaja	31	86,1%
TOTAL	36	100%
Ingreso económico		
Menos de S/. 750	17	47,2%
Entre S/. 751 - S/. 900	15	41,7%
Entre S/. 901 - S/. 1000	2	5,6%
Más de S/. 1001	2	5,6%
TOTAL	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Del cuadro N° 3

Se tiene que del total de los pacientes oncológicos colostomizados, en cuanto a los factores sociales se observó que el tipo de familia se halló un mayor porcentaje de familia nuclear (47,2%); mientras que el (25%) era de familia monoparental, y el (16,7%) era de familia compuesta. Respecto al tipo de apoyo familiar un mayor porcentaje fueron de los hijos (47,2%), en cambio el (22,2%) fue de su esposo(a) y el (25%) otros familiares. En referencia a la situación laboral, el (13,9%) trabaja y (86,1%) no trabaja. Según el nivel de ingreso económico, el (87,2%) tenían ingresos por debajo de 750 n. s. y el (41%) entre 501 a 1000 n. s. respectivamente; en cambio el (5,6%) tenía ingresos entre 1001 a 1500 n. s. y también más de 1001 n.s.

CUADRO N°4

**FACTORES CULTURALES DEL PACIENTE ÓNCOLOGICO
COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA -
2014**

FACTOR CULTURAL	n=36	
	N	%
Grado de educación		
Iletrado	1	2.78%
Primaria	24	66.67%
Secundaria	9	25.00%
Superior	2	5.55%
TOTAL	36	100%
Tipo de religión		
Católico	25	69.44%
Cristiano	5	13.88%
Otros	5	13.88%
Ninguno	1	2.80%
TOTAL	36	100%
Procedencia		
Costa	19	52.78%
Sierra	12	33.34%
Selva	5	13.88%
TOTAL	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del cuadro N^o4

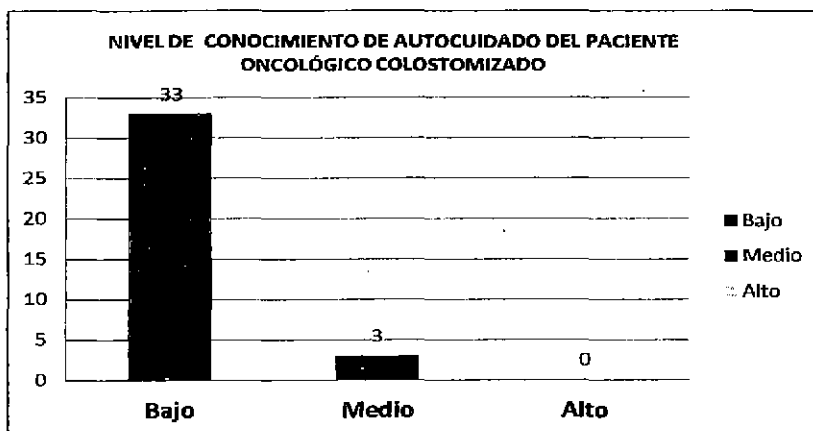
Se han obtenido los siguientes resultados pertenecientes a los factores culturales del paciente oncológicos colostomizados que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: con respecto al grado de educación el mayor porcentaje son de grado de educación primaria (66.67%) y el menor porcentaje son los pacientes que no pertenecen a ningún grado de instrucción- iletrado(2.78%); en cuanto al tipo de religión el mayor porcentaje son los católicos(69.44%) y el menor porcentaje no pertenecen a ningún tipo de religión(2.80%); en cuanto al lugar de procedencia el mayor porcentaje son de la costa(52.78%) y finalmente el menor porcentaje son de la selva (13.88%).

CUADRO N°5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento	Bajo	33	91.7%
	Medio	3	8.3%
	Alto	0	0.0%
	Total	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del cuadro N°5

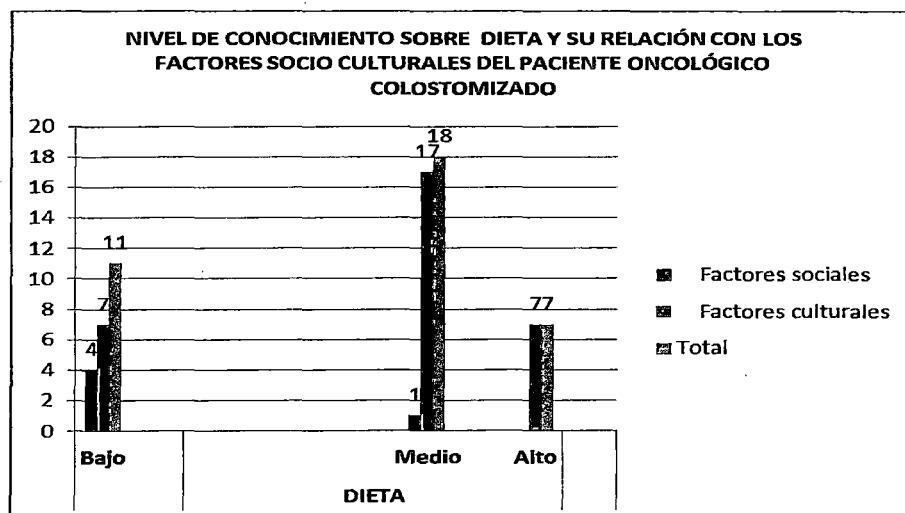
Los resultados en cuanto al conocimiento del autocuidado, según los resultados de nuestra segunda variable, se observa que el (91.7%) 33 pacientes de la muestra determina un nivel bajo de dicho conocimiento, seguida de un (8.3%) 3 pacientes de quienes presentan un índice medio de dicho nivel.

CUADRO N°6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIETA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014

		FACTORES SOCIO CULTURALES				Total	
		Factores sociales		Factores culturales			
		N	%	N	%	N	%
DIETA	Bajo	4	11.1%	7	19.4%	11	30.6%
	Medio	1	2.8%	17	47.2%	18	50.0%
	Alto	0	0%	7	19.4%	7	19.4%
Total		5	13.9%	31	86.1%	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del cuadro N°6

Según se observa en relación a los factores culturales, el (19.7%) 7 pacientes presenta un nivel bajo sobre el conocimiento de la dieta en los pacientes colostomizados y el (47.2%) 17 pacientes muestran un índice medio en relación al indicador de la Dieta.

Por otro lado en cuanto al (13.9%) que corresponde a los factores sociales, se puede observar que existe un (11.1%) de quienes muestran un nivel bajo en cuanto al conocimiento de la dieta, seguida de un (2.8%) de quienes muestran un nivel medio de dicho conocimiento.

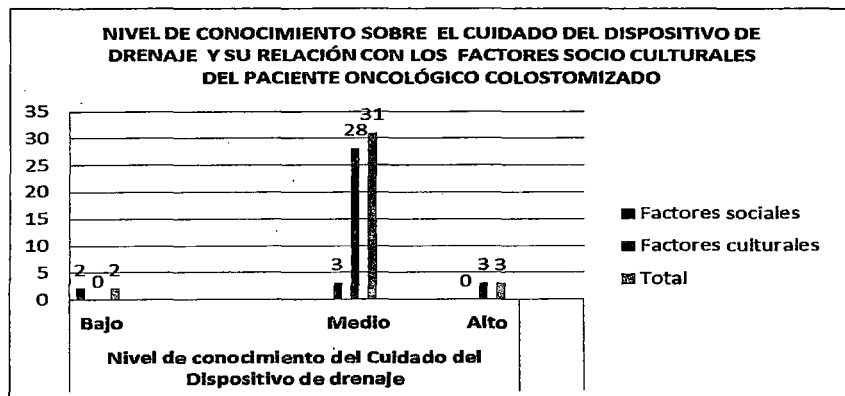
CUADRO N°7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL DISPOSITIVO DE DRENAJE Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014

		FACTORES SOCIO CULTURALES				Total	
		Factores sociales		Factores culturales			
		N	%	N	%	N	%
CUIDADO DEL DISPOSITIVO DE DRENAJE	Bajo	2	5.6%	0	0.0%	2	5.6%
	Medio	3	8.3%	28	77.8%	31	86.1%
	Alto	0	0.0%	3	8.3%	3	8.3%
Total		5	13.9%	31	86.1%	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Del cuadro N°7

Los resultados en cuanto a los factores socio culturales, del (86.1%), se puede observar que el (77.8%) muestran un nivel medio del conocimiento acerca del cuidado del dispositivo de drenaje, seguida de un (8.36%) de quienes muestran un nivel alto de dicho dispositivo.

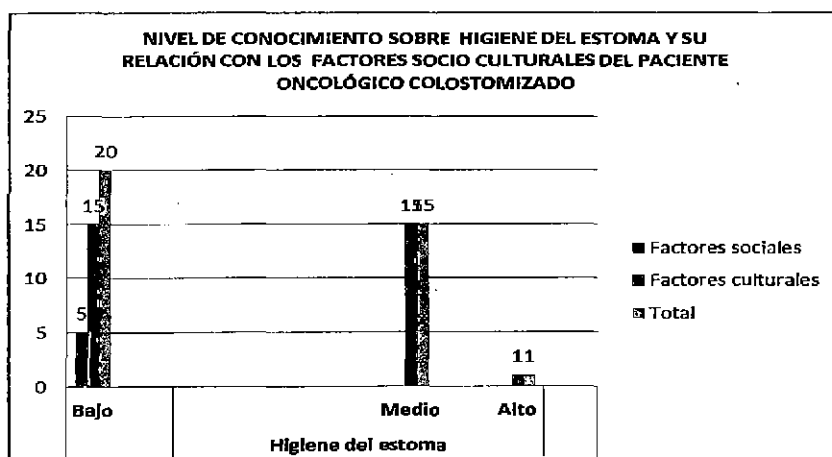
En tanto de los (13.9%) restantes correspondiente a los factores sociales, se puede observar que el (8.3%) muestran un nivel medio en cuanto conocimiento del dispositivo de Drenaje, seguida de un (5.6%) de un nivel bajo del conocimiento de dicho dispositivo de drenaje.

CUADRO N°8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DEL ESTOMA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014

		FACTORES SOCIO CULTURALES				Total	
		Factores sociales		Factores culturales			
		N	%	N	%	N	%
HIGIENE DEL ESTOMA	Bajo	5	13.9%	15	41.7%	20	55.6%
	Medio	0	0.0%	15	41.7%	15	41.7%
	Alto	0	0.0%	1	2.8%	1	2.8%
Total		5	13.9%	31	86.1%	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Del cuadro N°8

Los resultados en cuanto a la higiene del estoma, según se observa, del (86.1%) de quienes muestran factores culturales, existe un (41.7%) de quienes muestran un nivel bajo o medio de dicha higiene de estoma, seguida de un 2.8% de quienes muestran un alto nivel de conocimiento sobre la higiene de dicha estoma.

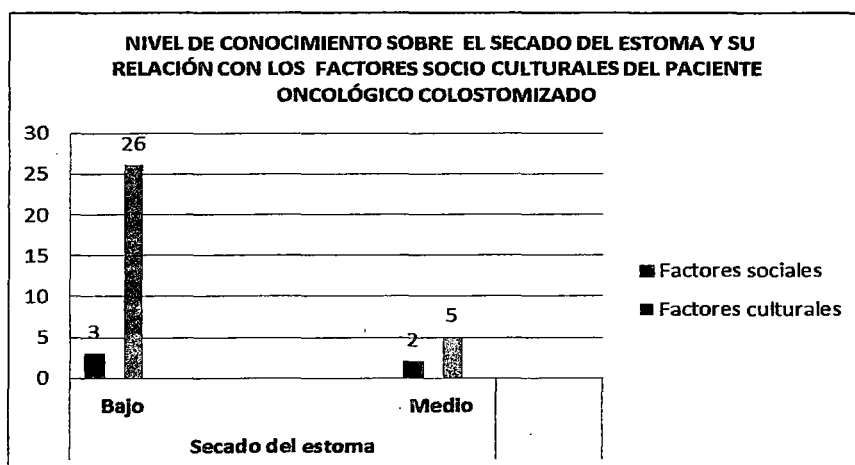
Por otro lado del 13.9% de quienes muestran los factores sociales, se observa que el integro de esta muestra se posiciona en un nivel bajo de conocimiento sobre la higiene del estoma.

CUADRO N°9

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL SECADO DEL ESTOMA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014

		FACTORES SOCIO CULTURALES				Total	
		Factores sociales		Factores culturales			
		N	%	N	%	N	%
SECADO DEL ESTOMA	Bajo	3	8.3%	26	72.2%	29	80.6%
	Medio	2	5.6%	5	13.9%	7	19.4%
Total		5	13.9%	31	86.1%	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del cuadro N^o9

Los resultados en cuanto al conocimiento sobre el secado del estoma, se puede observar que del (86.1%) de quienes muestra los factores culturales, el (72.2%) de ellos expresan un bajo conocimiento acerca del secado del estoma, asimismo un (13.9%) muestran un nivel medio del secado de dicha estoma.

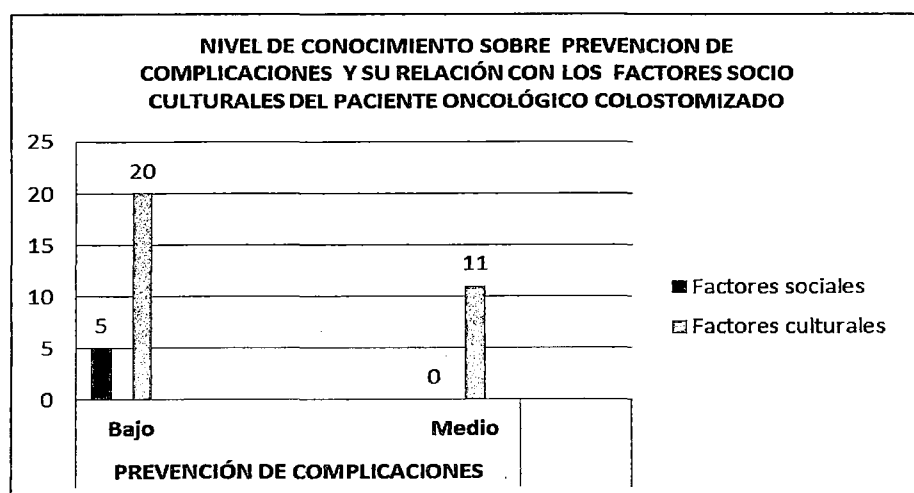
Por otro lado de los (13.9%) los que representan a los factores sociales, se puede observar que el (8.3%) de ellos muestran un bajo nivel de conocimiento acerca del secado del estoma, mientras que por ultimo solo un (5.6%) restante tiene un conocimiento medio sobre dicho secado.

CUADRO N°10

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION DE
COMPLICACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO
CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE
ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
LIMA - 2014**

		FACTORES SOCIO CULTURALES				Total	
		Factores sociales		Factores culturales			
		N	%	N	%	N	%
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	Bajo	5	13.9%	20	55.6%	25	69.4%
	Medio	0	0.0%	11	30.6%	11	30.6%
Total		5	13.9%	31	86.1%	36	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Del cuadro N°10

Los resultados, acerca del conocimiento en cuanto a la prevención de complicaciones, según podemos apreciar en cuanto al (86.1%) de los factores culturales, el (55.6%) de ellos muestran un bajo nivel de conocimiento sobre señales de alarma; asimismo, el (30.6%) muestran un nivel medio de conocimiento de prevención de complicaciones.

Por otro lado en cuanto al (13.9%) de aquellos que muestran factores sociales, según se observa, el integro de dicha muestra tiene o presentan un nivel bajo acerca de los conocimientos de prevención de complicaciones.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON
LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE
TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014**

Análisis correlativo (CH2 Pearson)

Hipótesis general

1º PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

H⁰: No existe una relación significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a Consultorio Externo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014.

H¹: Existe una relación significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a Consultorio Externo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014.

2º NIVELES DE SIGNIFICACIÓN:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

r de Ch2

Dónde:

En términos generales diremos que:

□□ Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $< 0,95$ la asociación no se cumple.

□□ Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $> 0,95$ la asociación se cumple.

4º Comparar

Para $n-2$ grados de libertad

$T > T_{\alpha/2, \kappa}$ Se rechaza H_0

$T < T_{\alpha/2, \kappa}$ Se acepta H_0

Dónde:

$T = t$ calculado

$T_{\alpha/2, \kappa} = t$ de tabla con $\alpha = 0.05$ y κ grados de libertad

5. Resultados

Tabla -Resumen de correlación de Ch2

	FACTORES SOCIOCULTURALES & CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO
<i>Correlación de Ch2</i>	<i>,955*</i>
<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>,045</i>
<i>Suma de cuadrados y productos cruzados</i>	<i>,034</i>
<i>Covarianza</i>	<i>,026</i>
<i>N</i>	<i>36</i>

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral). (-1 *Relación con los demás*

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Constratación de hipótesis con los resultados

De la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación se muestra con un índice de 0,955, es decir 95.5%, con un índice de libertad de ,045 o 4.5 %, con lo que validamos nuestra hipótesis general que sugiere que “Existe una relación significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a Consultorio Externo de terapia ostomal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014”, validándola.

6.2 Constratación de resultados con otros estudios similares

En relación a las características generales:

La edad de los pacientes oncológicos colostomizados osciló entre los 65 a 74 años con (36,2%) recalando que en la mayoría de casos la edad que prima es la del adulto mayor. La edad es un factor muy importante en la distribución de patologías.

Según la literatura la edad y el sexo como factores básicos condicionantes de Orem, señalo que la edad es un indicio que

permite evaluar la cantidad y tipo de ayuda necesaria por parte de las personas. Además es un factor importante en todas las situaciones de enfermería; normalmente está en estrecha relación con las características del comportamiento de la persona y tiene significado en la relación de las conductas de autocuidado del paciente y la conducta de la enfermera.

En cuanto el sexo de los pacientes oncológicos colostomizados que prevalecen es el femenino con (52,8%) del masculino con un (47,2%); esto se puede corroborar con un estudio realizado por Espinoza (17), en el que la prevalencia de la colostomía en relación al género mostró una gran variabilidad con predominio de las mujeres en Lima.

En relación a los factores sociales los pacientes oncológicos colostomizados se encontraron lo siguiente:

Familia, según el tipo de familia se halló un mayor porcentaje de familia nuclear (47,2%); compuesta por padres e hijos. Así también encontramos un mayor porcentaje respecto al tipo de apoyo familiar de los hijos (47,2%). Como sabemos la familia es un elemento principal del cuidado en el hogar, es un recurso de apoyo para la persona colostomizada; su adecuada participación favorece la salud y la calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante que la

familia participe en el autocuidado del paciente oncológico colostomizado para así poder prevenir las diferentes complicaciones de la colostomía que trae muchas repercusiones en las diferentes esferas biopsicosocial y espiritual del paciente y familia.

En cuanto a la valoración del apoyo familiar que reciben los pacientes colostomizados, pues convivir con buenas relaciones les permite manifestar las emociones, sentimientos, temores y problemas íntimos asociados a la etapa de vida, facilitando la comprensión y apoyo durante la vivencia de los mismos de convivencia.

Situación laboral, según los datos obtenidos se observan un mayor porcentaje de personas colostomizados que no laboran con un (86,1%). Es importante mencionar que estos resultados concuerdan con los vertidos por Bocardo (14), quien concluyó que los factores que están asociados con el autocuidado de los pacientes colostomizados es el nivel ocupacional, lo que nos indicaría que el trabajo continua siendo un factor limitante para el cumplimiento del autocuidado el paciente colostomizados. Gurmendi (15) también pudo verificar que la mayor parte de los ostomizados no retornan totalmente al trabajo, apenas parcialmente a las actividades de la vida diaria.

Ingreso económico, se observa que de un total 36 pacientes encuestados el (47,2%) presenta un ingreso económico menor a S/.750 nuevos soles; lo que muchas veces no permite cumplir con su cuidado en cuanto del estoma debido a que no les alcanza para poder brindar los cuidados respectivos.

Se infiere que la causa económica sigue siendo el factor limitante en el cumplimiento del cuidado de la colostomía en pacientes oncológicos.

En relación a los factores sociales los pacientes oncológicos colostomizados se encontraron los siguientes:

Grado de instrucción, se observan un mayor porcentaje de personas colostomizados que presenta grado de educación primaria (66.67%); estos datos se diferencia con la investigación realizada por Daza Gorena (13) donde el grado de instrucción se evidenció que el 51% de los 37 pacientes ostomizados llegó a la secundaria; el 24% al nivel primario; el 11% con estudios superiores inconclusos y solo el 8% es profesional.

Según la literatura es importante tener una educación para el autocuidado, esta educación debe partir con un diagnóstico de la situación individual que incluye el entorno del cual procede la persona,

los estilos de vida, experiencias, forma de relacionarse, creencias, valores y motivación a cambios de conducta.

Tipo de religión, según los datos obtenidos en cuanto a la religión más del (50%) pertenece a una religión siendo el mayor porcentaje los católicos (69.44%). según la literatura esta variable es de interés particular, pues se han documentado múltiples beneficios de la espiritualidad en la salud; algunos estudios señalan que los individuos que tienen vivencias espirituales y creencias religiosas fuertes, tienen mayor control y capacidad de afrontamiento efectivo para los momentos de crisis y en el manejo de situaciones complejas que se presenten durante sus vidas.

Lugar de procedencia, se identificó que el mayor porcentaje son de la costa (52.78%) y el menor porcentaje son de la selva (13.88%); de forma similar el estudio realizados por Daza Gorena (13) concluyo en cuanto a la procedencia de los pacientes se identificó que el (48%) proveniente de la ciudad de El Alto (sierra); el (23%) proviene de diferentes provincias y el (17%) son de la capital.

Respecto al conocimiento de autocuidado del paciente oncológicos colostomizados según sus dimensiones:

Dieta, según lo observado en cuanto al autocuidado de la dieta en pacientes colostomizados se obtiene un conocimiento de medio con (50%) a bajo con (30.6 %) de forma similar el estudio de Daza Gorena (13); en relación a los conocimientos sobre cuidados en su alimentación se tuvo el siguiente resultado (10.8%) tienen conocimiento sobre cómo alimentarse frente a (89.2%) que no sabe cómo hacerlo. También nuestro resultado es igual al estudio de Espinoza (17) que concluye que de 28(100%) pacientes, el 14(50%) no conocen, esto se relaciona de forma directa con las necesidades alimentarias, ya que el desconocimiento de una elección de bebida, dieta.

Según la literatura ser portador de una colostomía no significa tener que seguir una dieta especial. Los individuos que tienen una ostomía su dieta debe ser regular balanceada que incluye las vitaminas, minerales y calorías necesarias para la buena salud.

Dispositivo de drenaje, con respecto al nivel de conocimiento de autocuidado sobre el dispositivo de drenaje; donde más del (50%) de los pacientes colostomizados presenta un nivel bajo (86.1%). Estos datos son similares con el estudio realizado por Blanco, Miriam (6); los resultados indican que para el autocuidado relacionado con el

dispositivo de drenaje en promedio el 46% cumple con el mismo y un 51% no lo cumple.

Higiene del estoma, con respecto al nivel de conocimiento de autocuidado sobre higiene del estoma: se observa una tendencia de medio (41.7%) a bajo (55.6%). Según la literatura la higiene de la estoma es la forma más útil y sencilla de mantener el estoma y la piel en las mejores condiciones. Es conveniente lavarse con un jabón neutro para evitar que la piel se reseque. Con una ostomía, se puede bañar o duchar exactamente igual que antes de la operación, el agua (preferiblemente que sea hervida y templada, con la finalidad de prevenir alguna infección) y el jabón no perjudican a su estoma. Se infiere con los resultados obtenidos que los pacientes colostomizados no conocen los accesorios necesarios para la higiene.

Secado del estoma, según los datos obtenidos el conocimiento en el secado del estoma es de bajo (80.6%) a medio (19.4%). Según la literatura, después del lavado es necesario secar bien la piel periestomal sin irritarla, para ello lo mejor es hacerlo con gasas o con una toalla exclusivamente para el secado del estoma, con pequeños toques en toda la zona, no es conveniente frotar y nunca debe

emplear aire caliente o frío directamente en esa zona, esto reseca la piel y como consecuencia es más fácil que luego se irrite.

Prevención de complicaciones, según lo observado en cuanto al cuidado de la prevención de complicaciones en pacientes colostomizados se obtiene un conocimiento de bajo con (69.4%) a medio con (30.6%); de forma similar el estudio de Gurmendi (15) investigó que los pacientes colostomizados entrevistados; el nivel conocimientos en general es medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones.

Así al relacionar cada factor sociocultural con el conocimiento del autocuidado del paciente colostomizado, la presente investigación encontró relación significativa entre los factores socioculturales (tipo de familia, apoyo familiar, situación laboral, ingreso económico, grado de instrucción ,procedencia, religión) y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo de terapia estomal del Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas, lima, 2014.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se plantean las siguientes conclusiones:

- a) Se determinó una relación estadística significativa entre los factores socioculturales: tipo de familia, apoyo familiar, ocupación, ingreso económico, nivel de instrucción religión y procedencia; con el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, comprobando la hipótesis general y rechazando la hipótesis nula en la presente investigación.

- b) Los factores sociales de este estudio destaco que el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al consultorio externo de Terapia ostomal del Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas no se encuentran trabajando y sus ingreso económico es menos de s/.750.00 nuevos soles; por lo que deben tomarse en cuenta para mejorar su calidad de vida.

- c) Los factores culturales de este estudio destacaron que el mayor porcentaje en los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al consultorio externo de Terapia ostomal del Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas fueron que su grado de instrucción es primaria; siendo un factor preponderante en el conocimiento de autocuidado debido a la tendencia de un nivel bajo en el estudio.
- d) Se identificó que el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes oncológicos colostomizados que acuden al Consultorio Externo de Terapia ostomal del Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas en general es bajo. Por consiguiente hay un mayor riesgo de presentar complicaciones tardías propias de la colostomía.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones en que se ha llegado de esta investigación, se expresan las siguientes recomendaciones:

- a) Se le sugiere al Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas tomar en cuenta los resultados de esta investigación con la finalidad de elaborar programas educativos hacia los pacientes oncológicos colostomizados, con la información y comunicación eficaz, enfocados a la dieta, higiene del estoma, secado del estoma, cuidados con respecto al dispositivo de drenaje y prevención de complicaciones, teniendo como objetivo mejorar el autocuidado del paciente y por ende su calidad de vida.

- b) Además se le recomienda al Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas que los programas de apoyo para pacientes oncológicos colostomizados, deben priorizar en aquellos que poseen nivel de instrucción primaria, un ingreso económico menor a 750 nuevos soles, considerando la procedencia y ocupación, ya que estos indicadores influyeron al bajo nivel de conocimiento de autocuidado en el estudio realizado.

- c) Teniendo en cuenta que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado en el estudio realizado; se sugiere continuar realizando estudios enfocados a los factores sociodemográficos, socio-psicológicos con la finalidad de ampliar información de base que será útil en la toma de decisiones orientadas a incrementar el conocimiento de autocuidado.
- d) Los profesionales de enfermería deben recibir periódicamente capacitaciones referentes al conocimiento sobre los cuidados en un paciente oncológico colostomizado y a la práctica de la Enfermería Transcultural, con el objetivo que puedan impartir educación de una manera eficaz y eficiente en cada paciente.

CAPÍTULO IX

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. HERNÁNDEZ GUERRERO, Angélica. **Panorama del cáncer colorrectal a nivel mundial y en México.** Consultado el 15 de octubre del 2014. Disponible en: https://www.sepd.es/.../download.php?...cancer...nivel_mundial_y...
2. RADIO.RPP. **Mortalidad de Cáncer de Colon en el Perú.** Consultado el 15 de octubre del 2014. Disponible en :[Más allá de las ...radio.rpp.com.pe/.../tag/mortalidad-de-cancer-de-colon-en-el-peru/](http://Más_allá_de_las...radio.rpp.com.pe/.../tag/mortalidad-de-cancer-de-colon-en-el-peru/)
3. FARFÁN G. **Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares.** *Revista Gastroenterología Scielo.* Vol.1 (4). 2002.
4. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA DEL **CANCER 2000-2012 - INEN**
5. MARTÍNEZ RUIZ María. **Proceso Enfermero en un paciente Colostomizado diagnosticado de Cáncer de Cólón.** Consultado el 15 de octubre del 2014. Disponible en: Zaguan.Unizar.Es/Taz/Enfter/2012/7406/Taz-Tfg-2012-226.Pdf
6. BLANCO, MIRIAM. **Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados tratados en la consulta externa de cirugía.** Tesis

para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Venezuela. Universidad Central De Venezuela; 2006.

7. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. **Ilustrar al paciente acerca del autocuidado y de su seguridad.** Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención salud. Colombia 2008
8. ESPINOZA M. **Conocimientos y Prácticas de autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la Consulta de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.** Tesis para obtener Título de Licenciada en Enfermería. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
9. ISENBERG, Marjorie A. **Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional.** En Marilyn Parker, Nursing Theories an Nursing Practice, 2001, F.A Davis Co. Philadelphia, 2001.
10. RODRÍGUEZ LILIA. **Interculturalidad en salud reproductiva: Percepciones de las mujeres indígenas Y prácticas de salud en el hospital "San Luis de Otavalo", Ecuador.** Disponible en:

www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/SSR_parteV-1.pdf. Consultado el 15 de setiembre

11. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA DEL
CANCER 2000-2012 – INEN

12. BLANCO, MIRIAM. **Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados tratados en la consulta externa de cirugía.** Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Venezuela. Universidad Central De Venezuela; 2006.

13. DAZA GORENA, M. **Conocimientos y Prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes con estoma abdominal que acuden a la consulta de Enfermería del Hospital Boliviano Holandés.** Tesis de Grado presentada para optar el título de Magister Scientiarum en Enfermería Médico Quirúrgica. Bolivia. Universidad Mayor De San Andrés; 2013

14. Bocardo, L. Nogueira, S., Ribeiro, E. Kazue, A. y Santos, L. (1997),
Los aspectos de la rehabilitación social del ostomizado. Brasil.

15. GURMENDI J. Y OTROS. **Nivel de conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados que asisten a la**

consulta de cirugía del HNDAC. Tesis Doctoral .Lima- Callao. Universidad Nacional del Callao; 2011.

16.MALLQUI ZELADA, Elizabeth. **"Nivel de conocimientos y las prácticas de colostomizados con complicaciones en ostomía, en el servicio de cirugía del HNDAC.** Tesis para obtener Título de Licenciada en Enfermería. Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Enero; 2006.

17.ESPINOZA M. **Conocimientos y Prácticas de autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la Consulta de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.** Tesis para obtener Título de Licenciada en Enfermería. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003

18.WILKINSON Richard y MARMOT Michael. **Los determinantes sociales de la salud.** Dinamarca. Segunda Edición 2003, Dinamarca-Europa. Biblioteca de la OMS. 2003.

19.DEFINICIÓNABC **Definición de sociocultural.** Consultado el 4 de setiembre del 2014. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php#ixzz3BzXXwzMv>

20. LEÓN PADILLA. **Factores Socio Culturales a considerar en la Interpretación.** Consultado el 05 de setiembre del 2014. Disponible en: www.bvs.hn/RMH/pdf/1976/pdf/Vol44-1-1976-5.pdf
21. KOZIER Barbara. **Fundamentos de Enfermería** .España. Editorial Internacional. 2000 pág. 71
22. Organización familiar: La familia, estructura, definición. Consultado el 30 de setiembre del 2014. **Disponible en:** www.innatia.com
23. ENCICLOPEDIA BRITÁNICA EN ESPAÑOL. **La familia: concepto, tipos y evolución.** Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/.../lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
24. COLLIERE, Marie-Francoise. **“Promover la Vida”.** España. Ed. Mc Graw Hill. 1993. Pág. 232-237.
25. HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Frida. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). **Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado.** Vol. 3 (2): 504-533, 2011 ISSN: 1989-5305

26. GARY KIELHOFNER. **El Modelo de Ocupación Humana**. Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://toencontacto.blogspot.com/2010/09/gary-kielhofner.html>
27. MORUNO MIRALLES. **Teoría Ocupacional: Teorías y Técnicas**. Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/concepto.pdf>
28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Consultado el 09 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>
29. INSTITUTO DE CATALÁ DE ONCOLOGÍA. **Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica**. Consultado el 04 de setiembre del 2014. Disponible en: www20.gencat.cat/.../DOC_Modelo%20trabajo%20social%20at.%20on
c.
30. TYLOR Edward B. **Antropología**. Consultado el 4 de setiembre. Disponible en: <http://www.liceus.com/cgi-bin/aco/ant/tylor.asp>
31. KROEBER Alfred. **Antropología Peruana**. Consultado el 4 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.liceus.com/cgi-bin/aco/ant/kroeber.asp>.

32. SALUD CARDIOVASCULAR. **Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.** Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La %20Serena%202007/INFLUENCIA%20](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202007/INFLUENCIA%20)
33. INSTITUTO DE CATALÁ DE ONCOLOGÍA. **Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica.** Consultado el 04 de setiembre del 2014. Disponible en: www2.gencat.cat/.../DOC_Modelo%20trabajo%20social%20at.%20onc
34. ORIGEN, PROCEDENCIA Y TERRITORIO ADUANERO. Consultado el 24 de setiembre del 2014. Disponible en: [www.afip.gov.ar/.../6%20Origen%20Procedencia%20y%20Territorio%](http://www.afip.gov.ar/.../6%20Origen%20Procedencia%20y%20Territorio%20)
35. COLLIERE, Marie-Francoise. **“Promover la Vida”.** España. Ed. Mc Graw Hill. 1993. Pág. 232-237.
36. MARRINER A, RAILE M. **Modelos y teorías en enfermería.** Madrid: Editorial Elsevier Science, 2003: Pág. 501

37. DONOSO A, VILLARROEL L, PINEDO G. **Aumento de la mortalidad por cáncer de colon en Chile 1990-2003.** Rev Med Chil.V; 134(2):152-8. Epub. Marzo del 2009
38. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud - Instituto Nacional del Cáncer. **Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de colon y recto.** EE.UU. National Cancer Institute, 2008.
39. CIENCIAS MÉDICAS. **Cáncer de Colon.** Consultado el 25 de octubre del 2014. Disponible en: blog.ciencias-medicas.com/archives/1435.
40. CORELLA CALATAYUD, JOSÉ MANUEL y VÁZQUEZ PRADO, ANTONIO. **Estomas manual para enfermería.** Alicante- España. Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). 2005.
41. **Manual para el paciente oncológico y su familia.** Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf
42. SALAVERRY OLGA. **Psico oncología y Calidad de Vida.** Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/psiconcologia.html

43. **MARÍA MARTÍNEZ MORALES. Enfermería oncológica: Cuidados del paciente ostomizado.** Consultado el 3 de setiembre del 2014. Disponible en: www.boloncol.com/.../enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-osto...
44. **LEÓN, JOSÉ. Adquisición de Conocimiento y Comprensión.** Madrid. Editorial Biblioteca Nueva, S.A.; 2004.
45. **TOBÓN, OFELIA. El autocuidado una habilidad para vivir.** Rev. Col. [revista en internet]. 2008 may [citado 2009 marzo 15]. Disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%20085.p>
46. **BUNGE, Mario; La ciencia, su método y filosofía.** Ediciones Siglo XX s/f. Buenos Aires. 1971.
47. **MARRINER A, RAILE M. Teoría del déficit de autocuidado Dorothea E. Orem. Modelos y teoría en enfermería.** España. Editorial Elsevier; 2007.
48. **Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente colostomizado.** Chile. Consultado el 17 de setiembre del 2014. Disponible en: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/3852

49. LENNENBERG E. **Guía de Colostomía. Revista Fowusa. 2004.**
(acceso el 4 de septiembre de 2014); N°2. Disponible en:
<http://www.fowusa.org/newsite/pdf/UOASpanishColo.pdf>
50. BARBADO SAN MARTÍN ELISA, BLANCO DOMÍNGUEZ CARMEN y
entre otras. **Coloplast Alterna: La solución específica para cada
necesidad.** España. Consultado el 07 de setiembre del 2014.
Disponible en:
[http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46
e7d56ca241256a6a003e5ebb/\\$FILE/Guia%20ostomizados.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46e7d56ca241256a6a003e5ebb/$FILE/Guia%20ostomizados.pdf)
51. AMERICAN CANCER SOCIETY. **Colostomía: una guía.** USA.
Consultado el 20 de setiembre del 2014. Disponible en:
www.cancer.org/colostomia-una-guia-pdf USA 6/4/2011
52. CORELLA CALATAYUD, JOSÉ MANUEL y VÁZQUEZ PRADO,
ANTONIO. **Estomas manual para enfermería.** Alicante- España.
Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
(CECOVA). 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014”**.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación y medición, además confío en que las investigadoras utilizaran adecuadamente dicha información asegurándome de la misma confidencialidad.

Firma del participante

Firma de las investigadora

ANEXO N° 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

N°	PREGUNTA	APRECIACIÓN		SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitarán el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma

ANEXO 3

ANALISIS DE CONCORDANCIA (PRUEBA BINOMIAL)

Preguntas	Jueces								VALOR
	1	2	3	4	5	6	7	8	DP*
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
7	1	1	1	1	1	1	1	0	0.0546875
8	1	1	1	1	0	1	1	1	0.0546875
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
TOTAL	11	11	11	11	10	11	11	10	

1=Si 0=No

En una hoja Excel se vació las respuestas de los jueces expertos. La columna de ítems se refiere a los que se emplearon en la "Escala de calificación del juez experto". En cada celda del cuadro vacío se digitó '1', si es que el juez respondió 'Si' y '0' si respondió que 'No'. Finalmente se realizó la Prueba Binomial haciendo uso del programa Excel.

Se observan que los resultados emitidos por la opinión de los expertos que los valores son menores a 0.05 o iguales a este, al 95% de confianza; por consiguiente se considera el instrumento válido.

ANEXO N°4

CUESTIONARIO PARA PACIENTES ONCOLOGICOS **COLOSTOMIZADOS**

Buenos Día Sr. o Sra. Paciente, nosotras somos Bachiller de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao que en coordinación con el INEN; estamos realizando un estudio de investigación titulado: **“FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - 2014”**

Este cuestionario es de carácter confidencial y anónimo, agradeciendo antemano su colaboración y participación; para lo cual deberá responder en su totalidad marcando con un aspa (X) la alternativa que crea conveniente

Datos Generales:

Edad: _____

Sexo: _____

I. FACTORES SOCIOCULTURALES

1. ¿Cómo está conformada su familia?

- a) Familia Nuclear (Esposa (o) e hijos)
- b) Familia Compuesta (F. Nuclear más sobrinos, nietos, tíos, etc.)
- c) Familia Monoparental(Padre o madre e hijos)
- d) Unipersonal(solo(a))

2. ¿Quién de sus familiares le apoya en su cuidado?

- a) Esposo(a)
- b) Hijos(as)
- c) Nietos(as)
- d) Otros: _____

3. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- a) Trabaja
- b) No trabaja

4. ¿Usted recibe apoyo económico?

- a) Si
- b) No

5. Si la respuesta anterior es afirmativa: ¿Quién le brinda el apoyo económico?

- a) Familiar
- b) Amigos
- c) Parroquia
- d) Otros:(Especificar).....

6. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?

- a) Menos de 750 nuevos soles
- b) 751 - 900 nuevos soles
- c) 901 - 1000 nuevos soles
- d) 1001 - a mas nuevos soles

7. ¿Qué grado de instrucción tiene?

- a) Iltrado
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

8. ¿De qué región del país procede?

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

9. ¿Qué religión profesa?

- a) Católico
- b) Cristiano
- c) Otros. ¿Cuál?.....
- d) Ninguno

II. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO

10. ¿Qué cantidad de agua se debe beber al día?

- a) 8 a más vasos de líquidos.
- b) 6 vasos de líquidos.
- c) 4 vasos de líquidos.
- d) 2 vasos de líquidos

11. ¿Cómo se debe consumir las frutas?

- a) Frutas frescas y cocidas
- b) Frutas congeladas
- c) Frutas secas
- d) No consumir frutas .

12. ¿Cómo se debe consumir las verduras?

- a) Verduras frescas y cocidas
- b) Verduras congelada
- c) Verduras secas
- d) No consumir verduras

13. Para evitar el estreñimiento en el paciente colostomizado, su alimentación debe ser:

- a) Rico en fibras
- b) Rico en grasas
- c) Rico en carbohidratos
- d) Rico en proteínas

14. Para evitar la presencia de gases en los pacientes colostomizados, se debe evitar:

- a) Verduras cocidas.
- b) Frutas cocidas.
- c) Fibras
- d) Gaseosas

15. Se debe evitar en los pacientes colostomizados en su alimentación, que sea:

- a) Balanceada
- b) Rica en proteínas
- c) Rica en fibras
- d) Condimentada

16. ¿Qué tiempo debe durar la masticación de los alimentos?

- a) 1 minuto
- b) 3 minutos
- c) 5 minutos
- d) 4 minutos

17. ¿Qué posición se debe adoptar al colocar la bolsa de colostomía?

- a) Acostado
- b) De pies
- c) Sentado
- d) Agachado

18. ¿Qué posición se debe adoptar al vaciar el contenido de la bolsa de colostomía?

- a) Acostado
- b) De pies
- c) Sentado
- d) Agachado

19. ¿Con qué frecuencia se debe cambiar la bolsa de colostomía?

- a) Todos los días.
- b) Cada 2 a 3 días
- c) Cada 4 a 6 días
- d) Cada 7 a más días.

20. ¿Qué materiales se debe utilizar en la higiene del estoma?

- a) Con agua hervida templada y jabón de glicerina.
- b) Con agua hervida templada y jabón de cara.
- c) Con agua de caño y jabón de cara.
- d) Solo con agua.

21. ¿Con qué frecuencia se debe realizar la higiene del estoma?

- a) Todos los días.
- b) Cada 2 a 3 días
- c) Cada 4 a 6 días
- d) Cada 7 a más días.

22. ¿Qué material se debe utilizar para realizar el secado del estoma?

- a) Gasas
- b) Toalla
- c) Papel Higiénico
- d) Al aire libre

23. ¿En qué momento se debe realizar el secado del estoma?

- a) Después del lavado del estoma.
- b) Después de la eliminación de sus desechos
- c) A y b
- d) Lo mantiene húmedo

24. ¿Con qué frecuencia se debe observar el estoma?

- a) Todos los días.
- b) Cada 2 a 3 días.
- c) Cada 4 a 6 días

d) Cada 7 a más días.

25. ¿Cómo debe ser la característica normal del estoma?

- a) Zonas oscuras.
- b) Zona lacerada
- c) Zona muy enrojecida
- d) Zona rosada

26. ¿Cuáles son las complicaciones, luego de la operación quirúrgica (colostomía)?

- a) Sangrado y/o secreciones
- b) Prolapso
- c) Prolapso, infección, hernia, necrosis, hemorragia.
- d) Ninguno

27. ¿Cómo se debe actuar al presentar complicaciones de la colostomía?

- a) Acudir a consulta médica.
- b) Atenderse en casa.
- c) Utilizar alguna planta medicinal.
- d) Acudir a un curandero

28. ¿Con que frecuencia se debe acudir a la consultas médicas?

- a) Cada 15 días
- b) Cada mes
- c) Cada 2 meses
- d) Mayor a 2 meses.

ANEXO N°5

Confiabilidad del Instrumento

En cuanto se refiere a la confiabilidad del instrumento, es decir, al grado en que su aplicación repetida a los mismos sujetos u objetos producen iguales o similares resultados (lo cual es revelador de la consistencia interna, de la confianza en la información que brinda y de la potencia del instrumento para discriminar de modo constante entre un valor y otro), se seleccionó el método denominado Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dónde:

α : coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

K : número de preguntas.

S_i^2 : varianza de cada pregunta.

S_t^2 : varianza total.

El instrumento se aplicó a una muestra de 36 individuos, obteniendo el siguiente resultado de confiabilidad con la aplicación del programa SPSS.

Tabla - Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.815	.807	28

De la relación antedicha, hallamos que el promedio de validación, se ubica en el nivel de Elevado, en el instrumento por lo que se aprobó la aplicabilidad de este instrumento en sus dos variables (FACTORES SOCIO CULTURALES y CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO), alcanzando un índice general de 0.815, es decir del 81.5%, esto correspondería a una escala de nivel elevada de normalidad a través del Cronbach.

ANEXO N° 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO COLOSTOMIZADO QUE ACUDE AL CONSULTORIO EXTERNO DE TERAPIA OSTOMAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS , LIMA - 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>Problema general</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al consultorio externo de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al consultorio externo de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar los factores sociales del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima -</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe una relación significativa entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima - 2014.</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Este trabajo fue de tipo cuantitativo, prospectivo y de corte transversal.</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo constituida por 36 pacientes que acuden al Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas al consultorio externo de Terapia de Ostomal durante el mes de noviembre.</p>

<p>Neoplásicas, Lima - 2014?</p>	<p>2014.</p> <p>Identificar los factores culturales del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima 2014.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude a consultorio externo de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima -2014.</p> <p>Relacionar los factores socioculturales y el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado que acude al consultorio de terapia ostomal del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, Lima -2014.</p>		<p>Diseño de investigación</p> <p>El diseño es correlacional, porque se quiere medir el grado de relación entre las variables de estudio: factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado, cuyo esquema es el siguiente:</p> <div data-bbox="1462 621 1709 780" data-label="Diagram"> <pre> graph LR M --> X M --> Y X <--> Y subgraph r X Y end </pre> </div> <p>Dónde:</p> <p>M=Pacientes oncológicos colostomizados.</p> <p>X=Factores Socioculturales</p> <p>Y=Conocimiento de Autocuidado</p> <p>r=Relación entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente oncológico colostomizado.</p>	<p>Muestra</p> <p>La muestra estuvo constituida por 36 pacientes; que acuden a dicho consultorio, por lo cual se ha considerado el MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA del investigador.</p>
----------------------------------	--	--	---	--

ANEXO N° 7
DATOS GENERALES (SEXO Y EDAD) DE LOS PACIENTES
ENCUESTADOS DEL INEN

Números de Pacientes	DATOS GENERALES (Edad y sexo)	
	Edad	Sexo
1	53	F
2	64	F
3	46	M
4	65	F
5	45	F
6	45	F
7	60	M
8	66	F
9	68	F
10	63	M
11	61	M
12	55	F
13	62	F
14	46	M
15	82	F
16	57	M
17	32	M
18	69	M
19	63	F
20	68	F
21	39	F
22	74	F
23	58	M
24	74	M
25	73	M
26	66	M
27	30	F
28	54	F
29	65	M
30	59	M
31	63	F
32	50	M
33	67	F
34	47	M
35	73	F
36	66	M

ANEXO N°8

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	
P 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
P 2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
P 3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
P 4	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
P 5	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
P 6	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
P 7	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
P 8	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0
P 9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
P 10	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
P 11	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
P 12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
P 13	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
P 14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
P 15	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
P 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
P 17	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0
P 18	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1
P 19	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
P 20	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
P 21	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
P 22	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
P 23	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
P 24	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
P 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
P 26	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
P 27	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
P 28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P 29	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0
P 30	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
P 31	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
P 32	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
P 33	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P 34	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
P 35	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
P 36	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1

En la tabla se observa lo siguiente: fila representa el número de paciente y la columna el número de pregunta con respecto a la variable conocimiento de autocuidado.