



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PERCEPCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DEL
PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO Y DE SU
FAMILIAR A CARGO DE SU CUIDADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

BERTHA ALICIA GÓMEZ TORRES



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CRISTINA MÜGGENBURG R.V.
ASESOR CLINICO MTRA. EVANGELINA GÓNZALEZ FIGUEROA

Evangelina González

de Obstetricia

Coordinación de
Servicio Social
2001

MÉXICO D.F.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la vida misma.

Porque me permite compartir
estos momentos con toda mi familia.

Y sobre todo porque está presente
en nuestras vidas en cada momento.

A MIS PADRES:

JUAN GÓMEZ Y GUADALUPE TORRES

Que son esos pilares que permiten que crezcamos como personas.

Gracias por su cariño, apoyo, comprensión
y por todos esos sacrificios realizados siempre
en favor de todos sus hijos.

Son fuente de admiración e inspiración.

A MIS HERMANOS

JOSÉ CARLOS, MANUEL, CUAUHEMOC Y JUAN LUIS

Por ese cariño, apoyo y motivación
que siempre está presente.

Gracias:

Porque en los buenos y malos momentos
hemos estado juntos.

A MIS SOBRINITAS

YUNUÉN, LUPITA Y BRENDA

Que con su sola sonrisa alegran el alma.

**MTRA CRISTINA MÜGGENBURG R.V.
MTRA EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA
DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA.**

Por todo ese apoyo recibido a lo largo de este proyecto,
por los conocimientos que adquirí
de su experiencia y preparación,
porque son excelentes personas y profesionistas.
Gracias.

AL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN
A todos aquellos que de alguna manera me motivaron y apoyaron.

INDICE

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
II MARCO DE REFERENCIA	
1. Cáncer Gástrico	
1.1 Panorama epidemiológico del cáncer gástrico	4
1.2 Patología del cáncer gástrico	5
1.3 Cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento	8
1.4 Complicaciones y pronósticos	12
1.5 Repercusión de signos y síntomas (Depresión, fatiga, trastornos del sueño)	15
2. Modelo de atención de Virginia Henderson	20
3. Papel de enfermería en la atención del paciente con Cáncer Gástrico	23
III JUSTIFICACIÓN	30
IV OBJETIVOS	33
❖ Objetivo General	
❖ Objetivos Específicos	
V MATERIAL Y METODOS	34
❖ Tipo de estudio	
❖ Universo de Trabajo	
❖ Tiempo de estudio	
❖ Población de estudio	
❖ Recolección de datos	
❖ Plan general de procesamiento de datos	
VI DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	35
VII DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	42
VIII DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
IX CONCLUSIONES	53
X SUGERENCIAS	56
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	59
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	61
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es un padecimiento con distribución mundial, ocupa el segundo lugar del total de todas las neoplasias malignas a nivel mundial. En México la mortalidad por esta neoplasia presenta una tendencia ascendente, ocupa el sexto lugar entre las demás neoplasias y el cuarto lugar en la población masculina.

Es un padecimiento en el cual el paciente atraviesa por múltiples situaciones difíciles relacionadas con el ambiente social, familiar e interpersonal, encarando situaciones de desesperanza, depresión, aislamiento, fatiga y deterioro físico.

El papel del personal de enfermería en la atención de estos pacientes es muy importante.

Un enfoque del modelo "biopsicosocial" (incluye: la persona, sus relaciones, comportamiento, su entorno, su familia y sociedad en que vive), permite encarar íntegramente todos los factores que el profesional de enfermería debe tomar en cuenta para llevar a cabo con éxito su labor de atención.

En este estudio realizado tomamos principalmente este enfoque holístico, basado en las necesidades que percibe el paciente y su familia. Específicamente porque todo parte de una necesidad. Desde el momento de nuestro nacimiento necesitamos del cuidado de nuestra madre, necesitamos ser alimentados, necesitamos comunicarnos y ser amados; así el cumplimiento de todas estas necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson, nos lleva al equilibrio biológico, psicológico y social el cual se ve reflejado en un estado de bienestar.

El presente documento describe y analiza el entorno y las necesidades percibidas por el paciente con diagnóstico de cáncer gástrico, así mismo las del familiar que se encarga de su cuidado; comparando también el papel que desempeñó el personal de enfermería en el cumplimiento de esas necesidades.

El cáncer es un padecimiento que produce ciertas actitudes que afectan en una totalidad la condición de las personas y su estilo de vida, el paciente sufre una serie de cambios adaptativos, los cuales lo llevan a percibir determinadas necesidades que él considera de mayor importancia como aquí se presentan.

Los pensamientos y percepciones de los pacientes con cáncer gástrico que se presentan, son el fruto de un trabajo logrado gracias a la amable colaboración de cada uno de estos pacientes.

I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante todas las etapas de la vida necesitamos de diferentes cuidados en relación con nuestra salud, estos cuidados son proporcionados por las personas más allegadas a nosotros cuando nos encontramos en casa, cuando la enfermedad se torna aguda o crónica y hay necesidad de la hospitalización, los cuidados necesarios en este aspecto son proporcionados por el personal de enfermería y otra parte por los familiares que están a cargo.

Dentro del hospital la enfermera debe brindar los cuidados basándose en la valoración de las 14 necesidades, como lo menciona Virginia Henderson en su teoría, la cual cubre los aspectos biológico, psicológico y social, pero en muchas ocasiones, por diferentes razones solo se aborda el aspecto biológico, descuidando así el resto, además desde la perspectiva de la enfermera, se observan una serie de necesidades que tal vez para el individuo no sean las mismas y desde el punto de vista de la familia tampoco.

La familia es el primer entorno en el cual los individuos se desenvuelven de una forma u otra y por ello el conocimiento que se puede generar, permitirá a la enfermera decidir más sobre el proceso de los cuidados. El conocimiento de la realidad de la familia es fundamental para poder implementar estrategias de apoyo a los pacientes con cáncer gástrico. Es la familia la que en realidad percibe las necesidades del individuo enfermo.

El paciente puede demorar en el proceso de recuperación, o aun más, encontrarse en fase final y es cuando más necesita del apoyo de su familia, Carson describe la necesidad de una relación de amor y confianza con Dios y vivir hasta el final con amor, actitud de confianza en sí mismo y en los demás.

La incapacidad para satisfacer las necesidades humanas básicas de una persona puede requerir la intervención de otro individuo que complete la capacidad de proporcionar una ayuda en este sentido, hasta tanto la persona pueda asumir tal responsabilidad por sí misma.

Todas las personas tienen las mismas necesidades básicas sin embargo, las necesidades de cada persona son modificadas por la cultura de dicha persona. La percepción de necesidades por parte de la persona varía según el aprendizaje y los estándares de la cultura.

En México, y sobre todo en el área de enfermería no se han publicado estudios relacionados con el apoyo o por lo menos con aspectos educativos enfocados a los enfermos y sus cuidadores, sobre los cuidados que deben de seguirse en pacientes con enfermedades crónicas y mucho menos en pacientes con cáncer.

La revisión bibliográfica muestra estudios realizados en otros países, en los que se ha visto las repercusiones que implica el cuidado de estos pacientes, mientras que en nuestro país no se conoce cuáles son estas necesidades. Ante este panorama, surge el siguiente planteamiento del problema:

¿Cuál es la percepción de necesidades de cuidado de los pacientes con cáncer gástrico y sus familiares en los aspectos, físicos, psicológicos y sociales?. Además ¿Cuál es la percepción del paciente acerca del cumplimiento de estas necesidades por parte de la enfermera?

II

MARCO DE REFERENCIA

1. CANCER GÁSTRICO

1.1 Panorama epidemiológico del Cáncer Gástrico

El cáncer gástrico es uno de los cánceres más antiguamente conocidos y estudiados, aunque el proceso terapéutico ha sido escaso. Un padecimiento con distribución mundial, pero con marcadas diferencias en su distribución geográfica.

“En la mayoría de los países desarrollados la mortalidad por las principales neoplasias malignas muestran, en los últimos años, una reducción e la magnitud de sus tendencias crecientes (1). Por el contrario, el perfil de la mortalidad por cáncer en las naciones menos desarrolladas presentan un claro patrón ascendente.

México y sus tasas de mortalidad por cáncer muestran una importante tendencia creciente en las últimas décadas; su frecuencia es mayor en regiones del país donde el cáncer de colon es poco común.(2)

El panorama epidemiológico del cáncer de estomago ocupa el segundo lugar de neoplasias a nivel mundial. Es el tumor más común en hombres, en el grupo de edad de 50 a 60 años, rara vez se observa antes de los años intermedios de la vida. Representa el 43.7 % de los cánceres de tubo digestivo.

La mortalidad en México por cáncer gástrico ocupa el sexto lugar entre las demás neoplasias y el cuarto lugar en la población masculina; es aproximadamente 2 de cada 100 defunciones en hombres y 1 de cada 100 de todas las defunciones por cáncer.(1,3)

En Asia y Europa la incidencia de esta enfermedad es alta en países como, Japón, China, Islandia, Inglaterra, Gales, Finlandia, Polonia, y Checoslovaquia. Es rara su presencia en la población nativa de la India, así como la de África y Sudamérica.(4)

Se observa mayor frecuencia en los grupos socioeconómicos bajos. Se ha asociado también a determinados oficios como, mineros de carbón, trabajadores de níquel, de caucho, los que manipulan madera y asbesto.(5)

1.2 Patología del cáncer gástrico

Definición

“El carcinoma de estomago es un tumor maligno que reproduce más o menos atípicamente las estructuras glandulares de la mucosa del estomago o las zonas de metaplasia intestinal que existen con frecuencia en este órgano”(1).

Etiología

Diversos factores guardan relación con el desarrollo del Cáncer gástrico. La edad predominante es entre los 50 y 60 años.

Las condiciones geográficas locales y de aprovisionamiento de agua se asocian a su presencia encontrándose un porcentaje mayor de casos en sitios donde es más alto el contenido de carbón, Zinc, Cobalto, cromo u otras sustancias radioactivas, como son los casos de Japón y Gran Bretaña, también donde existen aguas duras.

Otro de los factores muy importantes es la ingestión de conocidos carcinógenos capaces de inducir una metaplasia gástrica. La dieta juega el papel primordial que constituye el componente cultural más atractivo con alto riesgo teniendo las siguientes características:

- 1.- Baja ingesta de proteínas o grasas de origen animal.
- 2.- Alta ingesta de carbohidratos complejos, caracterizados por alto contenido de almidón o de residuos no digeribles (fibras).
- 3.- Baja proporción de proteínas obtenidas de fuentes vegetales.
- 4.- Bajo consumo de ensaladas frescas que contengan vegetales de hojas verdes.
- 5.- Bajo consumo de frutas frescas.
- 6.- Alto consumo de sal.
- 7.- Alto consumo de nitratos y nitritos.

También factores personales como pertenecer al grupo sanguíneo tipo A, mayor incidencia en raza negra; antecedentes de gastritis atrófica, aclorhidria, anemia perniciosa, acanthosis nigricas, infección por helicobacter pylori y pólipos adenomatosos.(3)

Se considera que la gastritis atrófica crónica y la metaplasia intestinal son un camino de preparación para desarrollar cáncer gástrico principalmente de tipo intestinal.(1)

Clasificación

Existen varias clasificaciones que varían de acuerdo al autor; en este caso describiremos la que ocupa Griffiths basándose en Borrmann, la cual establece cierta relación clínica-patológica, que es de utilidad en el ámbito clínico y quirúrgico.(3,5,6).

Alrededor del 95% de los casos de Cáncer gástrico son adenocarcinomas, el resto son leiomiomas, linfomas y otros sarcomas. El 75% se presentan como formas ulcerosas, 10% son polipoides, 10% escirros (linitis plástica) , 5% se extiende de forma superficial.

Adenocarcinoma: Se observa habitualmente en individuos de más de 50 años de edad con evolución corta (5-8 meses en promedio). **Linfoma:** Es más frecuente entre los 20 y 40 años de edad con evolución larga de síntomas (12 a 18 meses en promedio).

Las características macrosómicas del adenocarcinoma gástrico pueden clasificarse en cuatro tipos principales(5,6):

1.- Ulcerativa. Abarca el 75 % de todos los cánceres gástricos; la lesión se observa con bordes gruesos y elevaciones de diferentes tamaños, las bases separadas por áreas de exudado necrótico.

2.- Polipoide. El 10 % aproximadamente de los cánceres gástricos son de este tipo, pueden ser de tamaño variable grandes o pequeños, son pedunculados o voluminosos y sésiles; bien diferenciados y generalmente tienen un pronóstico más favorable.

3.-Escirroso. Tiene una incidencia del 10%; muestra una marcada reacción desmoplástica o fibrosa en el estómago, que endurece las capas gástricas produciendo un aspecto de bota para vino linitis plástica. El pronóstico es desfavorable y generalmente mortal.

4.- Superficial. Comprende el 5% de los tumores gástricos; forma una especie de hojas o placas de cáncer que sustituyen a la mucosa gástrica. Los pliegues se pierden y la lesión puede iniciar ulceraciones superficiales o profundas.

Aspecto macrosómico del carcinoma gástrico.

Tipo I Cánceres polipoides o fungosos, pronostica una supervivencia aproximada de 7 meses.

Tipo II Lesiones ulceradas rodeadas de un borde elevado, tiene un pronóstico de supervivencia de 7 meses-

Tipo III Lesiones ulcerosas que infiltran la pared gástrica, promedio de supervivencia de 4 meses.

Tipo IV Carcinomas difusamente infiltrantes que producen linitis plástica, 4 meses de supervivencia en promedio.

Tipo V Cánceres no clasificados.

Fisiopatología

Histiogénesis. Estudios demuestran que el carcinoma de estomago no surge de una lesión previa de displacia, demostrando que la displasia, la metaplasia y el carcinoma aparecen en forma concomitante como aspectos morfológicos paralelos en al mucosa del estómago en respuesta a la carcinogénesis.

El epitelio de la mucosa muestra a menudo fenómenos de metaplasia intestinal; las células cancerosas forman acinos o túbulos y con frecuencia se encuentran células en sello (3).

Vías de diseminación

Las vías de diseminación son 5:

****Por continuidad***

El carcinoma se extiende localmente por pared del estómago, con un crecimiento variable e independiente.

Algunos tumores tienden a crecer por la mucosa y submucosa del estomago originando así una gran diseminación por superficie interna, respeta las capas muscular y serosa , se denomina a este tipo "carcinoma de extensión superficial".

El crecimiento del tumor puede llegar al esófago, al píloro, menos frecuente al duodeno, la vesícula y el hígado.

****Por contigüidad***

Cuando el tumor ha atravesado la pared del estomago puede invadir los órganos adyacente como el páncreas, el bazo, el hígado colon y la vesícula.

****Por vía linfática***

Una vez que el tumor este confinado en la mucosa, las posibilidades de que los ganglios estén afectados son bajas, mientras que si hay afectación de la submucosa estas posibilidades son mayores.

Cuando el tumor llega a la red linfática perigástrica es fácil su diseminación a distancia a otros ganglios linfáticos, periféricos. Así se pueden observar adenopatías supraclaviculares izquierdas, ganglios axilares izquierdos e izquierdo anterior, ganglio umbilical, inguinales etc. Los tumores que se localizan en la curvatura menor, en la región del antro drenan a los ganglios pilóricos y de ahí al pedículo hepático, al tronco celiaco y a los preaórticos . Los de la curvatura menor en los dos tercios superiores drenan a los ganglios del tronco celiaco a los peri esofágicos y a los periaórticos. Los tumores de la curvatura mayor, porción proximal, drenan al hilio esplénico, a los periesofágicos y por el borde superior del páncreas al tronco celiaco y preaorticos. Los de la curvatura mayor

porción distal a los pericolónicos, a los pilóricos, al tronco celiaco y a los preaorticos.

****Por vía hematológica***

Los órganos afectados por esta vía son: Hígado, pulmón, pleura, hueso y SNC respectivamente. Ocurre que los tumores localizados solamente en la mucosa pueden hacer la diseminación a distancia por una vía hematológica, aunque no este afectada la submucosa; se debe a la existencia de una red vascular en la mucosa del estomago.

****Por diseminación peritoneal***

Cuando el tumor alcanza la serosa puede darse una diseminación de células por la cavidad peritoneal sembrándose así el tumor en peritoneo y la aparición de masas en ovarios, en saco de Douglas pudiendo comprometer el recto.

1.3 Cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento

Cuadro clínico

No existen síntomas tempranos que indique el padecimiento, es por eso que el paciente acude al médico cuando el cáncer gástrico está en etapas avanzadas.

En etapas iniciales este padecimiento no presenta síntomas a excepción de aquellas personas en las que el cáncer se sitúa cerca del cardias o del píloro.

El cuadro clásico de un paciente de mas de 50 años de edad es dolor abdominal que se agrava a la ingestión de alimentos y empeora progresivamente, se acompaña de anorexia, nauseas, vómito o regurgitaciones y pérdida de peso, se encuentra una tumoración palpable en epigastrio(3,6).

Síntomas iniciales.

- A. Molestia epigástrica. Es una sensación de incomodidad vaga, como llenadura, quemadura, ardor, peso.
- B. Trastornos del apetito y nauseas ligera. A la Anorexia se le puede agregar llenura epigástrica más o menos rápida con poca cantidad de alimento; hay rechazo caprichoso a la carne.
- C. Síndrome de bloqueo pilórico. A todo lo anterior se agrega nauseas y vómito de retención.
- D. Síndrome ulceroso. Puede ser típico o atípico.
- E. Hemorragia gastrointestinal alta.

- F. Síntomas esofágicos. En neoplasias cercanas al cardias, aparece molestia retroesternal y aún disfagia baja.
- G. Molestias colónicas. Cuadro de difícil interpretación.
- H. Pérdida de peso. Está acompañada de astenia, adinamia y síndrome de cansancio, aunque no existan síntomas digestivos.
- I. Anemia y palidez.
- J. Síntomas debidos de metástasis. Ascitis, ictericia, fracturas patológicas.
- K. Perforación aguda. En etapas finales se puede encontrar ascitis, ictericia, hepatomegalia, manchas púrpuras y metástasis en piel, palidez y caquexia.

Diagnóstico

Es muy probable que el cáncer gástrico ha estado presente durante varios años atrás sin presentar sintomatología y la realidad su diagnóstico es por desgracia cuando la afección ya ha dado metástasis.

Historia Clínica.

Se debe valorar el riesgo del paciente determinando el tipo de dieta rica en nitritos y pobre en frutas y verduras frescas cuando se acompaña de molestias gástricas.

Examen físico.

Es lamentable que en el examen físico inicial no se puedan encontrar datos importantes para un diagnóstico temprano sino por lo general en las etapas avanzadas de la enfermedad.

Se debe hacer mano de los métodos de diagnóstico para identificar plenamente la patología.

☞Radiología

La radiología puede dar resultados positivos en un 95% de los casos.

Los signos importantes más comunes que se pueden encontrar en este estudio son:

- 1) Nicho ulceroso. Presente en las lesiones ulcerativas con peculiaridades que la diferencian del nicho por enfermedad péptica o de rigidez en parte o en todo el órgano en la forma infiltrativa.
- 2) Defecto de llenado. La imagen se ve alterada puesto que una masa tumoral sale hacia la luz del órgano; es más común en el tipo Polipoide..
- 3) Estrechamiento anular persistente, por lo general se debe al carcinoma de tipo escirroso.
- 4) En lesiones pequeñas la radiología de doble contraste es muy útil

☞Gastroscofia

- a) Se visualiza la lesión sospechosa en cualquier sitio del estómago.
- b) Toma de material para estudio citológico.
- c) Toma de biopsia bajo visión directa.
- d) Toma de fotografías de la lesión.

◊ Citología

Puede dar el diagnóstico certero en un 90-95% de los casos.

◊ Biopsia

Una buena toma hace el diagnóstico definitivo.

◊ Laparotomía

Es el mejor método para saber si el carcinoma es inextirpable.

◊ Examen de jugo gástrico

El residuo en ayunas puede mostrar aumento en la cantidad de moco en exceso, ácido láctico presente flora bacteriana con bacilos de Boas Opler, leucocitos, células epiteliales descamadas. La hipo o aclorhidria la presentan tres cuartas partes de los pacientes. La secreción basal puede estar normal o disminuida.

◊ Búsqueda de sangre oculta en heces.

◊ **Biometría Hemática**, muestra anemia de 11-22gms generalmente tipo microcítico hipocrómico ferropriva; Revela con frecuencia disminución de glóbulos rojos de la concentración de hemoglobina y de leucocitos en ocasiones importante.

◊ **Química sanguínea**, es de utilidad para encontrar cifras elevadas de urea en casos de estenosis pilórica o en sangrados persistentes, hiperazotemia y la velocidad de la sedimentación se acelera.

Otros exámenes como peritoneoscopia, gastrofotografía, gammagrafía, el electrocardiograma son también de utilidad si se cuentan con ellos.

Tratamiento

La cirugía es la única terapéutica actual que brinda posibilidades de curación.

Existen dos tipos de cirugía, *la gastrectomía subtotal*, en la que se extrae la parte del estómago que contiene cáncer y parte de otros tejidos y órganos que están cerca del tumor. También se extraen ganglios linfáticos cercanos. El bazo se puede extraer si es necesario.

La gastrectomía total. En este tipo de cirugía se extrae todo el estómago y partes del esófago, el intestino delgado y otros tejidos cercanos al tumor. También se extraen los ganglios linfáticos cercanos. El esófago se conecta al intestino delgado para que el paciente pueda continuar comiendo y tragando.

Si solo se extrae parte del estómago el paciente podrá seguir comiendo de una manera bastante normal. Si se extirpa por completo el estómago es posible que el paciente necesite ingerir alimentos con poca azúcar, mucha grasa y proteínas.

La gastrectomía paliativa no aumenta el tiempo de supervivencia medio de forma significativa respecto a aquellos en los que se practican medidas paliativas no reseccionistas.

La gastrectomía curativa ha ido aumentando, mientras que ha descendido la de la no curativa al igual que ha ocurrido con la cirugía y la laparotomía exploradora.

Reconstrucción del tracto alimenticio. Tiene como objetivos, permitir una ingesta normal de alimentos y una adecuada función de reservorio así como el evitar el reflujo gastroesofágico, el dumping y los trastornos metabólicos.

La gastrectomía subtotal tiene menor morbilidad a largo plazo.⁽¹⁾

Cuando se realiza gastrectomía total los objetivos anteriormente mencionados pocas veces se alcanzan.

Resultado del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico

1. Morbilidad postoperatoria.

Es aproximadamente al 10% siendo las complicaciones más frecuentes, las pulmonares y sépticas con la dehiscencia de las suturas de la anastomosis.

2. Mortalidad postoperatoria.

Esta mortalidad ha disminuido desde el 10-20% al 25%. Gracias a un distinguido cuidado postoperatorio, al uso de antibióticos y la nutrición parenteral.

3. Supervivencia a largo plazo.

Esta supervivencia depende del estadio del tumor.

Tratamiento combinado

Existe gran controversia sobre el uso de la quimioterapia y radioterapia, puesto que algunos autores como M. Genoni en el artículo de revisiones de cáncer gástrico menciona que la quimioterapia sistémica debe ser ensayada tanto como tratamiento preoperatorio de la enfermedad localmente avanzada (con el fin de aumentar la tasa de reseccabilidad) como en forma de quimioterapia adyuvante convencional postquirúrgica en los grupos de alto riesgo.

El tratamiento con radioterapia menciona que debería ser incluido en terapias combinadas en forma de irradiación pre o intraoperatoria o bien tras el tratamiento quirúrgico, sola o en asociación con quimioterapia.

En otro artículo, de J. A. Wills menciona que la quimioterapia en el cáncer gástrico avanzado no debe administrarse de forma rutinaria fuera de ensayos clínicos.

Factores importantes que se deben considerar para la intervención quirúrgica(1).

1. Edad del paciente: Nunca es una contraindicación para la cirugía curativa. Las enfermedades concomitantes son los factores predictivos más importantes de morbilidad y mortalidad postoperatoria, este tipo de enfermedades como EPOC, enfermedad cardiovascular y trastornos neuropsicológicos(1).
2. Diagnóstico del tumor: Las medidas diagnósticas terciarias, como los exámenes de función renal y hepática, electrocardiograma, radiografías torácicas y pruebas de función respiratoria, son de importancia para evaluar cualquier riesgo operatorio de cada paciente
3. Histología del tumor: Para determinar la extensión de la resección quirúrgica se consideran los signos endoscópicos e histológicos del cáncer gástrico.
4. Localización del tumor: Es importante para determinar la extensión de la resección quirúrgica.
5. Consideraciones sobre la técnica quirúrgica: a) gastrectomía, ¿subtotal o total?, b) Esplenectomía ¿si o no?, c) Extensión de la linfadenectomía.

1.4 Complicaciones y pronósticos

Complicaciones

Las neoplasias se pueden complicar con:

- 1.-Perforación.
- 2.-Hemorragia crónica.
- 3.-Hemorragia masiva.
- 4.-Obstrucción pilórica.
- 5.-Adherencias.
- 6.-Invasión de otros órganos.

Las complicaciones postoperatorias inmediatas comprenden neumonía problemas cardiacos, derrame por el sitio de la anastomosis, infección generalizada, formación de fistula, infección localizada y embolia pulmonar.

Pronóstico

Existen cada día mas y mejores pronósticos debido al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, a una mejor preparación preoperatoria y adecuada asistencia postoperatoria; aunque en la actualidad el mayor índice de complicaciones suceden en el periodo preoperatorio, los porcentajes de mortalidad después de la operación disminuyen considerablemente.

El pronóstico siempre es distinto según las diferentes variables que se presentes en cada individuo.

Edad: Cuando el cáncer se presenta en paciente muy jóvenes, tiene un peor pronóstico, mejora a partir de los 55 años, para luego ir empeorando. La reducción de la mortalidad postoperatoria es pacientes mayores de 70 años, merced a los avances técnicos y perioperatorios parecen permitir pensar que en pacientes de esta edad pueda haber un pronóstico más favorable.

Sexo: Estudios de multivarianza observan que las mujeres tienen una mínima pero estadísticamente significativa mayor supervivencia que el grupo de mayor riesgo (hombres).

Factores genéticos: Hay una gran creencia, de que el cáncer de tipo difuso podría darse cierta susceptibilidad por estar aquí el grupo sanguíneo A sobre representado a diferencia del tipo intestinal, lo que esta en la línea viste para quien los grupos sanguíneos pueden ser de importancia pronostica.

Estado inmunológico: La presencia en el tumor de macrófagos, linfocitos, células plasmáticas y leucocitos polimorfonucleares, se interpretan como pronóstico favorable por ser una evidente respuesta del huésped frente a tumor. La presencia linfoidea como histiocitos de los senos e hiperplasia folicular se ha correlacionado con una evidencia de infiltración linfoide del tumor primario. Pacientes que presentan tal respuesta parecen tener una mayor supervivencia.

Localización del tumor: Se observa un pronóstico parecido entre los tumores de cuerpo y antro (30% de supervivencia), y peores resultados en los tumores del tercio superior (menos del 20%), y sobre todo para los de localización difusa.

Los tumores del tercio superior o cardias pueden originar metástasis más rápidamente por vía linfogená y de hecho presentan mayor invasión linfonodular. La supervivencia por los canceres localizados en el muñón gástrico presentan discrepancias entre las distintas series, variando entre 15 y 80% a los 3 años aunque la mayoría le atribuye un comportamiento a respecto similar al de los localizados en el antro.

Los tumores de curvatura menor tienen mejor pronóstico, y los de cardias y fundus el peor, en los estadios I y II.

Tamaño: Los tumores de gran tamaño con afectación de sólo la mucosa y submucosa tienen mejor pronóstico que otros de menor tamaño que afectan solo a la muscularis propia o subserosa.

Tipo macrosómico tumoral: Importante mencionar que el pronóstico también está relacionado al tipo histológico del tumor, con la forma microscópicamente de presentación tumoral, los tipos polipoides y ulcerados tienen un mejor comportamiento que la forma polipoide.

Grado de invasión parietal: Significativamente existe un pronóstico peor en los tumores que afectan a la subserosa y serosa. Los cánceres situados en la mucosa y submucosa tienen una supervivencia de 5 años al 85 Y 95%, los tumores que ya invadieron la capa muscular tienen una supervivencia mucho menor a estos 5 años.

Afectación linfonodular: El pronóstico está relacionado en base al número de ganglios invadidos, así como el de regiones ganglionares afectadas y tiene la misma significancia que la profundidad de la invasión de la pared.

Tumor residual y metástasis: En presencia de tumor residual tras intervenciones no curativas predispone un mal pronóstico.

Para concluir; el pronóstico del cáncer gástrico depende por un lado de factores relacionados con el tumor y por otro del estado inmunológico del portador y del tipo de tratamiento que se aplique.

Interesante mencionar que hay una fuerte relación entre el estadio de la enfermedad al iniciar el tratamiento quirúrgico, lo que invita al diagnóstico temprano que permita la mejor supervivencia.

1.5 Repercusión de signos y síntomas

Depresión.

La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos niveles de estrés y de perturbación emocional.

El temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier persona con cáncer y, aún así, no todos los que están diagnosticados con cáncer experimentan depresión grave.

Existen muchos mitos sobre el cáncer y de la manera en la cual las personas se enfrentan a este, tales como: todas las personas con cáncer están deprimidas, la depresión en una persona con cáncer es normal; los tratamientos no ayudan, todas las personas con cáncer sufrirán y padecerán una muerte dolorosa.

La tristeza y la pena son reacciones normales a las crisis que hay que enfrentar durante una enfermedad de cáncer. Estas reacciones las experimentarán periódicamente todas las personas. Ya que la tristeza y la depresión son comunes, es importante distinguir entre los grados "normales" de tristeza y los trastornos depresivos.

Algunas personas pueden tener más dificultad en ajustarse al diagnóstico de cáncer que otros, y variarán en la forma de responder al diagnóstico. Las depresiones mayores no son simplemente tristeza o falta de ánimo. Esta afecta aproximadamente a un 25% de los pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, lo cual es algo que hay que hacer, debido a que esta tiene un impacto en la calidad de vida.

Los síntomas de depresión mayor son un humor deprimido casi todo el día la mayoría de las veces; falta de gusto o interés en la mayoría de las actividades; un cambio importante en los patrones de sueño y apetito; agitación o lentitud psicomotora; fatiga; sentimiento de inutilidad o de culpa de forma excesiva e inadecuada; falta de concentración; pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.

Es preferible en este momento alentar al paciente a que hable con alguien que ya conoce, como su clérigo o terapeuta, y al mismo tiempo informarle

sobre otras fuentes de respaldo en la comunidad, como grupos de apoyo, clérigos del hospital y otros terapeutas.

La forma más común de sintomatología depresiva en personas con cáncer es un trastorno de la adaptación donde el humor de la persona se encuentra deprimido, a veces llamado depresión reactiva. Este trastorno se manifiesta cuando una persona manifiesta un humor disfórico acompañado de incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias.

Se cree que numerosos factores relacionados con el estado de ánimo, las creencias, actitudes y reacciones a la tensión nerviosa de las personas con cáncer contribuyen a su deterioro. La ansiedad y la depresión son los trastornos psiquiátricos más comunes.

La presencia de la depresión, manifestada como pérdida de interés, dificultad de concentración, letargo y pérdida de la esperanza, puede agravar las causas físicas de la fatiga en estos individuos y persistir incluso después de resueltas las causas físicas. Tanto la ansiedad y el temor asociados con el diagnóstico del cáncer como el efecto que la enfermedad tiene en el bienestar físico, psicosocial y económico de la persona son fuentes de tensión emocional.

El deterioro de las funciones cognoscitivas, incluso la disminución de la atención y el deterioro de la percepción son características comunes de este tipo de pacientes. Además incluyen anemia, depresión, ansiedad, dolor, deshidratación, deficiencias nutricionales (ejem. proteínas, calorías, vitaminas), fármacos sedantes (ejem. opioides, benzodiazepinas), terapias neurotóxicas, infección, fiebre, trastornos del sueño e inmovilidad.

Se cree que numerosos factores relacionados con el estado de ánimo, las creencias, actitudes y reacciones a la tensión nerviosa de las personas con cáncer contribuyen a su deterioro. La ansiedad y la depresión son los trastornos psiquiátricos más comunes.

Para muchos pacientes diagnosticados con cáncer, puede convertirse en un asunto crítico en sus vidas. Puede afectar la sensación de bienestar personal, la productividad diaria, actividades de la vida cotidiana, relaciones con parientes y amigos, y el cumplimiento del tratamiento. Los recursos económicos pueden verse limitados cuando las persona entran en programas de incapacidad o se quedan sin trabajo. Los resultados del tratamiento pueden entonces verse comprometidos debido a las dificultades de mantener seguros de salud, los problemas de acceso a la atención médica o frente a las barreras económicas para obtener un tratamiento agresivo.

Fatiga

Las personas que han sido tratadas exitosamente contra el cáncer corren el riesgo de padecer una serie de complicaciones específicas a los órganos que son secundarias a su tratamiento.

La fatiga se presenta entre el 78% y el 96% de la población con cáncer, especialmente entre aquellos que se encuentran bajo tratamiento. La fatiga es muy compleja en sí, y entre sus causas existen aspectos biológicos, psicológicos y conductuales. La fatiga puede resultar difícil de explicar, y las personas con cáncer podrían describirla de maneras diferentes, al decir que se sienten cansados, débiles, agotados, fatigados, pesados, lentos, gastados o jadeantes. Los profesionales de la salud la describen como fatiga, astenia, falta de energía, debilidad e intolerancia al ejercicio.

En un individuo saludable, el descanso generalmente alivia la fatiga, y le permite a la persona regresar a sus actividades normales, sin embargo, esta capacidad se encuentra disminuida en el paciente de cáncer. La fatiga crónica es de carácter duradero. El síndrome de fatiga crónica presenta un debilitamiento prolongado que podría ser persistente o recurrente.

La fatiga puede convertirse en un asunto crítico en la vida de una persona con cáncer. Esta puede afectar la forma en que la persona se siente en relación a sí misma, así como en relación a sus actividades diarias y su relación con otros, incluso podría llegar a afectar su decisión de si continuar o no con el tratamiento.

Algunos pacientes bajo tratamiento podrían faltar o dejar definitivamente el trabajo, retirarse de sus amistades, requerir de más horas para dormir y en algunos casos podrían verse imposibilitados de llevar a cabo cualquier actividad física, debido a la fatiga. Las finanzas de la persona afectada podrían verse en dificultad si esta requiere de incapacidad temporal o deja de trabajar por completo. La pérdida de trabajo podría traer como resultado la pérdida de su seguro de salud o la imposibilidad de obtener cuidados médicos.

El entender la fatiga y sus causas es de suma importancia para determinar cual es el tratamiento más efectivo y para ayudar a las personas con cáncer a lidiar con esta afección.

Para muchos pacientes diagnosticados con cáncer, puede convertirse en un asunto crítico en sus vidas. Puede afectar la sensación de bienestar personal, la productividad diaria, actividades de la vida cotidiana, relaciones con parientes y amigos, y el cumplimiento del tratamiento. Los

recursos económicos pueden verse limitados cuando las persona entran en programas de incapacidad o se quedan sin trabajo.

Los resultados del tratamiento pueden entonces verse comprometidos debido a las dificultades de mantener seguros de salud, los problemas de acceso a la atención médica o frente a las barreras económicas para obtener un tratamiento agresivo. Con frecuencia la fatiga se presenta cuando el cuerpo necesita mas energía que la que es capaz de producir a partir de la dieta del paciente.

En los pacientes con cáncer existen tres factores preponderantes que podrían verse envueltos: un cambio en la forma en que el cuerpo procesa normalmente los alimentos, un aumento en la demanda de energía del cuerpo (debido al crecimiento del tumor, infección, fiebre, o problemas respiratorios), una disminución en el volumen de alimentos ingeridos (debido a la falta de apetito, náusea, vómito, diarrea u obstrucción intestinal).

Se ha asociado una serie de factores patológicos, medioambientales, psicológicos y nutritivos con la fatiga que resulta de la quimioterapia. Algunas respuestas psicológicas al diagnóstico y tratamiento del cáncer son los cambios de estado de ánimo y trastorno de la modalidad del sueño. Las respuestas fisiológicas, entre ellas náusea, vómito, dolor crónico y caquexia, también han sido citadas como factores que causan fatiga.

La fatiga puede afectar de manera considerable la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer. Algunos estudios muestran que algunos pacientes continúan padeciendo de fatiga moderada a severa hasta años del tratamiento quirúrgico. Es importante dar un seguimiento de cuidados duradero en aquellos pacientes que fueron sometidos a terapia contra el cáncer.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño ocurren en cerca del 12% al 25% de la población general y a menudo están asociados con estrés relacionado con alguna situación, enfermedad, envejecimiento y tratamiento con fármacos. Se calcula que un 45% de las personas con cáncer sufren de trastornos del sueño.

La enfermedad física, el dolor, la hospitalización, drogas y otros tratamientos para el cáncer y la repercusión psicológica de una enfermedad maligna pueden alterar los patrones de sueño de las personas con cáncer. La falta de sueño afecta de manera negativa el humor y el desempeño durante el día. En la población general, el insomnio

persistente ha sido asociado con un riesgo mayor de desarrollar ansiedad o depresión clínicas. Los trastornos del sueño, en resumidas cuentas, las reversiones del ciclo sueño-vigilia, pueden ser los primeros signos de un delirio en desarrollo.

Los pacientes con cáncer tienen gran riesgo de desarrollar insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia. El insomnio es el trastorno del sueño más común entre esta población y con mayor frecuencia suele ser secundario a los factores físicos y/o psicológicos relacionados con el cáncer y/o con el tratamiento de cáncer. La ansiedad y la depresión, respuestas psicológicas comunes al diagnóstico de cáncer, al tratamiento de cáncer y a la hospitalización, están sumamente correlacionadas con el insomnio.

Los pacientes hospitalizados tienen la probabilidad de experimentar frecuentemente interrupciones del sueño debido a horarios de tratamiento, rutinas de hospital y compañeros de habitación, lo cual altera a manera individual o colectivamente el horario de sueño-vigilia. Otros factores que influyen en los horarios de sueño-vigilia en el entorno de hospital, son la edad, el ruido, la temperatura, la incomodidad, el dolor y la ansiedad.

Los pacientes con perturbaciones del sueño leves o moderadas pueden experimentar irritabilidad e incapacidad para concentrarse, lo que puede a su vez afectar el cumplimiento por parte del paciente de los protocolos de tratamiento, la capacidad para tomar decisiones y las relaciones con otras personas allegadas al paciente. La depresión y la ansiedad también pueden darse como resultado finales de los trastornos del sueño. Las medidas de asistencia deben enfocarse hacia el fomento de la calidad de vida y el descanso adecuado.

2. MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

Todo el mundo conoce que la enfermería tiene origen en las necesidades básicas de las personas.

La enfermera no debe perder de vista que todo ser humano tiene el deseo innato de seguridad, de nutrirse, abrigarse y vestirse; tiene la necesidad de afecto y de aprobación, necesita sentirse útil y tener confianza en sus relaciones sociales, esto es así tanto si la persona esta sana o enferma.

En consecuencia el papel de la enfermera es ayudar a la persona sana o enferma en la realización de aquellas actividades que contribuyan a preservar su salud o restablecerla, a aquellas actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Por otro lado corresponde a la enfermera cumplir con la misión de ayudar a la persona a recobrar su independencia lo más pronto posible.

Virginia Henderson en su modelo de atención nos invita a centrar los cuidados en las necesidades de las personas, utilizando como método sistemático de trabajo el proceso de enfermería como herramienta para conocer y valorar las necesidades del paciente y plantear posibles alternativas para evaluar la eficacia de los cuidados logrados.

El modelo de Virginia Henderson tiene sus bases importantes en el mantenimiento de un equilibrio fisiológico; la higiene y la sepsia, y sobre las necesidades que todo ser humano necesita para ser independiente.

Se observa una relación entre la Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la Teoría de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales.

Todo lo que se refiere al aparato circulatorio se ha incluido en la necesidad de oxigenación.

En la necesidad de reposo y sueño se ve incluido la valoración del dolor como parte importante.

El rol social y status se valoraran en la necesidad de trabajar y realizarse. Con respecto a la sexualidad la incluimos en la necesidad de comunicarse, así como otros aspectos de interdependencia.

Virginia Henderson destaca aspectos sobre la persona (paciente) que la enfermera siempre debe tener en mente:

- a) La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional
- b) La mente y el cuerpo de la persona son inseparables
- c) El paciente requiere de aquella para lograr volver a ser independiente.
- d) El paciente y su familia forman una unidad

La relación que existe entre enfermera-paciente varía desde una relación muy dependiente a otra muy independiente, y de ahí se identifican tres niveles:

1. La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
2. La enfermera como solo ayuda para el paciente.
3. La enfermera como compañera del paciente.

En casos muy graves, la enfermera está considerada como "un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente, por la ausencia de la fuerza física, voluntad o conocimiento. ()

La independencia es un término relativo ya que nadie es independiente de los demás, pero lo que se quiere obtener es una interdependencia sana y no una dependencia enferma en la que haya necesidad de apoyo para satisfacer las necesidades básicas.

Una de las metas de la enfermera es, que el día del paciente transcurra con la mayor normalidad y comodidad posible.

La independencia que se quiere lograr para el paciente se debe apoyar en la aplicación del Proceso Atención Enfermería (PAE), mediante la valoración, planeación y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Los principales conceptos de esta Teoría son:

**Necesidad fundamental:* Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantener vivo o asegurar su bienestar.

**Independencia:* Satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo, según las normas de salud establecidas.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones adecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permite identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Este modelo ha sido desarrollado para brindar cuidado integral al paciente.

Henderson insiste en el cuidado de individuos enfermos como sanos y es una de las primeras teorías que agregó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo, según Henderson la Enfermería asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionando un enfoque holístico de Enfermería.

NECESIDADES BASICAS.

- 1.- Respiración normal.
- 2.- Alimentación e hidratación adecuada
- 3.- Eliminación de los desechos corporales
- 4.- Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas
- 5.- Sueño y descanso
- 6.- Selección de la ropa apropiada
- 7.- Mantenimiento de la temperatura corporal
- 8.- Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado
- 9.- Prevención de los peligros ambientales
- 10.- Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11.- Vivir de acuerdo con sus creencias
- 12.- Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción
- 13.- Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

Este modelo se adapta de acuerdo a las circunstancias de cada paciente. En este caso abarca el entorno holístico y el mantenimiento de la integridad del paciente puede aplicarse definitivamente para tener éxito en el tratamiento y conservación de la calidad de vida.⁽²⁰⁾

3. PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO

Las intervenciones de enfermería son proporcionar los cuidados de acuerdo a la capacidad del individuo dependen es decir una asistencia que no genere la menor demanda adicional posible.

El profesional de enfermería esta cobrando un auge creciente en los cuidados complementarios que se proporcionan al paciente y a la familia para lograr obtener un máximo bienestar en todas sus esferas y poder lograr mantener un equilibrio en su estado de salud.

Las actividades del personal de enfermería deben planearse adecuadamente, para que estos cuidados sean eficaces logrando el bienestar de ellos, ya que en cualquier momento de su vida será hospitalizado por cirugía gástrica, exacerbaciones agudas o complicaciones del tratamiento, haciendo énfasis como personal de salud en brindar los cuidados de manera integral y desde un enfoque holístico, ya que además de las limitaciones físicas propias de la enfermedad, esta enfermedad afecta la personalidad del individuo desde el punto de vista social, presentándose una fuente de estrés severo y crónico, y algunos aspectos psicosociales de motivación, inteligencia, relaciones conyugales, familiares, interpersonales, laborales y sociales, que influyen en la expuesta al tratamiento y también a su capacidad de conservar un equilibrio psicológico en presencia de una incapacidad crónica.

Los pacientes con Cáncer Gástrico muestran las mismas respuestas psicológicas fundamentales a su enfermedad, que los individuos con otras enfermedades crónicas: temor, ansiedad, dependencia, ira y pérdida de la satisfacción por la vida. Conocer estos factores es de máxima importancia en el ámbito de la salud para tener un mayor éxito en el tratamiento global del paciente, además de otros factores como el social, cultural y económico.

Dentro del marco holístico es importante comprender las reacciones emocionales del paciente así como a la enfermedad propia y al igual tener en mente que el paciente atravesará por un proceso de duelo por la pérdida de lo que eran.

El proceso de duelo puede desglosarse en las siguientes etapas:

NEGACIÓN. Esta primera etapa normalmente sigue del diagnóstico inicial de cáncer y se repite después de cada remisión. El paciente puede negar que tiene cáncer. Si el paciente parece estar en esta etapa, se le debe recordar suave pero repetidamente que tiene dicha enfermedad.

COLERA. Cuando el paciente deja finalmente de negar que tiene cáncer, habitualmente se muestra molesto con cualquiera. Es posible que el paciente arremeta contra el personal que lo atiende sin ningún motivo aparente. Se debe intentar comprender que no se trata de algo personal. Enfréntese a su cólera igual que haría con cualquier otro enfermo, explicándole que comprende su frustración y sus sentimientos de impotencia, y que le ayudará sentirse lo mejor posible.

PACTO. La cólera conduce al pacto, una efímera etapa durante la cual el paciente está dispuesto a negociar por cualquier cosa para conseguir menos dolor y más independencia funcional. En resumen para tener buena salud. Es posible que intente incluir a usted en sus pactos, diciendo cosas como: "Si me tomo esta píldora desaparecerán las molestias ¿Verdad?". En este aspecto se debe tener cuidado de no caer en la trampa de lo que él desea oír.

DEPRESIÓN. Cuando el pacto falla los pacientes con Cáncer Gástrico pueden deprimirse encerrándose en sí mismos y negándose a participar en tratamientos o actos sociales. En muchos casos, su depresión será anticipada, están convencidos de que su enfermedad sólo empeorará, que le quedan años de sufrimiento. Si parece que es el caso del paciente que esta tratando, asegúrele que su futuro no está necesariamente predeterminado. Sin darle ninguna falsa esperanza, explicarle que debe seguir las indicaciones médicas para un mejor y más pronta recuperación.

ACEPTACIÓN. Una vez alcanzada esta fase, son muy pocos los pacientes con cáncer que permanecen en ella. A diferencia de lo que ocurre con otra enfermedad. La pérdida nunca finaliza, ni tampoco el proceso de duelo. Los pacientes pasarán de una etapa a otra, para empezar nuevamente todo el ciclo. Durante el período de remisión puede negar o aceptar su enfermedad, sólo para enfadarse o deprimirse durante las recidivas. Todo lo que usted puede hacer es explicarles el proceso de duelo y asegurarles que es normal sentir las emociones asociadas a cada fase. (17)

El tener conocimiento de esto permitirá brindar un cuidado integral y reconocer por cual etapa esta cursando el paciente y hacerle frente a esta, ya que generalmente el paciente con dolor crónico puede ser hostil, iracundo y amargado que no permite entablar una comunicación con el personal de salud, repercutiendo aún más en el deterioro físico.

La enfermera tiene en sus manos un papel mucho muy importante en la atención de estos pacientes, ya que es ella la que esta la mayoría del tiempo en contacto con el paciente, y por ello tiene gran responsabilidad en esmerarse por brindar la mejor atención.

La mayoría de las intervenciones del personal de enfermería están encaminadas a tratar los síntomas y proporcionar apoyo emocional, sin descuidar por supuesto los cuidados generales que le competen.

Gran parte del control en el paciente con cáncer implica fomentar la adaptación y el ajuste del paciente a su estado.

Una meta importante del tratamiento es facilitar la autoayuda de la persona con cáncer. Como la fatiga es el síntoma que se observa con más frecuencia (81% de los pacientes de cáncer se quejan de fatiga, es importante transferir la responsabilidad de controlar los efectos secundarios del profesional de la salud al paciente. Es imprescindible que los individuos con cáncer se eduquen para que puedan desarrollar las habilidades de autocuidado e independencia necesarias para lidiar con su padecimiento. Entre las técnicas específicas para ese control, son, estimular actividades/ programas planificados de ejercicio según las limitaciones individuales; hacer que las metas sean realistas teniendo presente el estado de la enfermedad y los regímenes de tratamiento.(24)

- *Educar a los individuos y las familias acerca del cáncer y su tratamiento.

- *Ayudar a que las personas con cáncer y sus familias identifiquen sus necesidades primordiales y desarrollen estrategias específicas para que sean cubiertas.

- *Mantener la hidratación y nutrición adecuadas.

- *Recomendar fisioterapia para las personas con déficit neuromusculoesqueléticos.

- *Recomendar terapia respiratoria a las personas cuya disnea sea un factor contribuyente.

- *Programar las actividades cotidianas importantes para eliminar las actividades no esenciales que produzcan tensión nerviosa.

- *Atender el efecto negativo de los factores psicológicos y sociales que producen tensión nerviosa y pensar cómo evitarlos o modificarlos

- *Examinar los patrones de descanso y actividad durante el día.

- *Establecer el nivel de fatiga de la atención y alentar las actividades que restauren el nivel de atención tales como (caminar, trabajar en el jardín, observar las aves, peces)

- *Enseñar al paciente sobre las posibilidades de que la fatiga se presente como efecto secundario de ciertas terapias.

- *Incentivar en el paciente programas de ejercicios que sean realistas.

- *Educar al paciente sobre el estrés mental y social y como evitar o cambiar la situación.

- *Modificar el medio ambiente para reducir la alteración del sueño.

- *Minimizar el ruido, atenuar o apagar las luces.

- *Ajustar la temperatura de la habitación y consolidar las tareas de asistencia al enfermo para disminuir las interrupciones, pueden aumentar la duración de sueño ininterrumpido.
- *Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- *Dar fricciones de espalda y/o masaje de las áreas del cuerpo que el paciente encuentre confortante (masajes en las prominencias óseas, cabeza y cuero cabelludo, hombros, manos, pies).
- *Mantener la cama y/o las superficies de los artículos de asistencia (sillas, almohadas) limpios, secos y sin arrugas.
- *Asegurar que haya suficientes mantas para mantener el calor.
- *Regular la ingestión de líquido para evitar despertarse frecuentemente a evacuar.
- *Instar al paciente a que vacíe el intestino y la vejiga antes de dormir.
- *Empleo de un catéter de condón para la incontinencia nocturna.
- *Suministrar un bocadillo con alto contenido proteínico 2 horas antes de acostarse, alimentos con alto contenido de triptófano.
- *Evitar bebidas con cafeína.
- *Instar al paciente a que use ropa holgada, suave.
- *Facilitar la comodidad a través de cambios de posición y apoyo con almohadas según sea necesario.
- *Mantener horas regulares para acostarse y para levantarse.
- *Ayudar a los pacientes proporcionándoles información sobre servicios suplementarios, que le ayuden a lidiar con las actividades y responsabilidades cotidianas.
- *Motivarlos para hacer ejercicio (caminatas leves o moderadas) resulta de ayuda para muchas personas con cáncer. Las personas que hacen ejercicio podrían experimentar mayores niveles de energía física, mejoría en el funcionamiento diario, mejoría en la calidad de vida, mejoría en su actitud ante el porvenir, una mejor sensación de bienestar, una mejor actitud ante los compromisos y una mejor disposición para enfrentar los retos del cáncer y su tratamiento.
- *Atender a las personas con cáncer y a sus familias respondiendo preguntas sobre la enfermedad y su tratamiento, aclarar conceptos, corregir malentendidos, inspirar confianza sobre la situación y normalizar las respuestas a la enfermedad y su efecto sobre su familia.
- *Explorar la situación actual con la persona y la relación que esta situación tiene con sus experiencias anteriores con el cáncer.
- *Prestar asistencia en la solución de los problemas, reforzar las defensas usuales de adaptación del paciente y ayudar a este y a la familia a desarrollar mejores mecanismos útiles y adaptables para hacer enfrentar situaciones.

*Identificar mecanismos inadecuados de adaptación y ayudar a la familia a desarrollar estrategias alternativas de hacer frente a la problemática.

*Explorar áreas estresantes relacionadas, por ejemplo, función de la familia y cambios en el estilo de vida y animar a los miembros de la familia a que se apoyen unos a otros y que compartan sus preocupaciones entre sí.

*Cuando el enfoque del tratamiento cambia de curación a paliación, reforzar enfáticamente que, aunque el tratamiento curativo ha terminado, el equipo tratará agresivamente los síntomas como parte del plan de paliación; que la persona y la familia no serán abandonados; y que el personal trabajará muy duro para mantener la comodidad, controlar el dolor y mantener la dignidad de la persona y de los miembros de la familia.

*La prevención y el control de la náusea y el vómito son de importancia capital en el tratamiento de los pacientes con cáncer, ya que estos pueden dar lugar a serios trastornos metabólicos, depleción nutritiva y anorexia, deterioro del estado mental y físico del paciente, desgarros esofágicos, fracturas, dehiscencia de alguna herida, interrupción del tratamiento antineoplásico potencialmente útil y curativo y degeneración del cuidado propio y de la capacidad funcional.

Existe evidencia de que la experiencia del diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia del cáncer puede venir acompañada de problemas sustanciales en el bienestar psicológico en un subconjunto pequeño pero importante de individuos sobrevivientes de cáncer han descrito un aumento de sus problemas psicológicos y trastornos de autoestima, imagen corporal, intimidad y sexualidad, así como síntomas de ansiedad y depresión relacionados con los temores de recidiva y el enfrentamiento con la muerte. Un número de investigadores ha informado de la presencia de estrés o síntomas relacionados con traumatismo, como comportamientos elusivos, pensamientos invasivos y un aumento en la excitabilidad, en los sobrevivientes de cáncer. Estos síntomas se asemejan a aquellos vistos en personas que han experimentado sucesos de estrés extremo, como combates militares, desastres naturales, una violación u otras amenazas a su vida, y se denominan de forma colectiva "trastorno por estrés postraumático".

El impacto físico y psicológico de tener una enfermedad que pone en peligro la vida, de estar bajo tratamiento para el cáncer y de vivir con amenazas constantes a la integridad física y la autonomía constituyen experiencias traumáticas para muchos pacientes con cáncer.

El papel de las intervenciones psicológicas es el de ayudar al paciente a enfrentar su enfermedad mediante educación, apoyo y reafirmación. A medida que el paciente aprende a controlar el estrés provocado por la enfermedad, hospitalización y tratamiento, el sueño puede mejorar. Los ejercicios de relajación efectuados a la hora de acostarse pueden ser efectivos para fomentar la calma y el sueño. Las intervenciones cognitivas del comportamiento que disminuyen la tensión asociada con el insomnio temprano y cambian la meta de "necesidad de dormir" a "tan sólo relajamiento" pueden disminuir la ansiedad y fomentar el sueño. Se deberá alentar la comunicación de las preocupaciones y la franqueza entre el paciente, la familia y el equipo de salud.

Enfermería ante la espiritualidad

Las creencias religiosas y espirituales son algo importante en la vida de muchas personas. Pueden influir en el estilo de vida, en las actitudes y en los sentimientos relativos a la enfermedad y la muerte.

Las creencias espirituales pueden cobrar mayor importancia en momentos de enfermedad que en cualquier otro momento de la vida de la persona, ayudando a algunas personas a aceptar la enfermedad y a darle sentido. Algunas personas pueden ver a la enfermedad como una prueba de fé; esto es, creen que si tienen suficiente fe, se curarán. Desde este punto de vista, el paciente y la persona de apoyo habitualmente aceptan la enfermedad son poner en duda sus creencias religiosas.

Otras personas pueden ver la enfermedad como un castigo. Cubrir las necesidades espirituales de los clientes y de sus familiares de apoyo, forma parte de la función de la enfermera, así como de los capellanes y demás clero asignado (sacerdote, rabino, ministro, etc.).

Watson afirma que "El reconocimiento, aprecio y respeto por el significado espiritual, en la vida de una persona, puede ser reconfortante para dicha persona. El conocimiento espiritual y religioso es una de las responsabilidades de la enfermería.

El papel de la enfermera para abordar la espiritualidad es básico pues es bien sabido que la enfermeras son las proveedoras del cuidado y deben garantizar a los enfermos el ser tratados con humanidad.

El consultar con un miembro del clero o consejero espiritual, podría resultar beneficioso a algunos individuos.

Estrategias específicas incluyen el hablar de religión con el enfermo, animarlo a rezar, e identificar la alusión a la muerte, la desesperanza o la

sensación de abandono con expresiones de necesidad espiritualidad que necesitan ser escuchadas y requiere de los profesionales de salud una respuesta apropiada.

La comprensión de estos elementos básicos en pacientes graves o en quienes se encuentran en estado terminal requieren de sensibilidad y de conocimiento en los profesionales de salud.

III

JUSTIFICACION

Una enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone la integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que se debe hacer frente desde el inicio. El solo hecho de escuchar la palabra cáncer se ha ligado a una problemática de una enfermedad, mutilante, deformante y con profundas alteraciones funcionales de la persona (sexuales, laborales, sociales, emocionales, económicas, etc.)

En estos casos, como lo es el cáncer gástrico, este tipo de personas necesitan de cuidados muy especiales que en el hospital se los brinda el personal de enfermería por una parte y por otra su familiar que esta al pendiente de su salud.

Los problemas más frecuentes que presenta un enfermo crónico, son en relación con el área personal, familiar y social. En el área personal los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior, se concreta en malestar físico y emocional, perdida de función o parte del cuerpo, perdida de la independencia, modificaciones o pérdidas en la escala de valores y filosofía de la vida, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la perdida del control propio y del medio que lo rodea, además respuestas depresivas de negación o de agresividad.

En el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la perdida de la homeostasis familiar anterior, puede citarse la perdida del su papel en la vida por parte del enfermo y los cambios en este aspecto que deberán asumir los demás miembros de la familia, cambios en las responsabilidades y distorsiones en las rutinas familiares.

En el área social los problemas a los que se enfrentan son, la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, los más significativos son el cambio o pérdida de estatus, la pérdida o cambio en el empleo a cambios en el nivel económico, aislamiento social, por las limitaciones y vivencia de la propia enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad y continuidad de interacciones sociales.

La enfermedad no es un factor de riesgo familiar pero es un factor estresante que puede alterar la dinámica de la familia y que conjuntamente con otros estresores, puede ponerla en situación de máxima vulnerabilidad.

Estudios realizados en otros países demuestran la importancia de la familia como cuidador, en el apoyo que brinda a su familiar enfermo. Lamentablemente en nuestro país no hay estudios relacionados con estos aspectos. Debido a la gran incapacidad que produce el cáncer gástrico, la participación de la familia es fundamental y de gran importancia en el cuidado del paciente, ya que se puede establecer un excelente equipo de trabajo entre la enfermera y la familia, para apoyar directamente a ese miembro de la familia enfermo y ofrecerle una mejor calidad de vida o una muerte en tranquilidad.

En teoría el personal de enfermería debe brindar sus cuidados con una visión holística, lamentablemente, por razones de tiempo, de exceso de pacientes, disponibilidad, etc., la enfermera se ocupa principalmente del aspecto biológico, cubriendo así solo las necesidades involucradas con este aspecto y descuidando otros.

El parámetro que se debe tomar en cuenta al fijar las prioridades de los cuidados, es la percepción que tiene el propio paciente de su situación. Esto es que cuando la situación implica un determinado grado de riesgo vital, la enfermera debe razonar con el paciente, si es posible el orden de prioridades más adecuadas a la situación.

Cuando no existe la posibilidad de llegar a un acuerdo por limitaciones o incapacidad del paciente, la enfermera basándose en sus conocimientos y experiencia profesional, es la que toma las decisiones oportunas, sin olvidar que en la persona esté en condiciones de tomar las riendas de su propio cuidado, debe llegarse a un acuerdo sobre sus prioridades.

Finalmente en el caso de que exista una situación de riesgo vital, es siempre el paciente, asesorado por la enfermera, el que toma las decisiones sobre su cuidado y por lo tanto, decide el orden de prioridades a establecer.

La familia que tiene un miembro enfermo sea cual sea la enfermedad percibe, desde otro enfoque las necesidades, que bien identificadas y cubiertas, serán, una herramienta excelente para la atención de estos pacientes en unión con el personal de salud.

Diversos estudios publicados en otros países, que describen una clara relación entre los cuidadores miembros de la familia enfermo.

Este estudio pretende conocer cuales son estas necesidades básicas que cubre la enfermera desde su punto de vista del paciente, cuáles son las necesidades básicas que el familiar y el paciente perciben como necesarias, para que en un futuro se pueda establecer un método de trabajo que permita crear medios que restablezcan o reorganicen el

funcionamiento de la familia durante la enfermedad y a lo largo de todo el proceso de recuperación, pero sobre todo, permita establecer programas encaminados a cubrir estas necesidades sentidas, con el objetivo de ofrecer al paciente un tratamiento integrador, que no cubra solo aspectos biológicos, y que permitan al personal de enfermería conocer más a fondo la importancia de su participación en la atención a los pacientes crónicos.

IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- *Identificar las necesidades, biológicas, psicológicas y sociales percibidas por los pacientes con cáncer gástrico y sus cuidadores.**
- *Medir las necesidades cubiertas por parte de la enfermera, percibidas por los pacientes con cáncer gástrico.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Identificar las necesidades biológicas percibidas por los pacientes con cáncer gástrico y sus cuidadores.**
- *Identificar las necesidades psicológicas percibidas por los pacientes con cáncer gástrico y sus cuidadores.**
- *Identificar las necesidades sociales percibidas por los pacientes con cáncer gástrico y sus cuidadores.**
- *Identificar el papel de la enfermera en el cumplimiento de las 14 necesidades básicas en la atención al paciente con cáncer gástrico.**
- *Medir las necesidades cubiertas por parte de la enfermera, percibidas por los pacientes con cáncer gástrico.**
- *Comparar la diferencia entre la percepción de necesidades que identifica el paciente con cáncer gástrico y el cumplimiento de ellas por parte de la enfermera basándolas en el modelo de Virginia Henderson.**

V

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Transversal

Universo de estudio: Población derechohabiente del IMSS, con diagnóstico de cáncer gástrico, que acuden al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Periodo de estudio: del 1°. de Marzo al 30 junio del 2001

Población de estudio:

A) Criterios de inclusión.

*Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico del servicio de oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Que aceptaron participar en el estudio

*Familiar del paciente, que se encargó del cuidado del paciente como mínimo lo vio 3 veces a la semana y que aceptó cooperar el estudio.

B) Criterios de exclusión.

*Paciente que su estado de salud no permitió la aplicación del cuestionario.

Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario que se aplicó en forma directa a cada uno de los pacientes y a su familiar acompañante que acudieron a la consulta externa del servicio de sarcomas o que estaban en hospitalización del Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI del IMSS, el diagnóstico fue corroborado por medio del registro histopatológico en el expediente de los pacientes.

Se les explicó a él y a su familiar de lo que se trataba para contar con su colaboración.

El cuestionario se integró por las variables correspondientes que permitieron identificar, datos personales, concepción de la enfermedad, percepción de necesidades del paciente y del familiar, así como la participación del personal de enfermería.

Plan general de procesamiento de datos

Se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y al familiar que los acompañaba, durante el periodo del 1° Marzo al 30 de Junio del 2001. Los datos obtenidos se codificaron en una base de datos y se analizaron por medio de los paquetes estadísticos Epi-Info V.6.03. Y SPSS para Windows V.10.0. Posterior a su captura se verificaron los datos, se calcularon frecuencias simples, sus intervalos de confianza al 95%, para variables continuas medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables que no se distribuían normalmente se usó la prueba estadística de U de Mann Whitney.

5) Empleado

6) Otro

Operacionalización: La que referida por el paciente al momento de la encuesta

ESTADO CIVIL

Definición: Se toma como el estado social y legal en que se encuentra actualmente.

Escala: Nominal

Indicadores:

1) Soltero(a)

2) Unión libre

3) Casado

4) Divorciado

5) Viudo

Operacionalización: Se preguntó en forma directa al paciente

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición: Condición adoptada por el acumulo de bienes materiales.

Escala: Ordinal

Indicadores: Alto, medio, bajo.

1) Tipo de piso

2) Disponibilidad de servicios básicos

3) Forma de eliminación de excretas

4) Hacinamiento

5) Escolaridad del jefe de familia

Operacionalización: A partir de las características de la vivienda mencionadas por el paciente se construyó el índice de nivel socioeconómico.

Con los datos de número de integrantes que habitaban en la casa y el número de cuartos para dormir se creó la variable hacina, dándole un valor.

Después se sumaron todos estos indicadores su obtuvo la variable incovi, se dividió en cuartiles y se obtuvo el nivel socioeconómico.

ACTITUDES Y EFECTOS DE LA ENFERMEDAD

Definición: Postura y resultado que se tiene ante un evento determinado.

Escala: Nominal.

Indicadores:

*Qué piensa usted que es esta enfermedad que padece

1) Que es una enfermedad incurable

2) Existe un riesgo permanente de complicaciones agudas y crónicas

3) Es una enfermedad que atenta contra toda la estabilidad familiar

4) Le Origina sufrimiento y angustia

- 5) Disminuye sus expectativas de vida
- 6) No le gusta que se refieran a usted como el enfermo de cáncer.
- 7) Incluye muchos sacrificios e inconvenientes
- 8) Otra especifique
- *Ha perdido interés en las actividades de la vida diaria? 0) NO 1) SI
- *Se siente usted fatigado o agotado 0) NO 1) SI
- *En que medida la presencia de esta enfermedad le ha cambiado su estado de animo
- 1) Completamente
- 2) Mucho
- 3) Medianamente
- 4) Poco
- 5) Nada
- *Sus planes ha futuro han cambiado desde que se presentó esta enfermedad
- 1) Todos cambiaron 2) Algunos cambiaron 3) Ninguno cambio 4) Nunca hice planes
- *Se siente usted desilusionado de la vida 0)NO 1)SI
- *Ha perdido la fe en si mismo 0)NO 1)SI
- *Ha perdido la fe en los demás 0)NO 1)SI
- *Cómo considera la relación con sus familiares
- 1) Muy buena 2) Buena 3) regular 4) Mala
- *Cómo recibió la familia la noticia de su enfermedad
- 1) Con comprensión
- 2) Con Apoyo
- 3) Con Indiferencia
- 4) Con Desagrado
- 5) Otra especifique
- *Qué familiar se encarga con mas frecuencia de su cuidado.
- *Debido a su enfermedad se ha sentido usted rechazado por alguna persona
- 0)NO 1)SI ¿ Por quien?
- *Le da pena que la gente sepa la enfermedad que tiene 0) NO 1)SI
- *Cómo participa la familia en su tratamiento
- 1) Se turnan para cuidarlo
- 2) Vigilan la toma de sus medicamentos
- 3) Lo motivan para mejorar su estado de animo
- 4) Me dan animo para seguir adelante
- 5) Realizan las actividades que a usted le correspondían.
- 6) Todas las anteriores
- 7) No hay participación
- *Debido a su situación actual de que manera los papeles de los miembros de la familia se han visto alterados.

DATOS PERSONALES PATOLÓGICOS

Definición: Dato o circunstancia patológica anterior, que sirve para juzgar hechos posteriores.

Indicadores:

*Tiempo de padecer cáncer gástrico, (Razón)

Operacionalización: Se preguntó directamente al paciente y se corroboró con el expediente clínico.

*Estadio de la enfermedad (Ordinal)

Operacionalización: Se obtuvo a través de la revisión del expediente en el reporte del registro histopatológico.

*Cirugía gástrica (Nominal) 1) Si 2)NO

Operacionalización: Se preguntó en forma directa

*Peso perdido por su patología actual (Razón)

Operacionalización Se preguntó directamente al paciente y se corroboró con el expediente clínico.

*Escala de Karnofsky.(Ordinal)

Operacionalización: Se le dio la escala correspondiente, al obtener datos de sus actividades y limitaciones.

NECESIDAD

Definición: Se refiere a la carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida. Las necesidades se dividen en biológicas, psicológicas y sociales.

Escala: Nominal

Indicadores:

Biológicos:

Psicológicos

Sociales

PERCEPCIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIAR

Definición: Es la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y se refiere a la carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida. Las necesidades se dividen en biológicas, psicológicas y sociales.

Escala: Nominal

Indicadores:

Biológicas

Saber los cuidados de las sondas a derivación si es necesario

Poder conciliar el sueño y descansar normalmente

Desplazarse con facilidad en el interior de la casa

Poder salir al exterior de su casa sin riesgos

Poder recuperar el peso anterior

Comer y beber normalmente

Orientación sobre el cuidado de los síntomas posquirúrgicos

En caso de ser operado, saber el cuidado de la herida

Estar limpio y fresco todos los días
Tener una temperatura normal y respirar bien
No tener dolores

Sociales

Volver a relacionarse con los amigos
Tener contacto mas estrecho con la familia
Capacidad para realizar las actividades del trabajo
Capacidad para realizar las actividades del hogar
Usar la ropa adecuada para cada ocasión
Poder valerse por si mismo, sin depender de nadie
Ayudar en la economía de la casa
No sentirse rechazado
Recuperar su feminidad o masculinidad

Psicológicas

Realizar las actividades religiosas
Rezar para enfrentar tiempos difíciles !
Recuperar la fe en si mismo
Recuperar la fe en los demás
Interés en el aspecto sexual.
Poder mejorar el estado de ánimo
No ser un cargo para la familia
Recuperar la seguridad
Sentirse en un ambiente seguro
Sentirse amado y amar a los que lo rodean
No sentirse solo

Operacionalización: Se construyeron cada una de las preguntas basadas en las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson.

Se preguntaron directamente al paciente cada una de ellas dándole las opciones de respuesta de nada importante, poco importante, importante y muy importante, anotándose lo referido.

De la misma manera y con las mismas opciones se le entrevistó al familiar del paciente que le acompañaba, anotando lo referido por él.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Definición: Profesionales del área de la salud que laboran en el hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI, que participen directamente en la atención del paciente.

Escala: Nominal

Indicadores:

Personal de salud le ha brindado mejor atención

- 1) Médico
- 2) Enfermera

- 3) Dietista
- 4) Trabajadora social
- 5) Todos

La atención que le brindan

- 0) Muy mala
- 1) Mala
- 2) Regular
- 3) Buena
- 4) Muy buena
- 5) Excelente

Personal de salud que ha mostrado mayor interés en el seguimiento de su tratamiento

- 1) Médico
- 2) Enfermera
- 3) Dietista
- 4) Trabajadora social
- 5) Todos

Operacionalización: De forma directa se le interrogó al paciente sobre el personal en general con el que tuvo contacto en el hospital.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Definición: Participación en las actividades correspondientes al personal de enfermería en la atención del paciente con cáncer gástrico.

Escala: Nominal

Indicadores:

Aspectos que cubre la enfermera

	Nunca	Rara vez	M. veces	
Siempre	0	1	2	3
Estuvo pendiente de su alimentación e hidratación				
Estuvo pendiente de su estado de ánimo				
Acudía cuando usted se lo solicita				
Le brindaba una sonrisa al saludarle				
Tuvo detalles de afecto hacia usted, como brindarle una caricia				
Le habló religión				
Le ofreció llamar al clérigo de su iglesia				
Le indicaba para que era cada uno de los medicamentos que le ponía				
Le informaba cuando le va tomaba los signos vitales				
Intentó hacer conversación para distraerle un poco				
Le ofreció algún tipo de terapia recreativa para distraerlo				
Orientaba a su familiar sobre como cuidarlo y apoyarlo				
Lo cambia constantemente de posición				
Estaba pendiente de que se sintiera cómodo y sin dolor				
Le brindó la confianza para que usted le expresara lo que sentía				

Lo apoyaba en su limpieza personal como baño, cuidado del cabello, uñas, dientes

Lo hizo sentir que estaba en un ambiente seguro

Le enseñó a usted sobre su propio cuidado (autocuidado)

Estuvo pendiente del cuidado de los catéteres o sondas

Conversaba con usted amablemente

Lo motivaba cada día para ayudarlo a mejorar su estado de ánimo

Le realizaba ejercicios en cama para relajarlo o lo motivaba a caminar por su propio pie

Operacionalización: Se le preguntó cada una de las preguntas al paciente solo cuando hubiese sido hospitalizado por algún motivo respecto a su diagnóstico actual, con la opciones de respuesta de Nunca (0) Rara vez(1) M. veces (2) Siempre (3), anotando el número de cada una de las opciones de respuesta

VII

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En el periodo correspondiente de marzo a junio de 2001, se captaron un total de 188 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico confirmado. Se entrevistó a 180 de estos pacientes, de este total, a 8 (4.2%) se excluyeron debido a que no se pudo entrevistar porque se encontraban en malas condiciones de salud. El promedio de edad de la población de estudio fue de 59 años \pm 14 años, con un mínimo de 26 años y un máximo de 90 años. Por género el promedio de edad de las mujeres fue 56 años (\pm 13 años) y el de los hombres de 61 años (\pm 14 años), con una diferencia estadísticamente significativa ($t=-2.50$; $p= 0.013$), es decir que las mujeres tuvieron menor promedio de edad en comparación con los hombres.

Con relación a la escolaridad, el promedio de años de estudiados fue de 7 años (\pm 4 años). Por género las mujeres tuvieron un promedio de 7 años de estudio (\pm 4 años), y los hombres de 8 años (\pm 5 años), no hubo diferencia significativa por sexo (" t "= -1.7 $p= .09$). Eran analfabetas 19 (10.6%) 12 mujeres no estudiaron ningún año y 7 hombres, la mayor proporción tenía primaria completa 49 (27.2%), seguido de los que tenían primaria incompleta 47(26.1%), y 32 (17.8%) tenían secundaria.

La religión en el 87.2% eran católicos, y el 6.1 % mencionaron ser solo creyentes. Por estado civil 123 (68.3%) eran casados, seguidos de los viudos con el 18.3%.

Respecto a la ocupación que actualmente tenían 56 (31.1%) eran amas de casa, 55 (30.6%) mencionaron no tener ninguna actividad actual y 36 (20 %) eran jubilados. De la ocupación que anteriormente desempeñaban se obtuvo que 84 (46.7%) eran comerciantes o trabajaban por su cuenta (taxistas, herreros, mecánicos) y 44 (24.4%) se dedicaban a ejercer algún tipo de oficio (albañiles, domesticas, carpinteros, etc. *Cuadro No. 1*

En lo que se refiere a las características de la vivienda, 126 (70%) tenían casa propia. 29 (16.1%) era rentada. En el tipo de techo el 88.9% era de loza o concreto, el 5.6% tenía techo de lamina de asbesto. El tipo de piso predominantemente era de loseta 86 (47.8%) seguido de 80 (44.4%) que era de cemento. De los servicios básicos como agua potable, luz y drenaje el 98.3% contaban con todos los servicios básicos y solo el 1.7% carecían de drenaje. Los miembros que contribuían al ingreso familiar 57 (31.7%) eran solo los hijos, 50 (27.8%) solo el paciente entrevistado, y 34 (18.9%) solo el cónyuge. Con los indicadores anteriores se construyó el nivel socioeconómico, donde destaca el nivel bajo con 75 (41.7%), seguido del nivel medio 61 (33.9%) y alto con 44 (24.4%) *Cuadro No. 2*

El tiempo de diagnóstico 66 (36.7%) tenían menos de un mes a dos meses, seguidos de los que tenían entre 3 y 6 meses del diagnóstico 53 (9.4%), fueron pocos los que tenían más de dos años hasta 6 años.

La descripción del diagnóstico, destaca que, 54 (30%) tuvieron Adenocarcinoma poco diferenciado difuso con células en anillo de sello, 33 (18.3) eran Adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo intestinal y 21 (11.7%) tuvieron Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado.

En lo que respecta al peso perdido fue ,58 (32.2%) perdieron entre 10 y 15 kg, 33 (18.4%) perdieron entre 16 y 20 kg, 9 (5.2%) perdio entre 33

Y 48 Kg de peso, solo 7 personas (3.9%) no refieren haber perdido peso. Respecto a la hospitalización, 120 (66.7%) habían sido internados en algún momento de su padecimiento. A 105 (58.3%) les realizaron cirugía; de estos, 53 (29.4) les realizaron Gastrectomía subtotal, a 29 (16.1%) les realizaron solo Laparotomía exploradora y a 23 (12.8%) Gastrectomía total, a 75 (41.5) no les habían realizado ningún tipo de intervención quirúrgica por su diagnóstico. Al evaluar la escala de Karnofsky, 52 (28.9%) requerían de ayuda, pero eran capaces de atender sus necesidades, y 40 (22.2%) realizaban sus actividades normales con esfuerzo y se notaba la presencia de algunos signos y síntomas de la enfermedad. **Cuadro No.3**

Con relación a la concepción del cáncer 65 (36.1%) mencionaron que les originaba sufrimiento y angustia, 31 (17.2%) mencionaron que incluía sacrificios e inconvenientes, y 29 (16.1) contestaron que eran una enfermedad incurable. Respecto a la pérdida de interés en las actividades de su vida cotidianas, 99(55%) dijeron que no habían perdido el interés y 81 (45%) si lo habían perdido.

De la manera en que afectó esta enfermedad sus actividades diarias, 45 (25%) mencionó que no le afecto en ninguna, a 41 (22.8%) a partir de ello no tiene ganas de hacer nada y 38 (21.1%) mencionó no tener fuerzas para realizar cualquier actividad. Al interrogar sobre la fatiga, 140 (77.8) se sentían fatigados y 40 (22.2%) contestaron que no. Respecto al cambio de su estado de animo, 54 (30%) su estado de ánimo les cambió completamente, a 46 (25.6%) les afecto mucho y a 40 (22.2%) les afecto solo poco.

Los planes que tenían a futuro el 49 (27.2%) nunca habían hecho planes, 48 (26.7%) sus planes les cambiaron completamente y 44 (24.4%) ninguno les cambió. 143 (79.4%) mencionó no sentirse desilusionado por padecer cáncer y 37 (20.6%) mencionó que sí. Al preguntar si les daba pena tener esa enfermedad 166 (92.2%) contestó que no y 14 (7.8%) dijo de sí. **Cuadro No. 4**

Referente a la reacción de la familia ante la noticia de su diagnóstico 172 (95%) mencionó que fue de apoyo y comprensión, 5 (3.3) se mostraron más

preocupados que el propio paciente. Al preguntar al paciente que familiar que se encargaba con más frecuencia de su cuidado, 73 (40.6%) mencionó que su cónyuge, 56 (31.1%) dijo que su hija.

La participación de la familia en el cuidado del paciente, 123 (68%) mencionó que había participación en todas las actividades que se le mencionó, 28 (15.6%) lo motivan para que mejorara su estado de ánimo. Respecto a la alteración de los papeles dentro de la familia debido al diagnóstico, 145 (80.6%) dijo que no hubo ningún tipo de alteración, 24 (13.3%) mencionó que sus familiares se turnaban para faltar al trabajo y quedarse a cuidarlo. La percepción que el paciente tenía respecto a la relación con su familia 93 (51.7%) contestó que era muy buena, 71 (39.4%) dijo que era buena. **Cuadro No. 5**

En cuanto a la orientación que recibieron él o su familiar sobre su diagnóstico del personal de salud; 119 (66.1%) no se les brindó ningún tipo de orientación y a 61 (33.9%) sí. El personal que dio esa orientación fue el médico 39 (21.7%) y 10 (5.6%) la enfermera. Al interrogar sobre que personal brindó mejor atención, 159 (88.3%) contestó que todo el personal, 12 (6.7%) contestó que el médico, y 5 (2.8%) la enfermera. Lo que opinaron respecto al tipo de atención que se les brindó en ese hospital, 77 (42.8%) fue muy buena, 50 (27.8%) dijo que buena y 37 (20.6%) mencionó que excelente. Del personal que mostró más interés en su tratamiento, 131 (72.8%) contestaron que todo el personal (médico, enfermera, trabajadora social, nutriólogo), 35 (19.4%) mencionó que el médico, y solo 9 (5%) la enfermera. **Cuadro No. 6**

Los pacientes que fueron acompañados por algún familiar fueron 165 (91.7%) y 15 (8.3%) no fueron acompañados por nadie. El sexo de los familiares acompañantes fue, 120 (66.7%) femenino y 45 (25%) masculinos. La relación de parentesco con el paciente, 54 (32.7%) era su cónyuge, 50 (30.3%) era la hija, 21 (12.7%) era el hijo. La escolaridad del familiar fue, 52 (31.5%) contaba con primaria, 36 (21.8%) con secundaria y 27 (16.4%) tenían licenciatura. La ocupación con predominio en los familiares fue, amas de casa 71 (43%), 32 (19.4%) eran empleados. **Cuadro No 7**

Respecto a la percepción de necesidades biológicas del paciente, en las que se obtuvo mayor frecuencia fueron; no tener dolor 178 (98.9%), tener una temperatura normal y poder respirar bien 160 (88.9%), recibir orientación para una adecuada alimentación 157 (87.2%) y que pueda conciliar el sueño y sentirse descansado 155 (86.1%). Las necesidades sociales con mayor frecuencia fueron; poder valerse por si mismos sin depender de nadie 141 (78.3%), tener contacto mas estrecho con su familia 139 (77.2%) y no sentirse rechazado 135 (75%). De las necesidades psicológicas fueron; amar a los que lo rodean y sentirse amado 171(95%)

no sentirse solo 168 (93.3%), recuperar su independencia 166 (92.2%) (y no sentirse como un cargo para su familia 159 (88.3%) **Cuadro No 8**

Respecto a la percepción de necesidades biológicas por parte del familiar que lo acompañaba, en primera instancia fue; que no tenga dolor 162 (98.2%), que tenga una temperatura normal y respire bien 156 (94.5%), a 155 (93.9%) les interesaba recibir orientación para apoyarlo en su alimentación. De las necesidades sociales de mayor interés para el familiar fueron; que el familiar enfermo no se sienta rechazado 142 ((86.1%), que tengan contacto más estrecho entre ellos con el familiar enfermo 135 (81.8%) y que se pueda valer por sí mismo sin depender de nadie 11(67.3%)De las necesidades psicológicas con mayor interés; que no se sienta solo 161 (97.6%) que se sienta amado por los que lo rodean y que los ame de igual manera 156 (94.5%), que recupere su seguridad y se sienta en un ambiente seguro 152 (92.1%) **Cuadro No 8.**

Se exploró la posibilidad de que existieran diferencias entre la percepción de necesidades por género, a través de una prueba de U de Mann Whytney. Las únicas variables en las que hubo diferencia fue para las sociales, en la que ayudar en la economía de la casa fue percibida muy importante para los hombres que para las mujeres, con el valor $U=-1.987$ $p=0.05$. En las necesidades psicológicas, "realizar sus actividades religiosas" fueron muy importantes para las mujeres en comparación con los hombres con $U=-3.135$ $p=.002$.; y para los hombres se encontró que un aspecto que consideraban muy importante era el aspecto sexual en comparación con las mujeres, $U= -3.35$ $p=.001$; todas estas con una diferencia estadísticamente significativa. **Cuadros No 9b, 10a, 10b respectivamente.**

En el cumplimiento de las actividades de enfermería de un total de 120 pacientes que habían sido hospitalizados en algún momento de su padecimiento actual; el personal de enfermería estuvo siempre al pendiente del cuidado de los catéteres, sondas y heridas quirúrgicas en un 93 (77.5%), en segunda instancia estuvo al pendiente siempre del estado de ánimo del paciente 91 (75.8%), conversaba con él amablemente un 74.2%.

De las actividades que el personal de enfermería nunca o rara vez presto atención en el cumplimiento de ello fueron; que nunca estuvo al pendiente de la espiritualidad de sus pacientes 108(90%) incluye aquí que nunca los alentó para que se apoyaran en la religión que cada cual profesara u ofrecerle llamar a algún representante de su religión. Casi nunca o nunca ofreció algún tipo de terapia recreativa para poder distraerlo un poco (80 (66.7%), otra de las actividades en la que hubo muy poca participación por parte del personal de

enfermería fue que solo a una proporción baja lo apoyo en el aseo personal como baño, cuidado de uñas, dientes, cabello, etc. **Cuadro No 14**

Comparando la percepción de necesidades biológicas del paciente con respecto al cumplimiento de ellas por parte del personal de enfermería, se observó que, en primer término el paciente percibía mayor necesidad de no tener dolor 98%, tener una temperatura normal y respirar bien 75.8%, lo que a esto enfermería estuvo al pendiente de que se sintiera cómodo, sin dolor y molestias severas 66.7%, tener una adecuada orientación respecto a su alimentación 87.2% a lo que la enfermera cubrió un 31.7% al enseñarle sobre su propio cuidado (autocuidado), otra necesidad fue que pueda conciliar el sueño y descansar normalmente 86.1%, a esto la enfermera no hizo sentirse en un ambiente seguro 62.5%.

De los aspectos sociales que el personal de enfermería cubrió con respecto a lo percibido por el paciente. En primer lugar, poder valerse por si mismo sin depender de nadie 78.3%, tener contacto más estrecho con la familia 77.2% y no sentirse rechazado 75%, a todos estos aspectos sociales enfermería hizo labor de tener una buena comunicación con el paciente brindándole la confianza para que le expresara sus pensamientos.

De las necesidades psicológicas que percibió el paciente en primera instancia estuvo, amar a los que lo rodean y sentirse amado 95%, la actitud de sonríele y brindarle caricias de aprecio por parte de enfermería 50%. No sentirse solo fue otra necesidad del paciente 93%, con respecto a esto el personal de enfermería lo mantenía cómodo, lo movilizaba y acudía cuando le llamaba mostrando con ello interés por él 66.7%, recuperar su independencia 93.3% a lo que enfermería lo invitaba a deambular por si mismo 65.8% **Cuadro No 11 con Cuadro No 14.**

Comparando las necesidades percibidas por el familiar del paciente, y el cumplimiento de ellas por parte del personal de enfermería, se obtuvo; en las necesidades biológicas, que su familiar no tuviera dolor 98.2% a ello la enfermera estuvo al pendiente de que se sintiera cómodo y sin dolor 66.7%, que tuviera una temperatura normal y respirara bien 94.5%, a lo que la enfermera le informaba cuando le tomaba los signos vitales 40%, que su familiar enfermo comiera y bebiera normalmente, a esto el personal de enfermería estuvo al pendiente de su alimentación e hidratación 41.7%.

De los aspectos sociales fue en primer lugar que no se sintiera rechazado 86.1% y enfermería siempre tuvo detalles de afecto hacia él 38.3%, otro aspecto fue que tuviera contacto más estrecho con la familia 81.8% y que pudiera valerse por si mismo sin depender de nadie 67.3%, a estos aspectos enfermería lo orientaba sobre como debía cuidarse (autocuidado) 31.7%. **Cuadros No 12 con Cuadros No 14.**

VIII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De la descripción de resultados se desprende el siguiente análisis.

Se observa que las mujeres ocupan un porcentaje mayor que el de los hombres y que son quienes se enfermaron más jóvenes. El estado civil que tiene mayor predominio fue el de casados, puede ser debido a la religión católica y a que la población se inclina entre los 50 y 70 años de edad, es por ello también que se observaron pocos en unión libre, y que eran los más jóvenes.

La ocupación actual que en el momento de la entrevista refirieron, el 31.1% eran amas de casa también con una proporción mayor debido a que eran más mujeres que hombres. Un porcentaje importante eran personas jubiladas o que no tenían algún tipo de ocupación actualmente, relacionado también con la edad, ya que eran personas que se encontraban en la tercera etapa de la vida, los que no tenían algún tipo de ocupación probablemente fue por que su ocupación anterior había sido ser comerciante o dedicarse a ejercer algún tipo de oficio y lo dejaron a partir de su padecimiento.

Cuando se valoró la escala de Karnofsky se obtuvo que poco menos del 50% de la población tenían una valoración buena ya que podían realizar sus actividades relativamente normales, solo con un mínimo de ayuda de terceras personas; pudiera ser porque gran proporción de esta población cuando se les entrevistó era de muy reciente diagnóstico (15 días o menos de un mes) y aún no eran intervenidos quirúrgicamente y no recibían quimioterapia la cual deteriora en gran medida al paciente, provocándole una serie de molestos síntomas.

El hecho de padecer cierta patología predispone de forma negativa o positiva a las personas. Otra cosa relevante sería el miedo de todos al prolongado sufrimiento en las etapas terminales, esta imagen le ha dado fama de ser la más temible de las enfermedades. EL padecer cáncer conlleva ciertas actitudes ante esta enfermedad. Una de ellas es que se le relaciona estrechamente con la muerte y eso provoca reacciones específicas de quien lo padece. Es por ello que se encontró que a un 36% de esta población les provocaba angustia y sufrimiento. Angustia por la incertidumbre del futuro, de si mismo ante ese diagnóstico y del futuro de su familia cuando el paciente era el sostén económico y moral de ella.

Es importante mencionar que el 55% de estos pacientes no habían perdido el interés por las actividades cotidianas de su vida a pesar de su sufrimiento y sentirse angustiados.

Acorde con la bibliografía revisada el 77.8% de los pacientes reportaron sentirse fatigados; esa fatiga referida puede estar relacionada con factores internos y externos del propio paciente, un importante factor puede ser la pérdida de peso y a la vez de energía, problemas económicos que implican consultas, gasto en transporte, faltas al trabajo etc. En estado de ánimo que se menciona que les cambio mucho y completamente puede estar relacionado con estos mismos factores. Por lo general, la enfermedad es portadora de sucesos imprevistos que desorientan nuestra vida colocándonos en un estado de vulnerabilidad.

Los planes que tenían a futuro les cambiaron drásticamente por la incertidumbre de su pronóstico y aunque el 27.2% nunca había hecho planes su vida a partir de su enfermedad no volverá a ser de la misma manera.

En la revisión bibliográfica se menciona que este tipo de diagnósticos es causa vergüenza pero lo positivo de esto fue que de ninguna manera refirieron sentirse apenados por padecer cáncer, sólo una pequeña proporción contestó que si les daba pena.

La enfermedad tiene efectos de gran alcance sobre la familia del paciente y sobre el mismo paciente al ver la participación de sus familiares en su cuidado. Al respecto la reacción de la familia ante este diagnóstico reaccionó con apoyo y comprensión, siendo esto una verdadera motivación para el paciente que una de las principales actividades fue precisamente la de motivarlo para que mejorara su estado de ánimo, y la percepción de la relación familiar fue de muy buena y buena.

La alteración de los papeles dentro de la familia a partir de este diagnóstico no fue tan importante que para la mayoría no hubo ninguna alteración, y esto esta relacionado con el familiar que se encarga con mas frecuencia de su cuidado era el cónyuge o la hija, quienes principalmente su actividad era la de ama de casa, lo cual les permitía fácilmente dejar alguna actividad del hogar, sin afectar otros aspectos la estabilidad de la familia.

Los pacientes acompañados por algún familiar fueron 165 de 180, el género de estos acompañantes fue 120 mujeres y 45 hombres,, comprobándose así que la mujer es la principal proveedora de los cuidados de los miembros enfermos. Interesante mencionar que en el grupo de los familiares fueron pocos los analfabetas, tienen un mayor grado de

estudios, puede ser debido a que esta población es más joven que la de las pacientes.

Al comparar la percepción de necesidades por género; biológicamente no se encontró ninguna diferencia significativa entre los hombres y las mujeres, para ambos géneros la percepción de necesidades biológicas es igual de importante.

En la percepción de necesidades sociales se encontró una sola diferencia, y es de las más importantes para el género masculino, la necesidad de ayudar en la economía de la casa, esto puede estar relacionado con factores como ser el único sustento económico de la casa, que se sienta que ya no es útil, etc.

En el aspecto psicológico se encontraron dos diferencias significativas. Una fue la realización de las actividades religiosas que para el género femenino le interesa más este tipo de actividades en comparación con el hombre quien no las considera tan importantes. La otra diferencia fue el aspecto sexual que para los hombres resultó ser muy importante este aspecto probablemente sea debido a que piense que esta perdiendo su masculinidad.

La percepción de necesidades del paciente ante su diagnóstico en primera instancia muestra que tienen miedo al dolor, ya que es la primera necesidad y con mayor porcentaje que demandaban era el no sufrir dolores, esto es debido a que se tienen malos conceptos sobre cáncer asociándolo o dándole sinónimos de muerte o dolor intenso. De la misma manera lo percibía el familiar que su paciente no tuviera dolor, ya que esto implica sufrir con él.

Otra percepción en que ambos coincidieron fue el tener una temperatura normal y respirar normalmente, ya que el hecho de no tener fiebre o temperaturas elevadas significa que el paciente se encuentra relativamente bien.

Al paciente le importa más que se le oriente sobre su adecuada alimentación y como poder comenzar nuevamente a alimentarse, no les interesaba tanto el hecho de comer o beber inmediatamente debido a que precisamente eran los alimentos los que les provocaban una serie de síntomas indeseables. El familiar consideró que era más importante pudiera comer bien nuevamente debido a que observó directamente la pérdida de peso en su familiar enfermo.

La siguiente percepción del paciente fue poder conciliar el sueño y descansar todo esto debido a que se sentían fatigados, débiles y con poco

ánimo, a demás las mismas molestias les impedían conciliar el sueño, para el familiar esa más importante saber sobre su adecuada alimentación para poder apoyarle en ese aspecto, esta preocupación aunada a la anterior son sobre todo por la alarmante pérdida de peso que observaron en su familiar enfermo.

Socialmente al paciente lo que más le importaba era poder valerse por sí mismo, el hecho de sentirse atado a un médico o a una enfermera le provocaba aún más estrés, mientras que para el familiar le importaba en mayor medida que no se sintiera rechazado, ya que con frecuencia se considera como un castigo estar enfermo y en muchas culturas se considera como vergonzoso tener este tipo de enfermedad, y así mismo los pacientes se aíslan de la sociedad creyéndose rechazados y peligrosos para los demás.

Tener contacto más estrecho con la familia es otro punto en que ambos coincidieron, a ambas partes les interesa estar más ligados entre sí ya que es la familia la principal fuente de apoyo en todos los aspectos y sobre todo supongo que por el temor a la pérdida por lo incierto del pronóstico del cáncer.

Necesidades psicológicas del paciente y del familiar son más difícil identificarlas cuando no hay una buena comunicación entre la enfermera y el enfermo, pero lo que el paciente necesita amar y sentirse amado. Recuperar la independencia por parte del paciente y que recupere la seguridad según el familiar son dos hechos muy importantes para que el individuo salga adelante.

Toda persona se siente cómoda, tranquila y satisfecha cuando se han cubierto sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

El enfermo con cáncer, está afectado en su condición de persona en su totalidad y en su estilo de vida; sufre los cambios impuestos por su proceso crítico y por su personalidad. En general se describen características comunes de estos pacientes pero en particular las características varían de un enfermo a otro, por lo que cada uno requiere ser tratado como una persona y no como la víctima de una enfermedad "grave". Entre ellas se señalan las biológicas, psicológicas y sociales.

El papel que desarrolla el personal de enfermería es de suma importancia porque en estos pacientes existe un importante deterioro de sus funciones corporales. En su organismo hay pérdida progresiva de los mecanismos de la homeostasia, disminución del tono muscular y peristaltismo, en fin una serie de cambios que llevan al paciente también al deterioro emocional, todo esto lo limita para realizar actividades relacionadas con el

autocuidado, es decir es dependiente y requiere de ayuda para la satisfacción de las necesidades biológicas. Entra aquí la relación que existe entre enfermera-paciente, que varía desde una relación independiente hasta la muy dependiente, y de ahí se identifican tres niveles; primero, la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, segundo, la enfermera como solo ayuda para el paciente y la enfermera como compañera del paciente. En los aspectos biológicos y sobre todo cuando el paciente se encuentra en hospitalización es totalmente de ella, pues es quien lo apoya en su nutrición, en la eliminación de excretas, en el alivio del dolor, por medio de la ministración de analgésicos, en la movilización, etc.

Respecto a las necesidades psicológicas; el paciente sufre una serie de cambios adaptativos, para elaborar complejas situaciones emocionales y espirituales. Estos cambios son, en el estado de ánimo, confusión y aislamiento. Percibe al mundo y a sí mismo de un modo diferente. Todo esto suele ocurrir en silencio, en la intimidad de su mundo. Estas experiencias pocas veces son manifestadas con palabras, tal vez por temor a lo que piensen los demás, a que sepan que se es débil o miedoso. .

En realidad fue poco lo que se indaga sobre estos aspectos en estos pacientes, puesto que para ello se necesitaba primero una estrategia de planeación, donde en primera instancia se ganara la confianza del paciente y con ello poder abarcar otro tipo de cuestiones; eso era muy difícil porque la mayor parte de los pacientes fueron captados en la consulta externa donde fue poco el tiempo que interactuamos con él, siendo un obstáculo muy grande para poder indagar más sobre estos aspectos tan importantes para el paciente; además de que el cuestionario se estructuró pensando en no incomodar de ningún modo a estas personas, afortunadamente y aunque no fueron tan profundas las cuestiones que se interrogaron se obtuvieron datos muy interesantes.

Las necesidades sociales manifiestan deseos de comunicación, de compañía, de ejercer su autonomía y cumplir con sus actividades laborales entre otras. La observación en este aspecto social fue que a diferencia de lo biológico y lo psicológico, aquí la distribución fue un poco más equitativa entre lo que no era nada importante, poco importante, importante y muy importante, esto es que si les preocupaba lo social, pero demandaban más la atención emocional y biológica. Esto no quiere decir que se deba descuidar ese aspecto; sino que se deben fijar prioridades de atención.

A todo esto se observó que el personal de enfermería desarrolló un papel importante en la atención de estos pacientes, pero no como debieran ser, siempre se espera más de ella.

Es fácil decir que las cosas debieran ser mejores, pero la realidad es que tenemos deficiencia severas en el sector salud por muchas razones. En ocasiones son muchos pacientes y pocas enfermeras, son muchas actividades y poco el tiempo. Son muchas las exigencias y poca la remuneración económica, todo eso impide el desempeño óptimo del personal de salud. Eso no es excusa o justificación pero es una realidad, aunque la mayoría de la población determinó como muy buena y buena la atención en general de los profesionales de la salud hubo quienes dijeron, que en comparación con su clínica u hospital de zona, la atención en CMN Siglo XXI era muy buena y buena así que hay que partir del hecho que la atención que se les brindaba en el lugar de donde fueron canalizados no era muy buena.

Esto debe ser un estímulo para hacer esfuerzos máximos en seguir mejorando esta atención hacia los derechohabientes.

El personal de enfermería tiene en sus manos un papel mucho muy importante en la atención al paciente por diversas razones. En primer lugar porque es el personal que está la mayor parte del tiempo con el paciente, por que su participación va más allá de los aspectos biológicos, de los emocionales, o los sociales, sino es que es el personal que une todos estos aspectos en una atención holística y esto lo aprendemos desde los primeros semestres de nuestra formación.

X

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos, a la revisión bibliografía y la experiencia personal al entrevistar directamente a estos ciento ochenta pacientes con cáncer gástrico se desprenden la siguientes conclusiones.

La enfermería es una profesión que requiere tener, conocimientos, habilidades y destrezas, pero más que todo es saber interactuar directa con la gente para tener la capacidad de poder apoyarla en las diferentes situaciones que se presentes.

El centro de su desempeño laboral son las personas sanas o enfermas, con características y necesidades diferentes, y las acciones de la enfermera influyen directa o indirectamente en el paciente.

La relación enfermera-paciente es la base que permite la identificación y comprensión de esas necesidades para poder establecer una afinidad adecuada entre estas necesidades del paciente, las actitudes y acciones de enfermería.

Las acciones de enfermería deben ser el resultado de la identificación y valoración de esas necesidades básicas como lo bien lo menciona Virginia Henderson en su modelo de atención, obtenidas a través de la observación, de la entrevista y la relación interhumana

A medida que la relación se prolonga, la enfermera debe obtener datos más profundos del enfermo, lo cual haría más eficaces sus funciones de ayuda promoviendo el bienestar y comodidad de las personas.

Los resultados que obtuvimos en estos aspectos muestran claramente que si hay una buena participación por decirlo de alguna manera por parte del personal de enfermería, ya que se observa muy claro que cubren la mayoría de las necesidades pero no en un porcentaje óptimo, esto es lamentable hasta cierto punto porque siempre se espera más de la enfermera y porque la enfermera siempre puede dar más.

Biológicamente como se pensaba se cubren los aspectos requeridos, socialmente son pocas las acciones que enfermería pudo emprender al respecto porque su visión es más intrahospitalaria. Al brindar el apoyo emocional creo que se también existen algunos obstáculos que se deben rebasar.

El apoyo emocional o psicológico en el tratamiento del paciente con cáncer es un aspecto fundamental en todo programa terapéutico eficaz y humano, teniendo en cuenta las múltiples situaciones difíciles por las que atraviesan este tipo de pacientes y a las adaptaciones inesperadas a las que se ve obligado encarar durante el diagnóstico, el tratamiento y las remisiones.

Un objetivo que enfermería se debe plantear es "ayudarle al paciente a desarrollar una vida satisfactoria en todos los aspectos dentro de todas esas limitaciones".

Las datos y percepciones presentados en los resultados son un panorama general de la situación de estos pacientes, pues bien sabemos que de forma individual cada uno de los pacientes tiene necesidades diferentes según sus características específicas; pero en general nos damos cuenta en que aspectos el profesional de enfermería deben hacer más labor sin descuidar ninguno.

El cáncer posee connotaciones muy negativas y esto se ve reflejado claramente en la percepción del cáncer por los pacientes. La frustración de no poder continuar con sus actividades engendra la mayoría de los problemas emocionales, el hecho de ser dependiente del médico o de la enfermera le causa también problemas, el hecho de que el paciente refiera fatiga es por que en ella va inmersa una serie de sucesos relacionados entre si

El personal de enfermería está capacitado para orientar al paciente y a su familiar sobre su enfermedad y como deben apoyarlo, sin confundir que la labor del médico es de informarle sobre su tratamiento. Pero fue poca la participación acerca de esto, entonces ¿Dónde esta la actividad de docencia de enfermería?

Tocando el tema de la familia fue importante incluir al familiar en este estudio ya que la enfermedad tiene alcance sobre ella, siendo que es la principal fuente que brinda los primeros cuidados. Es interesante saber lo que percibe el familiar en comparación con lo que percibe el enfermo, eso para tener un enfoque más completo en el tratamiento de la persona involucrada y a la vez mostrarle lo importante que es el entorno familiar en la recuperación de la persona enferma. Por un lado se cubren las necesidades del paciente y por otra también las del familiar en el apoyo de la persona involucrada.

Si el paciente va a ser atendido en su casa esto puede causar una tensión considerable dentro del hogar puesto que una enfermedad grave advierte un padecimiento doloroso y prolongado, esto de antemano pone bajo presión a la familia; es por ello que desde el momento del diagnóstico se

debe de dar una amplia información a esa familia involucrada para que pueda manejar la situación, pero como lo vemos en los resultados, poco valor se le dio a esto, ya que fueron realmente pocos los familiares que se les dio esta información en la consulta externa y por parte de la enfermera en hospitalización también fue poca esta participación.

La relación entre el paciente y el familiar que lo atiende, que por lo general siempre es el género femenino comienza a tener dificultades cuando el paciente opone resistencia al permitir que se le realicen actividades de cuidado íntimo. Los pacientes y familiares pueden sentirse apenados al respecto. Un padecimiento prolongado en la casa ocasiona con frecuencia, el aislamiento progresivo de la familia, es por ello que es de suma importancia orientar adecuadamente a la familia sobre todas esas situaciones y las medidas que deben emplear al respecto, por ejemplo si el paciente es hombre lo mejor sería que sea el hijo quien ayude a esas actividades y viceversa, lo que notamos es que es mínima la participación del hombre al respecto.

La sociedad tiene una creciente necesidad de que los parientes participen estrechamente en el cuidado de los enfermos. Pero no lo pueden hacer si no se les enseñan las bases de esos cuidados para que su participación sea óptima.

X

SUGERENCIAS

La participación de enfermería abarca los aspectos, asistencial, educativo y preventivo. Teniendo en cuenta esto proponemos lo siguiente:

El personal de enfermería debe proporcionar cuidados individualizados en toda la extensión de la palabra, procurando mantener intactas todas las esferas del paciente, enseñarle como hacer frente a la ansiedad, estrés y/o al temor de quedar inválido o incapacitado.

La autoestima y el sentido de la identidad son importantes. Se debe mostrar respeto por los pacientes llamándolos por su nombre, respetando sus deseos, creencia, cultura, valorar sus objetos personales, proporcionándoles cierta intimidad durante sus actuaciones, apoyando sus defensas y enseñándoles. El objetivo de la enfermera siempre es impartir conocimiento y fuerza de tal forma que el individuo pueda reanudar su vida privada lo más pronto posible, sin seguir siendo dependiente.

En el aspecto asistencial falta trabajar más al respecto para que verdaderamente se logren los objetivos que se deben alcanzar. Pero antes que nada, deben plantearse objetivos, porque sin ellos no se sabe que rumbo se tiene y se navega sin un fin determinado.

Uno de estos objetivos sería en primera instancia ganarse la confianza del paciente, una vez que el paciente se sienta con la plena confianza de expresar lo que desea, las actividades van a ser mas satisfactorias y provechosas para ambos.

Desde el punto de vista biopsicosocial, es indispensable conocer como percibe la enfermedad el paciente, que significado tiene para el esa enfermedad, que sueños, imágenes, conceptos de si mismo, objetivos y esperanzas frustra o modifica. Todo esto ayudara a fijar prioridades sin descuidar ninguna necesidad.

Los conceptos erróneos del cáncer debemos ayudar a cambiarlos, aunque están muy arraigados es posible modificar conductas a través de ello.

Empezar por el paciente modificando esos conceptos de que el cáncer es sinónimo de muerte o de sufrimiento y dolor ayudaría a que tuviera mas esperanzas y expectativas de vida así también orientarle que existen varias opciones de tratamiento sin darle engañarlo dándole falsas esperanzas.

Enfermería se ha dejado regir por las notas médicas, sin desarrollar sus propias decisiones concernientes al manejo del paciente. Su supone que se trabaja en equipo y que cada rama toma sus decisiones con base en fundamentos específicos. Es necesario que avancemos hacia un modelo donde ocurra una coparticipación democrática de las responsabilidades, pero esto no va a suceder si no demostramos nuestro profesionalismo, y es aquí donde entra el profesional de enfermería. El licenciado en enfermería tiene que ganarse ese lugar.

Una de las soluciones para que se tenga un enfoque de equipo es aumentar la comunicación entre los profesionales de la salud.

Es urgente una constante capacitación del personal de enfermería para sensibilizarlo más y que pueda comprometerse importantemente con el paciente y con sus familiares

La buena comunicación es un aspecto de gran importancia ya que de ello derivan muchas situaciones positivas. Los pacientes pueden tener una gran necesidad de hablar acerca de su diagnóstico, el hecho de escucharlos prestándoles verdadera atención significa mucho para ellos pues se les hace sentir que verdaderamente le importan a quien los escucha. La necesidad de ser amado y comprendido no la van a expresar con palabras si no con actitudes, que la enfermera debe captar por medio de la observación.

El aspecto que más le preocupaba al hombre es el aspecto sexual, al respecto se le puede orientar a su cónyuge que es indispensable que no deje de acariciar a su pareja que es muy importante para el sentirse todavía amado a pesar de cursar en esos momentos por esa situación de enfermedad.

A la mujer le interesaba más realizar sus actividades religiosas y por lo visto al personal de enfermería era a lo que menos le prestó atención.

La espiritualidad en este tipo de diagnósticos juega un papel significativo porque para muchas personas les ayuda a tener un contacto más estrecho con Dios, este aspecto no se debe pasar por alto.

Se debe ayudar al paciente a recuperar su independencia en la medida que se pueda.

Cubrir las necesidades psicológicas incluyen los sentimientos, necesidades de autoestima, espiritualidad, aprecio, reconocimiento, pertenencia, respeto, amor, dignidad, confianza y seguridad, implica un trabajo completo, pero algo difícil si no se había prestado atención a estos aspectos antes, el tenerlos presentes cada día en el desempeño de nuestras labores

nos facilitara cada vez más nuestra labor, ayudará a establecer una relación de confianza, reducir el miedo, la frustración y el aislamiento, la soledad y la desesperanza. Para ello se necesita de la participación de la familia. En tales condiciones el enfermo podrá ejercer el control sobre su enfermedad y mantener la autoestima.

Los aspectos educativo y preventivo deben de ir relacionados hacia el paciente y la familia, educando a la familia sobre los cuidados que deben tener con su familiar enfermo y previniendo complicaciones o situaciones difíciles entre ellos.

Una buena parte de la tranquilidad y confianza del enfermo y la familia depende del hecho de poder contar con una enfermera que sea apreciada por el paciente. La sola presencia de una enfermera en quien se confie, constituye un elemento tranquilizador y emotivo.

La gran labor que hay que hacer como profesionales de enfermería, es comenzar a sentar las bases para un cambio en nuestra profesión.

La investigación es un campo poco explorado y del cual se construye nuevo conocimiento que bastante falta le hace a nuestra profesión; fomentar la investigación nos abrirá nuevas perspectivas y sobre todo nos hará crecer como profesionistas.

Dejemos de ser pasivos para que fluya ese profesionista que tanta falta le hace al gremio de enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. De la Fuente J.R., Navarro R.J., Borrilla C.J, Camacho S. R., Tamayo J. Compendio del registro Histopatológico de Neoplasias en México. Epidemiologia Secretaria de salud. 1996;59-62.
2. Díaz R. E. *Revisiones en Cáncer*. Vol. I, Editorial ARAN, Madrid 1995, 2ª edición. Pág. 299-336.
3. Salmeron C. J., Franco F. M., Salazar M. E., Lazcano P.C., *Panorama Epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1997;39:266-273.
4. Oñate O.L, Mondragón S.R., Ruiz M.J., Ochoa C.F., *Cáncer Gástrico*. Rev. Gastroenterol Mex. 1997; 62(3) : 160-166.
5. Alcántara V.A., Chanona V.J., Gómez R., Amancio O., Luna T.S. *Cáncer Gástrico e infección por Helicobacter Pylory*. Rev Med Hos Gen. 1997;60:60-65.
6. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Vol II, Editorial Interamericana, Madrid 1994, 13ª edición. Pág. 1589-1592.
7. Griffiths J. Margaret. *Ontología Básica*. Editorial la Prensa Médica, México 1993. Pág. 375-386
8. Gómez M., García C., *Gastroenterología*. Editorial Méndez. México 1996, Pág. 133-145
9. Muñoz N., Franceschi S., *Epidemiology of gastric cancer and perspectives for prevention*. Salud Pública de México. 1997;34:318-328.
10. Abreu M. L., *Gastroenterología*. Editorial Cervantes, México 1991. 5ª edición. Pág. 347-351.
11. Lawrence M., Tierney, Jr. Stephen, J. Macphee. *Diagnostico Clínico y Tratamiento*, 31 edición, Manual Moderno, 1996:548-549.
12. Oñate O. L., Crocifoglio A. V., Mondragón S. R., *Factores Pronósticos en 793 casos de cáncer gástrico en un centro de referencia oncológico*. Rev Gastroenterol Mex. 1999; 64:114-121
13. Cocco P., Ward M. H., Buratti E., *Occupational Risk for gastric cancer* Epidemiologic Reviews. 1995;18:218-229.
14. Garl L. Bongiovanni. *Manual de Gastroenterología* Clínica. Editorial Interamericana, México 1990. Pág 347-351
15. Hiloshie K., Kimio Yoshimura, Maruyama Keiichi, Sasaka Mitsuru. *Evaluación of the New International Union Against Cancer TNM Staging for Gastric Carcinoma*. Cancer. 2000; 88:1796-1799.
16. Shiraishi Novio, Inomata Masafumi, Osawa Naofumi, Yasuda Kazuhiro, Adochi Yosuke, Kitano Sergo . *Early and Late recurrence after gastrectomy por gastric carcinoma*. Cancer 2000; 89:255-261.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA 59

17. Estape J., Doménech M., *Enfermería y Cáncer*, Editorial Doyma, Barcelona 1992. Pág. 272-301
18. Vargas D. A., *Gastroenterología*, Editorial Interamericana, México 1990, Pág. 119-139
19. Almanza M. J., Monroy P.M., Bimbela A., Holland J., La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias. *Rev Sand Milit Mex* 1999; 53:336-344.
20. Macias M. C., Kuri M. P., *El Cáncer Gástrico y su relación con los estilos de vida*. *Gac Med mex* 1998; 134:115-118.
21. Marriner A. T., *Modelos y Teorías de Enfermería*, Editorial Mosby, 3ª edición Madrid 1999.
22. Alerio N.m., Lluch C. M., *Enfermería Psicosocial II* Salvat , España 1995:69-75,157-170
23. Wesley R. L. *Teorías y modelos de Enfermería* . Editorial Interamericana México 1995 ,2ª edición.
24. B.Kozier, G. Erb, K Blais *Conceptos y Teorías en la práctica de la enfermería* , 5ª ed. Vol I y II 1999. Ed. Interamericana:60-64,339-342
- Romero O. M., *El Proceso Enfermero. Desarrollo Cientif Enferm* 2000; 8 : 173-176
25. Ostiguin M.R., *Marcos y Modelos de Enfermería: una visión general*. *Desarrollo Cientif Enferm* 1999; 7: 274-275
26. Ibarra C. M., Yarza S. M., *Modelo de Atención de Enfermería del Grupo Angeles*, *Desarrollo Cient. Enfermería* 1999; 7:200-203.
27. Kresse M.C., *Cubrir las necesidades espirituales del paciente*. *Nursing* 1998; Noviembre:10

Bibliografía General

Abreu M. L., *Gastroenterología*. Editorial Cervantes, México 1991. 5ª edición. pág. 347-351.

Brunner y Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 7ª ed.. Vol I. Ed. Interamericana. 1995 pág. 961-972.

Chavez C. M., *¿ Por que Investigar?*, Desarrollo Cientif Enferm;8: 243-245

Cocco P., Ward M. H., Buratti E., *Occupational Risk for gastric cancer .Epidemiologic Reviews*. 1995;18:218-229.

Díaz R. E. *Revisiones en Cáncer*. Vol. I, Editorial ARAN, Madrid , 2ª edición. 1995, pág. 299-336.

Espino V. M., *Panorama nacional de la investigación en Enfermería*. Rev Enferm IMSS .1999;7: 63-67

Estape J., Doménech M., *Enfermería y Cáncer*, Editorial Doyma, Barcelona 1992. pág. 272-301

Fernández F. C., Novel M. G., Editorial Masson, España 1993. Pág.13-83.

Fleur L. Strand. *Fisiología Humana* , Editorial Interamericana México 1992. pág. 371.

Garl L. Bongiovanni. *Manual de Gastroenterología* Clínica. Editorial Interamericana, México 1990. Pág 347-351

Gómez M., García C., *Gastroenterología*. Editorial Méndez. México 1996, Pág. 133-145

Griffths J. Margaret. *Ontología Básica*. Editorial la Prensa Médica, México 1993. pág. 375-386

Hernández I. B., Alvarez M. R., Berdayes M., Torriente M., *Relación entre los modelos conceptuales experiencia cubana*. Desarrollo Cientif Enfer. 1999;1:9-11

Hiloshie K., Kimio Yoshimura, Maruyama K., Mitsuru. *Evaluación of the New International Union Against Cancer TNM Staging for Gastric Carcinoma*. Cancer. 2000; 88:1796-1799.

Ibarra C. M., Yarza S. M., *Modelo de Atención de Enfermería del Grupo Ángeles*, Desarrollo Cient. Enfermería 1999; 7;200-203.

Isselbacher K., Braunwald E., Wilson J. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Vol II, Editorial Interamericana, Madrid 1994, 13ª edición. pág. 1589-1592.

Kozier B., G Erb., K. Blais. *Conceptos y teorías en la práctica de la enfermería*. 2ª edición.1995. Ed Interamericana. pág.. 60-64,343-351.

Lockhart R.D. Hamilton G.F. *Anatomía Humana*. Editorial Interamericana Mexico 1995. Pág. 511-515

Logan T. R., *Modelo de Enfermería*. Editorial Interamericana Madrid 1999, 3ª edición.

Macias M. C., Kuri M. P., *El Cáncer Gástrico y su relación con los estilos de vida*. Gac Med mex 1998; 134:115-118.

Márquez F. F., Tesis , *Cáncer Gástrico y Factores de Riesgo ambientales* 1998. Pág. 1-7

Marriner A. T., *Modelos y Teorías de Enfermería*, Editorial Mosby, 3ª edición Madrid 1999.

Morán A.V.,*Modelos de Enfermería*. México 1993. Ed. Trillas.pág. 123-129,147-153.

Müggenburg R.V. M., *El Pregrado y la Formación de Investigación*. Desarrollo Cientif Enferm 1999; 7: 281-282

Muñoz N., Franceschi S., *Epidemiology of gastric cancer and perspectives for prevention*. Salud Pública de México.1997;34:318-328.

Oñate O. L., Crocifoglio A. V., Mondragón S. R., *Factores Pronósticos en 793 casos de cáncer gástrico en un centro de referencia oncológico*. Rev Gastroenterol Mex. 1999; 64:114-121

Oñate O.L. Mondragón S.R. *Cáncer Gástrico Artículo de revisión*.Rev. Gastroenterol Mex. 1997; 62(3) : 160-166

Ostiguin M.R., *Marcos y Modelos de Enfermería: una visión general*. Desarrollo Cientif Enferm 1999; 7: 274-275

Recordando a Virginia Henderson (1897-1996). Nursing 1996;5

Riopelle L., Grondin L., Phaneuh M., *Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Editorial Interamericana, México 1997, 1ª edición

Riopelle. *Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona*. 1ª edición 1997. Ed Interamericana.

Rodriguez J. S., *Estructuración de un Proyecto Institucionalizado para la Aplicación de un Modelo de Atención de Enfermería*. *Desarrollo Cientif Enferm*; 7: 39-43

Romero O. M., *El Proceso Enfermero*. *Desarrollo Cientif Enferm* 2000; 8 : 173-176

Salmeron C. J., Franco F. M., Salazar M. E., Lazcano P.C., *Panorama Epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. *Salud pública de México*. 1997;39:266-273.

Shiraishi Novio, Inomata Masafumi, Osawa Naofumi, Yasuda Kazuhiro, Adochi Yosuke, Kitano Sergo . *Early and Late recurrence after gastrectomy por gastric carcinoma*. *Cancer* 2000; 89:255-261.

Vargas D. A., *Gastroenterología*, Editorial Interamericana, México 1990, pág. 119-139

Walsh M.B.. *El proceso de Enfermería*. 1982 Madrid. Ed.Alambra. pág.. 81-90.

Wesley R. L. *Teorías y modelos de Enfermería* . Editorial Interamericana México 1995 ,2ª edición.

Cuadro 1. Distribución de la población según características generales
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
GENERO		
Femenino	92	51.1
Masculino	88	48.9
Grupo de edad		
26-40	19	10.6
41-45	17	9.4
46-50	15	8.3
51-60	40	22.2
61-65	28	15.6
66-70	27	15
71-90	34	18.9
Escolaridad		
Primaria completa	49	27.2
Primaria incompleta	47	26.1
Secundaria	32	17.8
Analfabetas	19	10.6
Técnico	9	5
Preparatoria	8	4.4
Lic. Incompleta	7	3.9
Lic. Completa	6	3.3
Posgrado	3	1.7
Religión		
Católico	157	87.2
Creyente	11	6.1
Evangélica	7	3.9
Otra	3	1.7
Testigo Jehová	2	1.1
Estado Civil		
Casados	123	68.3
Viudos	33	18.3
Solteros	13	7.2
Divorciados	7	3.9
Unión Libre	4	2.2
Ocupación actual		
Ama de casa	56	31.1
Sin ocupación	55	30.6
Jubilado	36	20
Comerciante	17	9.4
Empleado	11	6.1
Profesionista	4	2.2
Campesino	1	0.6
Ocupación anterior		
Comerciante y trabajo por su cuenta	84	46.7
Algún tipo oficio	44	24.4
Empleado	31	17.2
Ama de casa	9	5
Campesino	8	4.4
Profesionista	4	2.2

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

**Cuadro 2. Distribución de la población según características de la vivienda
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		
Propia	126	70.0
Rentada	29	16.1
Prestada	25	13.9
TIPO DE TECHO		
Loza	160	88.9
Asbesto o acero	10	5.6
Lamina	9	5.0
Teja o madera	1	0.6
TIPO DE PISO		
Loseta	86	47.8
Cemento	80	44.4
Parquet o mármol	8	4.4
Tierra	6	3.3
SERVICIOS BÁSICOS		
Si	177	98.3
No	3	1.7
MIEMBROS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR		
Solo hijos	57	31.7
Solo él o ella	50	27.8
Solo Cónyuge	34	18.9
Él e hijos	23	12.8
Hermanos	9	5.0
Papás	5	2.8
Otros	2	1.1
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
bajo	75	41.7
medio	61	33.9
alto	44	24.4

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS

N=180 Pacientes

Cuadro 3. Distribución de la población según datos de su patología
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
Tiempo de padecimiento		
Menos de 1 mes y 2 meses	66	36.7
Entre 3 y 6 meses	53	29.4
De 7 a 12 meses	30	16.7
De 13 meses a 2 años	21	7.9
Más de 2 años hasta 6 años	10	5.7
Registro Histopatológico		
Adenocarcinoma poco diferenciado difuso con células en anillo de sello	54	30.0
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo intestinal	33	18.3
Adenocarcinoma infiltrante con células en anillo de sello	21	11.7
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado	19	10.6
Carcinoma	19	10.6
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con células en anillo de sello	18	10.0
Adenocarcinoma poco diferenciado difuso ulcerado	16	8.9
Peso perdido		
10 a 15 kg	58	32.2
16 a 20 kg	33	18.4
6 a 9 kg	29	16.0
2 a 5 kg	25	13.9
21 a 30 kg	19	10.6
33 a 48 kg	9	5.2
Sin pérdida	7	3.9
Pacientes que fueron hospitalizados en algún momento de su padecimiento		
SI	120	66.7
NO	60	33.3
Cirugía		
SI	105	58.3
NO	75	41.7
Tipo de cirugía		
Sin Cirugía	75	41.7
Gastrectomía Subtotal	53	29.4
Laparotomía Exploradora	29	16.1
Gastrectomía Total	23	12.8
Estado de Actividad "Escala de Karnofsky"		
(60) Requiere a veces de ayuda, pero es capaz de atender a la mayoría de sus necesidades.	52	28.9
(80) Actividad normal con esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad	40	22.2
(70) Cuida de sí mismo; incapaz de llevar a cabo sus actividades normales o de desempeñar un trabajo activo	38	21.1
(90) Capaz de llevar a cabo su actividad normal; signos o síntomas menores de enfermedad	21	11.7
(50) Requiere de considerable ayuda y frecuente atención médica	18	10.0
(40) Incapacitado requiere especial atención y ayuda	8	4.4
(30) Gravemente incapacitado, requiere hospitalización aunque la muerte no es inminente	3	1.7

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

Cuadro 4. Distribución de la población según actitudes y efectos causados por el padecimiento "Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico" y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

Variabla	Número	%
Pensamiento sobre el Cáncer Gástrico		
Le origina sufrimiento y angustia	65	36.1
Incluye sacrificios y inconvenientes	31	17.2
Enfermedad incurable	29	16.1
Es una enfermedad como cualquier otra	22	12.2
Disminuye sus expectativas de vida	13	7.2
No le gusta que le digan el enfermo de cáncer	10	5.6
Riesgo permanente de complicaciones	8	4.4
Enfermedad que atenta contra la estabilidad familiar	2	1.1
Pérdida de interés en las actividades diarias		
NO	99	55
SI	81	45
Manera en que afectó está enfermedad en su vida diaria		
Ninguna	45	25
No tiene ganas de nada	41	22.8
No tiene fuerzas	38	21.1
Dejó trabajo o escuela	32	17.8
No le dejan hacer nada	24	13.3
Pacientes que refirieron sentir fatiga		
SI	140	77.8
NO	40	22.2
Cambios en el estado de ánimo a partir de su diagnóstico		
Completamente	54	30
Mucho	46	25.6
Poco	40	22.2
Nada	23	12.8
Medianamente	17	9.4
Cambio de Planes a Futuro		
Nunca hizo planes	49	27.2
Algunos cambiaron	48	26.7
Ninguno cambió	44	24.4
Todos cambiaron	39	21.7
Se siente desilusionado		
NO	143	79.4
SI	37	20.6
Pena de tener cáncer		
NO	166	92.2
SI	14	7.8

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS
N=180 Pacientes

**Cuadro 5. Distribución de la población según participación del familiar
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico
y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
Reacción de la familia ante la enfermedad		
Apoyo y comprensión	172	95.0
Más preocupación que el mismo	5	3.3
Indiferencia y desagrado	3	1.7
Familiar que se encarga con mas frecuencia de su cuidado		
Cónyuge	73	40.6
Hija	56	31.1
Hijo	22	12.2
Hermana	11	6.1
Otros	11	6.1
Mamá	5	2.8
Hermano	1	0.6
Papá	1	0.6
Participación de la Familia en el cuidado del paciente		
Lo motivan para mejorar su estado de ánimo	28	15.6
Se turnan para su cuidado	15	8.3
Vigilan la toma de los medicamentos	9	5.0
No hay participación	5	2.8
Todas las anteriores	123	68.3
Alteración de los papeles dentro de la familia debido al diagnóstico		
Ninguno cambió	145	80.6
Se turnaban para faltar al trabajo	24	13.3
Ambiente de tristeza y preocupación en la familia	11	6.1
Percepción de su relación con su familia		
Muy buena	93	51.7
Buena	71	39.4
Regular	13	7.2
Mala	3	1.7

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

**Cuadro 6. Distribución de la población según participación del personal de salud
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
Orientación a él o al familiar sobre los cuidados a amerita su padecimiento		
NO	119	66.1
SI	61	33.9
Personal que dio información		
Sin información	119	66.1
Médico	39	21.7
Enfermera	10	5.6
Otros (familiares, internert, amigos)	8	4.4
Trabajadora social	4	2.2
Personal que brindó mejor atención		
Todos	159	88.3
Médico	12	6.7
Enfermera	5	2.8
Trabajadora social	4	2.2
Atención brindada por el personal de salud		
Muy buena	77	42.8
Buena	50	27.8
Excelente	37	20.6
Regular	10	5.6
Muy mala	3	1.7
Mala	3	1.7
Personal que mostró más interés en el tratamiento		
Todos	131	72.8
Médico	35	19.4
Enfermera	9	5.0
Dietista	5	2.8

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

**Cuadro 7. Distribución de la población según características del familiar acompañante
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

Variable	Número	%
Pacientes acompañados por algún familiar		
SI	165	91.7
NO	15	8.3
Genero		
Femenino	120	66.7
Masculino	45	25.0
Sin familiar	15	8.3
Relación de parentesco del acompañante con el paciente		
Cónyuge	54	32.7
Hija	50	30.3
Hijo	21	12.7
Otros	16	9.7
Hermana	15	9.1
Mamá	3	1.8
Papá	3	1.8
Nietos	2	1.2
Hermano	1	0.6
Escolaridad del familiar del Paciente		
Primaria	52	31.5
Secundaria	36	21.8
Licenciatura	27	16.4
Bachillerato	26	15.8
Técnico	14	8.5
Analfabeta	8	4.8
Posgrado	2	1.2
Ocupación del familiar		
Ama de casa	71	43
Empleado	32	19.4
Comerciante	29	17.6
Profesionista	21	12.7
Jubilado	8	4.8
Estudiante	4	2.4

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=165 Familiares entrevistados

Cuadro N. 8a Distribución de la Población según percepción de necesidades Biológicas del paciente por edad y género
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Orientación para su adecuada alimentación				
Femenino				
26-49			5	25
49.5-59.5	1		1	20
60-68.5				21
69-90			1	18
	1		7	84
Masculino				
26-49		1	3	11
49.5-59.5			2	16
60-68.5			5	23
69-90	1		3	23
	1	1	13	73
Saber los cuidados de las sondas a derivación				
Femenino				
26-49	4	1	10	15
49.5-59.5	2	2	2	16
60-68.5	2	3	4	12
69-90	2	2	3	12
Masculino				
26-49	4	2	2	7
49.5-59.5	4		2	12
60-68.5	1	3	9	15
69-90	6	4	1	16
	15	9	14	50
Poder conciliar el sueño y descansar				
Femenino				
26-49			3	27
49.5-59.5	2		1	19
60-68.5		1	1	19
69-90			2	17
	2	1	7	82
Masculino				
26-49	2		2	11
49.5-59.5			1	17
60-68.5		1	8	19
69-90			1	26
	2	1	12	73
Desplazarse con facilidad en el interior de su casa sin riesgos				
Femenino				
26-49	1		13	16
49.5-59.5	1		4	17
60-68.5		3	4	14
69-90	1	1	4	13
Masculino				
26-49	3	3	2	7
49.5-59.5	2		3	13
60-68.5		2	9	17
69-90	1	2	8	16
	6	7	22	53

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

Cuadro N. 8b Distribución de la Población según percepción de necesidades Biológicas del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Poder salir al exterior de su casa sin riesgos				
Femenino				
26-49	1		12	17
49.5-59.5	1	1	5	15
60-68.5		3	4	14
69-90	1	1	5	12
	3	5	26	58
Masculino				
26-49	2	4	2	7
49.5-59.5	2		2	14
60-68.5		2	11	15
69-90	2	2	9	14
	6	8	24	50
Recuperar el peso perdido				
Femenino				
26-49	8	4	4	14
49.5-59.5	5	5	1	11
60-68.5	4	3	4	10
69-90	5	2	3	9
	22	14	12	44
Masculino				
26-49	3	5	2	5
49.5-59.5	4	3	2	9
60-68.5	7	6	7	8
69-90	8	7	7	5
	22	21	18	27
Comer y beber normalmente				
Femenino				
26-49		1	2	27
49.5-59.5	1	1		20
60-68.5		4	2	15
69-90	1	1	5	12
	2	7	9	74
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5	1		2	15
60-68.5	1		8	19
69-90		2	4	21
	2	3	15	68
Orientación sobre el cuidado de los signos y síntomas postcirugía				
Femenino				
26-49		1	6	23
49.5-59.5	2	1	5	14
60-68.5	1	1	4	15
69-90	1	1	4	13
	4	4	19	65
Masculino				
26-49	1		5	9
49.5-59.5	1	1	1	15
60-68.5		2	6	20
69-90	1	3	6	17
	3	6	18	61

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

Cuadro N. 8c Distribución de la Población según percepción de necesidades Biológicas del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
En caso de ser operado, saber los cuidados de la herida				
Femenino				
26-49	6	2	3	19
49.5-59.5	1	1	4	16
60-68.5	2	1	7	11
69-90	1	2	3	13
	10	6	17	59
Masculino				
26-49	3	1	3	8
49.5-59.5	2			16
60-68.5	2	2	8	16
69-90	4	2	7	14
	11	5	18	54
Estar limpio y fresco todos los días				
Femenino				
26-49	1	2	3	24
49.5-59.5				22
60-68.5		3	4	14
69-90	1		2	16
	2	5	9	76
Masculino				
26-49	1	2	2	10
49.5-59.5			4	14
60-68.5		1	11	16
69-90		2	4	21
	1	5	21	61
Tener una temperatura normal y respirar bien				
Femenino				
26-49			1	29
49.5-59.5				22
60-68.5		2	2	17
69-90			2	17
		2	5	85
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5		1	1	16
60-68.5			6	22
69-90			3	24
		2	11	75
No tener dolores				
Femenino				
26-49				30
49.5-59.5				22
60-68.5				21
69-90				19
				92
Masculino				
26-49			1	14
49.5-59.5				18
60-68.5			1	27
69-90				27
			2	86

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

Cuadro N. 9a Distribución de la Población según percepción de necesidades Sociales del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada Importante	Poco Importante	Importante	Muy Importante
Volver a relacionarse con los amigos				
Femenino				
26-49	6	5	7	12
49.5-59.5	6	4	4	8
60-68.5	3	4	3	11
69-90	9	2	2	6
	24	15	16	37
Masculino				
26-49	3	1	2	9
49.5-59.5	4	1	1	12
60-68.5	2	5	11	10
69-90	8	3	6	10
	17	10	20	41
Tener contacto mas estecho con la familia				
Femenino				
26-49		3	5	22
49.5-59.5	1		3	18
60-68.5	1	1	1	18
69-90		1	5	13
	2	5	14	71
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5			3	15
60-68.5	1	1	8	18
69-90			5	22
	1	2	17	68
Capacidad para realizar las actividades de trabajo				
Femenino				
26-49	3	6	6	15
49.5-59.5	6	5	9	2
60-68.5	8	6	5	2
69-90	7	5	4	3
	24	22	24	22
Masculino				
26-49	1		2	12
49.5-59.5			1	17
60-68.5	1	4	7	16
69-90	10	5	6	6
	12	9	16	51
Capacidad para realizar las actividades del hogar				
Femenino				
26-49	4	4	5	17
49.5-59.5	1	1	5	15
60-68.5	1	7	5	8
69-90	5	4	6	4
	11	16	21	44
Masculino				
26-49	11	1	2	1
49.5-59.5	10	7		1
60-68.5	15	8	3	2
69-90	10	9	5	3
	46	25	10	7

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología c
N=180 Pacientes

Cuadro N. 9b Distribución de la Población según percepción de necesidades Sociales del paciente por edad y género
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	importante	Muy importante
Usar ropa adecuada para cada ocasión				
Femenino				
26-49	7	6	3	14
49.5-59.5	1	2	8	11
60-68.5	2	4	10	5
69-90	9	1	2	7
	19	13	23	37
Masculino				
26-49	2	2	4	7
49.5-59.5	4	5	2	7
60-68.5	2	6	10	10
69-90	5	6	6	10
	13	19	22	34
Poder valerse por sí mismo sin depender de nadie				
Femenino				
26-49	1	1	3	25
49.5-59.5		1	3	18
60-68.5		2	2	17
69-90	1		4	14
	2	4	12	74
Masculino				
26-49		1	2	12
49.5-59.5	1		1	16
60-68.5		2	8	18
69-90	1	1	4	21
	2	4	15	67
Ayudar en la economía de la casa ***				
Femenino				
26-49	3	2	8	17
49.5-59.5	4	2		16
60-68.5	6	4	3	8
69-90	8	3	1	7
	21	11	12	48
Masculino				
26-49			4	11
49.5-59.5	2	2		14
60-68.5		4	7	17
69-90	6	3	5	13
	8	9	16	55
No sentirse rechazado				
Femenino				
26-49	2	2	6	20
49.5-59.5	2		1	19
60-68.5	2	3	3	13
69-90	2	1	2	14
	8	6	12	66
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5		1	3	14
60-68.5		2	7	19
69-90	1	2	1	23
	1	6	12	69

FUENTE: Encuesta realizada en CMN ciclo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

Cuadro N. 9c Distribución de la Población según percepción de necesidades Sociales del paciente por edad y género
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Recuperar su apariencia, feminidad o masculinidad				
Femenino				
26-49	5	5	2	14
49.5-59.5	7	1	2	12
60-68.5	2	6	6	7
69-90	9	2	2	6
	23	14	16	39
Masculino				
26-49	2	1	3	9
49.5-59.5	4	3	5	6
60-68.5		3	14	11
69-90	5	3	13	6
	11	10	35	32

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.
 N=180 Pacientes

Cuadro N. 10a Distribución de la Población según percepción de necesidades psicológicas del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Realizar sus actividades Religiosas ***				
Femenino				
26-49		1	11	18
49.5-59.5		1	3	18
60-68.5		1	2	18
69-90			1	18
		3	17	72
Masculino				
26-49	2	5	5	3
49.5-59.5	2	6	9	1
60-68.5	1	4	13	10
69-90	1	2	7	17
	6	17	34	31
Rezar para enfrentar tiempos difíciles				
Femenino				
26-49	1	2	9	18
49.5-59.5	2	1	4	15
60-68.5		2	1	18
69-90		1	1	17
	3	6	15	68
Masculino				
26-49	2	4	4	5
49.5-59.5	1	5	6	6
60-68.5	2	3	9	14
69-90	3	1	12	11
	8	13	31	36
Recuperar la fe en sí mismo				
Femenino				
26-49	1	3	11	15
49.5-59.5	1		4	17
60-68.5	1		8	12
69-90	2	3	5	9
	5	6	28	53
Masculino				
26-49	3		5	7
49.5-59.5	1	2	4	11
60-68.5	4	2	9	13
69-90	1	2	11	13
	9	6	29	44
Recuperar la fe en los demás				
Femenino				
26-49	1	5	9	15
49.5-59.5	1		6	15
60-68.5	2		7	12
69-90	2	3	6	8
	6	8	28	50
Masculino				
26-49	3		5	7
49.5-59.5	1	2	6	9
60-68.5	3	3	6	16
69-90	1	2	12	12
	8	7	29	44

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS
N=180 Pacientes

Cuadro N. 10b Distribución de la Población según percepción de necesidades psicológicas del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Tener interés en el aspecto sexual ***				
Femenino				
26-49	7	7	11	5
49.5-59.5	9	7	5	1
60-68.5	17	3	1	
69-90	16	2		1
	49	19	17	7
Masculino				
26-49	1	2	1	11
49.5-59.5	3	1	9	5
60-68.5	4	9	9	6
69-90	19	3	4	1
	27	15	23	23
Poder mejorar el estado de ánimo				
Femenino				
26-49	1	1	5	23
49.5-59.5	3			19
60-68.5		1	2	18
69-90	1	1	3	14
	5	3	10	74
Masculino				
26-49			4	11
49.5-59.5			5	13
60-68.5	3	2	3	20
69-90	1	1	3	22
	4	3	15	66
No ser sentirse como un cargo para la familia				
Femenino				
26-49		1	2	27
49.5-59.5	2		1	19
60-68.5		1		20
69-90	1		1	17
	3	2	4	83
Masculino				
26-49	1	1	3	10
49.5-59.5			2	16
60-68.5		1	3	24
69-90			1	26
	1	2	9	76
Recuperar su seguridad				
Femenino				
26-49		2	3	25
49.5-59.5	1		3	18
60-68.5	1		3	17
69-90			2	17
	2	2	11	77
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5			2	16
60-68.5		2	4	22
69-90	2		1	24
	2	3	8	75

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.
N=180 Pacientes

Cuadro N. 10c Distribución de la Población según percepción de necesidades psicológicas del paciente por edad y género

"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Sentirse en un ambiente seguro				
Femenino				
26-49		2	1	27
49.5-59.5	1		3	18
60-68.5	2		3	16
69-90		1	1	17
	3	3	8	78
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5		1	2	15
60-68.5			6	22
69-90			2	25
		2	11	75
Recuperar la independencia				
Femenino				
26-49		1	1	28
49.5-59.5		1		21
60-68.5		1	1	19
69-90				19
		3	2	87
Masculino				
26-49		1	2	12
49.5-59.5			2	16
60-68.5			2	26
69-90	2			25
	2	1	6	79
Amar a los que lo rodean y sentirse amado				
Femenino				
26-49		2	28	30
49.5-59.5		2	20	22
60-68.5		1	20	21
69-90			19	19
		5	87	92
Masculino				
26-49		2	13	15
49.5-59.5			18	18
60-68.5		2	26	28
69-90			27	27
		4	84	88
No sentirse solo				
Femenino				
26-49			2	28
49.5-59.5	1		1	20
60-68.5	1		1	19
69-90				19
	2		4	86
Masculino				
26-49		1	1	13
49.5-59.5				18
60-68.5			4	24
69-90				27
		1	5	82

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

N=180 Pacientes

**Cuadro N.11 "Distribución de la Población según percepción de necesidades Biológicas, Sociales y Psicológicas del paciente
"Percepción de necesidades basicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

NECESIDADES BIOLÓGICAS

No tener dolores	0	0	0	0	2	1.1	178	98.9
Tener una temperatura normal y respirar bien	0	0	4	2.2	16	8.9	160	88.9
Orientación para su adecuada alimentación	2	1.1	1	0.6	20	11.1	157	87.2
Que lo apoye para que pueda conciliar el sueño y descansar	4	2.2	2	1.1	19	10.6	155	86.1
Comer y beber normalmente	4	2.2	10	5.6	24	13.3	142	78.9
Estar limpio y fresco todos los días	3	1.7	10	5.6	30	16.7	137	76.1
Orientación sobre el cuidado de los signos y síntomas postcirugía	7	3.9	10	5.6	37	20.6	126	70.0
Orientación sobre el cuidado de la herida en caso cirugía	21	11.7	11	6.1	35	19.4	113	62.8
Podor desplazarse en el interior de su casa sin riesgos	9	5.0	11	6.1	47	26.1	113	62.8
Podor salir al exterior de su casa sin riesgos	9	5.0	13	7.2	50	27.8	108	60.0
Sabor los cuidados de las sondas a derivación	25	13.9	17	9.4	33	18.3	105	58.3
Recuperar el peso perdido	44	24.4	35	19.4	30	16.7	71.0	39.4

NECESIDADES SOCIALES

Podor valerse por si mismo sin depender de nadie	4	2.2	8	4.4	27	15.0	141	78.3
Tenór contacto mas estecho con la familia	3	1.7	7	3.9	31	17.2	139	77.2
No sentirse rechazado	9	5.0	12	6.7	24	13.3	135	75.0
Ayudar en la economía de la casa	29	16.1	20	11.1	28	15.6	103	57.2
Volver a relacionarse con los amigos	41	22.8	25	13.9	36	20.0	78	43.3
Capacidad para realizar las actividades de trabajo	36	20.0	31	17.2	40	22.2	73	40.6
Usar ropa adecuada para cada ocasión	32	17.8	32	17.8	45	25.0	71	39.4
Recuperar su apariencia, feminidad y masculinidad	34	18.9	24	13.3	51	28.3	71	39.4
Capacidad para realizar las actividades del hogar	57	31.7	41	22.8	31	17.2	51	28.3

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

Amar a los que lo rodean y sentirse amado	0	0	0	0	9	5.0	171	95.0
No sentirse solo	2	1.1	1	0.6	9	5.0	168	93.3
Recuperar la independencía	2	1.1	4	2.2	8	4.4	166	92.2
No ser sentirse como un cargo para la familia	4	2.2	4	2.2	13	7.2	159	88.3
Sentirse en un ambiente seguro	3	1.7	5	2.8	19	10.6	153	85.0
Recuperar su seguridad	4	2.2	5	2.8	19	10.6	152	84.4
Poder mejorar el estado de ánimo	9	5.0	6	3.3	25	13.9	140	77.8
Rezar para enfrentar tiempos difíciles	11	6.1	19	10.6	46	25.6	104	57.8
Realizar sus actividades Religiosas	6	3.3	20	11.1	51	28.3	103	57.2
Recuperar la fe en sí mismo	14	7.8	12	6.7	57	31.7	97	53.9
Recuperar la fe en los demas	14	7.8	15	8.3	57	31.7	94	52.2
Tener Interes en el aspecto sexual	76	42.2	34	18.9	40	22.2	30	16.7

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.
N=180 Pacientes

**Cuadro N.12 "Distribución de la Población según percepción de necesidades Biológicas, Sociales y Psicológicas del familiar"
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-Junio 2001

NECESIDADES BIOLÓGICAS

No tener dolores	0	0	0	0	3	1.8	162	98.2
Tener una temperatura normal y respirar bien	0	0	0	0	9	5.5	156	94.5
Comer y beber normalmente	0	0	0	0	10	6.1	155	93.9
Orientación para su adecuada alimentación	0	0	0	0	10	6.1	155	93.9
Que lo apoye para que pueda conciliar el sueño y descansar	0	0	0	0	17	10.3	148	89.7
Estar limpio y fresco todos los días	0	0	0	0	22	13.3	143	86.7
Orientación sobre el cuidado de los signos y síntomas postcirugía	0	0	6	3.6	23	13.9	136	82.4
Orientación sobre el cuidado de la herida en caso cirugía	4	2.4	6	3.6	20	12.1	135	81.8
Poder desplazarse en el interior de su casa sin riesgos	0	0	3	1.8	31	18.8	131	79.4
Poder salir al exterior de su casa sin riesgos	0	0	3	1.8	31	18.8	131	79.4
Saber los cuidados de las sondas a derivación	0	0	3	1.8	44	26.7	118	71.5
Recuperar el peso perdido	22	13.3	17	10.3	33	20.0	93	56.4

	Nada importante		Poco importante		Importante		Muy importante	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No tener dolores	0	0	0	0	3	1.8	162	98.2
Tener una temperatura normal y respirar bien	0	0	0	0	9	5.5	156	94.5
Comer y beber normalmente	0	0	0	0	10	6.1	155	93.9
Orientación para su adecuada alimentación	0	0	0	0	10	6.1	155	93.9
Que lo apoye para que pueda conciliar el sueño y descansar	0	0	0	0	17	10.3	148	89.7
Estar limpio y fresco todos los días	0	0	0	0	22	13.3	143	86.7
Orientación sobre el cuidado de los signos y síntomas postcirugía	0	0	6	3.6	23	13.9	136	82.4
Orientación sobre el cuidado de la herida en caso cirugía	4	2.4	6	3.6	20	12.1	135	81.8
Poder desplazarse en el interior de su casa sin riesgos	0	0	3	1.8	31	18.8	131	79.4
Poder salir al exterior de su casa sin riesgos	0	0	3	1.8	31	18.8	131	79.4
Saber los cuidados de las sondas a derivación	0	0	3	1.8	44	26.7	118	71.5
Recuperar el peso perdido	22	13.3	17	10.3	33	20.0	93	56.4

NECESIDADES SOCIALES

No sentirse rechazado	0	0	0	0	23	13.3	142	86.1
Tener contacto más estrecho con la familia	0	0	0	0	30	17.6	135	81.8
Poder valerse por sí mismo sin depender de nadie	0	0	0	0	54	32.7	111	67.3
Recuperar su apariencia, feminidad y masculinidad	26	15.8	20	12.1	42	25.5	77	46.7
Volver a relacionarse con los amigos	36	21.8	20	12.1	34	20.6	75	45.5
Usar ropa adecuada para cada ocasión	32	19.4	31	18.8	36	21.8	66	40.0
Capacidad para realizar las actividades de trabajo	44	26.7	27	16.4	32	19.4	62	37.6
Capacidad para realizar las actividades del hogar	40	24.2	36	21.8	41	24.8	48	29.1
Ayudar en la economía de la casa	68	41.2	31	18.8	32	19.4	34	20.6

No sentirse rechazado	0	0	0	0	23	13.3	142	86.1
Tener contacto más estrecho con la familia	0	0	0	0	30	17.6	135	81.8
Poder valerse por sí mismo sin depender de nadie	0	0	0	0	54	32.7	111	67.3
Recuperar su apariencia, feminidad y masculinidad	26	15.8	20	12.1	42	25.5	77	46.7
Volver a relacionarse con los amigos	36	21.8	20	12.1	34	20.6	75	45.5
Usar ropa adecuada para cada ocasión	32	19.4	31	18.8	36	21.8	66	40.0
Capacidad para realizar las actividades de trabajo	44	26.7	27	16.4	32	19.4	62	37.6
Capacidad para realizar las actividades del hogar	40	24.2	36	21.8	41	24.8	48	29.1
Ayudar en la economía de la casa	68	41.2	31	18.8	32	19.4	34	20.6

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

No sentirse solo	0	0	0	0	4	2.4	161	97.6
Amar a los que lo rodean y sentirse amado	0	0	0	0	9	5.5	156	94.5
Recuperar su seguridad	0	0	0	0	13	7.9	152	92.1
Sentirse en un ambiente seguro	0	0	0	0	13	7.9	152	92.1
No ser sentirse como un cargo para la familia	0	0	0	0	17	10.3	148	89.7
Poder mejorar el estado de ánimo	0	0	0	0	19	11.5	146	88.5
Recuperar la independencia	0	0	0	0	21	12.7	144	87.3
Recuperar la fe en sí mismo	0	0	0	0	34	20.6	131	79.4
Recuperar la fe en los demás	0	0	0	0	41	24.8	124	75.2
Rezar para enfrentar tiempos difíciles	6	3.6	13	7.9	49	29.7	97	58.8
Realizar sus actividades Religiosas	5	3.0	19	11.5	50	30.3	91	55.2
Tener interés en el aspecto sexual	77	46.7	23	13.9	38	23.0	27	16.4

No sentirse solo	0	0	0	0	4	2.4	161	97.6
Amar a los que lo rodean y sentirse amado	0	0	0	0	9	5.5	156	94.5
Recuperar su seguridad	0	0	0	0	13	7.9	152	92.1
Sentirse en un ambiente seguro	0	0	0	0	13	7.9	152	92.1
No ser sentirse como un cargo para la familia	0	0	0	0	17	10.3	148	89.7
Poder mejorar el estado de ánimo	0	0	0	0	19	11.5	146	88.5
Recuperar la independencia	0	0	0	0	21	12.7	144	87.3
Recuperar la fe en sí mismo	0	0	0	0	34	20.6	131	79.4
Recuperar la fe en los demás	0	0	0	0	41	24.8	124	75.2
Rezar para enfrentar tiempos difíciles	6	3.6	13	7.9	49	29.7	97	58.8
Realizar sus actividades Religiosas	5	3.0	19	11.5	50	30.3	91	55.2
Tener interés en el aspecto sexual	77	46.7	23	13.9	38	23.0	27	16.4

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.
N=165 Familiares acompañantes

Cuadro No.13 Distribución de la Población según
 percepción de necesidades Biológicas, Sociales y Psicológicas del paciente y del familiar
 "Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"

Marzo-Junio 2001

VARIABLE	Nada importante		Poco importante				Importante				Muy importante					
	paciente		familiar		paciente		familiar		paciente		familiar		paciente		familiar	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NECESIDADES BIOLÓGICAS																
Orientación para su adecuada alimentación	2	1.1	0	0	1	0.6	0	0	20	11.1	10	6.1	157	87.2	155	93.9
Saber los cuidados de las sondas a derivación	25	13.9	0	0	17	9.4	3	1.8	33	18.3	44	26.7	105	58.3	118	71.5
Que lo apoye para que pueda conciliar el sueño y descansar	4	2.2	0	0	2	1.1	0	0	19	10.6	17	10.3	155	86.1	148	89.7
Poder desplazarse en el interior de su casa sin riesgos	9	5.0	0	0	11	6.1	3	1.8	47	26.1	31	18.8	113	62.8	131	79.4
Poder salir al exterior de su casa sin riesgos	9	5.0	0	0	13	7.2	3	1.8	50	27.8	31	18.8	108	60.0	131	79.4
Recuperar el peso perdido	44	24.4	22	13.3	35	19.4	17	10.3	30	16.7	33	20.0	71	39.4	93	56.4
Comer y beber normalmente	4	2.2	0	0	10	5.6	0	0	24	13.3	10	6.1	142	78.9	155	93.9
Orientación sobre el cuidado de los signos y síntomas postcirugía	7	3.9	0	0	10	5.6	6	3.6	37	20.6	23	13.9	126	70.0	136	82.4
Orientación sobre el cuidado de la herida en caso cirugía	21	11.7	4	2.4	11	6.1	6	3.6	35	19.4	20	12.1	113	62.8	135	81.8
Estar limpio y fresco todos los días	3	1.7	0	0	10	5.6	0	0	30	16.7	22	13.3	137	76.1	143	86.7
Tener una temperatura normal y respirar bien	0	0	0	0	4	2.2	0	0	16	8.9	9	5.5	160	88.9	156	94.5
No tener dolores	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.1	3	1.8	178	98.9	162	98.2
NECESIDADES SOCIALES																
Volver a relacionarse con los amigos	41	22.8	36	21.8	25	13.9	20	12.1	36	20.0	34	20.6	78	43.3	75	45.5
Tener contacto mas estrecho con la familia	3	1.7	0	0	7	3.9	0	0	31	17.2	30	17.6	139	77.2	135	81.8
Capacidad para realizar las actividades de trabajo	36	20	44	26.7	31	17.2	27	16.4	40	22.2	32	19.4	73	40.6	62	37.6
Capacidad para realizar las actividades del hogar	57	31.7	40	24.2	41	22.8	36	21.8	31	17.2	41	24.8	51	28.3	48	29.1
Usar ropa adecuada para cada ocasión	32	17.8	32	19.4	32	17.8	31	18.8	45	25.0	36	21.8	71	39.4	66	40.0
Poder valerse por si mismo sin depender de nadie	4	2.2	0	0	8	4.4	0	0	27	15.0	54	32.7	141	78.3	111	67.3
Ayudar en la economía de la casa	29	16.1	68	41.2	20	11.1	31	18.8	28	15.6	32	19.4	103	57.2	34	20.6
No sentirse rechazado	9	5	0	0	12	6.7	0	0	24	13.3	23	13.3	135	75.0	142	86.1
Recuperar su apariencia, feminidad y masculinidad	34	18.9	28	15.8	24	13.3	20	12.1	51	28.3	42	25.5	71	39.4	77	46.7
NECESIDADES PSICOLÓGICAS																
Realizar sus actividades Religiosas	6	3.3	5	3	20	11.1	19	11.5	51	28.3	50	30.3	103	57.2	91	55.2
Rezar para enfrentar tiempos difíciles	11	6.1	6	3.6	19	10.6	13	7.9	46	25.6	49	29.7	104	57.8	97	58.8
Recuperar la fe en si mismo	14	7.8	0	0	12	6.7	0	0	57	31.7	34	20.6	97	53.9	131	79.4
Recuperar la fe en los demás	14	7.8	0	0	15	8.3	0	0	57	31.7	41	24.8	94	52.2	124	75.2
Tener interés en el aspecto sexual	76	42.2	77	46.7	34	18.9	23	13.9	40	22.2	38	23.0	30	16.7	27	16.4
Poder mejorar el estado de ánimo	9	5	0	0	6	3.3	0	0	25	13.9	19	11.5	140	77.8	146	88.5
No ser sentirse como un cargo para la familia	4	2.2	0	0	4	2.2	0	0	13	7.2	17	10.3	159	88.3	148	89.7
Recuperar su seguridad	4	2.2	0	0	5	2.8	0	0	19	10.6	13	7.9	152	84.4	152	92.1
Sentirse en un ambiente seguro	3	1.7	0	0	5	2.8	0	0	19	10.6	13	7.9	153	85.0	152	92.1
Recuperar la independencia	2	1.1	0	0	4	2.2	0	0	8	4.4	21	12.7	166	92.2	144	87.3
Amar a los que lo rodean y sentirse amado	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5.0	9	5.5	171	95.0	156	94.5
No sentirse solo	2	1.1	0	0	1	0.6	0	0	9	5.0	4	2.4	168	93.3	161	97.6

Nota: 180 pacientes entrevistados y 165 familiares acompañantes de dichos pacientes

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

**Cuadro 14. Distribución de la población según participación del personal de enfermería en hospitalización
"Percepción de necesidades básicas del paciente con cáncer gástrico"
gástrico y su familiar a cargo de su cuidado"**

Marzo-julio 2001

VARIABLE	Nunca		Rara vez		Muchas veces		Siempre	
		%		%		%		%
Estuvo al pendiente del cuidado de los catéteres o sondas	5	4.2	5	4.2	17	14.2	93	77.5
Estaba al pendiente de su estado de ánimo	0	0.0	6	5.0	23	19.2	91	75.8
Conversaba con usted amablemente	3	2.5	11	9.2	17	14.2	89	74.2
Acudía cuando usted se lo solicitaba	0	0.0	6	5.0	34	28.3	80	66.7
Estaba al pendiente de que se sintiera cómodo y dolor	7	5.8	5	4.2	28	23.3	80	66.7
Lo motivaba cada día para ayudarlo a mejorar su estado de ánimo	2	1.7	10	8.3	29	24.2	79	65.8
Le realizaba ejercicios en cama para relajarlo o lo motivaba a caminar por su propio pie	2	1.7	15	12.5	24	20.0	79	65.8
Le brindó la confianza para que usted le expresara lo que siente	7	5.8	4	3.3	32	26.7	77	64.2
Lo hizo sentir que estaba en un ambiente seguro	12	10.0	3	2.5	30	25.0	75	62.5
Lo cambia constantemente de posición	13	10.8	6	5.0	31	25.8	70	58.3
Le brindaba una sonrisa al saludarle	0	0.0	6	5.0	24	20.0	90	50.0
Intentó hacer conversación para distraerle un poco	15	12.5	20	16.7	34	28.3	51	42.5
Estaba al pendiente de su alimentación e hidratación	14	7.8	14	7.8	17	9.4	75	41.7
Le informaba cuando le va a tomar los signos vitales	24	20.0	16	13.3	32	26.7	48	40.0
Tuvo detalles de afecto hacia usted, como brindarle una caricia	6	5.0	10	8.3	35	19.4	69	38.3
Le enseñó sobre su propio cuidado (autocuidado)	20	16.7	35	29.2	27	22.5	38	31.7
Le indicaba para que eran cada uno de los medicamentos que le ponía	37	30.8	19	15.8	30	25.0	34	28.3
Orientaba a su familiar sobre como cuidarlo y apoyarlo	22	18.3	33	27.5	33	27.3	32	26.7
Lo apoyaba en su limpieza personal como baño, cuidado del cabello, uñas, dientes	57	47.5	25	20.8	19	15.8	19	15.8
Le ofreció algún tipo de terapia recreativa para distraerlo	80	66.7	16	13.3	4	11.7	10	8.3
Le habló de religión	108	90.0	9	7.5	2	1.7	1	0.8
Le ofreció llamar al clérigo de su iglesia	115	95.8	5	4.2	0	0.0	0	0.0

Nota: Un total de 120 pacientes que fueron hospitalizados en algún momento por su padecimiento actual

FUENTE: Encuesta realizada en CMN siglo XXI Hospital de Oncología del IMSS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
 PERCEPCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE
 CON CÁNCER GÁSTRICO Y SU FAMILIAR A CARGO DE SU CUIDADO

I. DATOS PERSONALES

* Consulta Externa __	Hospitalización __	
1.- FOLIO __ __ __	2.- Fecha __ __ __	1. __
3.- Nombre _____		
Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)
4.-No. de Afiliación __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
5.-Sexo 1. Femenino 2. Masculino		5. __
5ª.-¿Cuántos años cumplidos tiene? __ __		5ª. __ __
6.- ¿A que religión pertenece? _____		6. __ __
7.- Escolaridad		7. __ __
1) Analfabeta	2) Primaria	3) Secundaria
4) Técnico	5) Bachillerato	7) Profesional
8.-Estado Civil		8. __
1) Casada ()	2) Viuda ()	3) Unión libre ()
	4) Divorciada ()	5) Soltera ()
9.-Ocupación actual _____		9. __
10.-Desde hace cuanto tiempo? _____		10. __ __
11.-¿Cuál fue su ocupación anterior? _____		11. __ __
12.- ¿Durante cuanto tiempo? _____		12. __ __

II CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

13.- Total de años de estudios del jefe de familia _____		13. __ __
14.-La casa donde reside actualmente es:		14. __
1) Prestada	2) Rentada	3) Continua pagándola
		4) Propia
15.-¿ Cuantas personas viven en su casa? _____		15. __ __
16.-¿De cuantos cuartos se compone su casa? _____		16. __ __
17.-¿Cuántos cuartos ocupa para dormir? _____		17. __ __
18.-¿De que material predominantemente esta construida su vivienda?		18. __
TECHO __	PISO __	
1. Lamina	1. Tierra	
2. Teja o Madera	2. Cemento	
3. Asbesto o Acero	3. Loseta	
4. Loza	4. Parquet o mármol	
5. Otro _____	5. Otro	
19.-¿Cuenta con los siguientes servicios?		19. __
Luz eléctrica	1) Sí () 0) No ()	
Agua dentro de la casa	1) Sí () 0) No ()	¿De donde la obtiene? _____
Drenaje	1) Sí () 0) No ()	
20.-La eliminación de excretas la realiza en:		20. __
1. Al ras del suelo	2. Letrina	3. Fosa séptica
		4. Baño
21.-¿Quiénes de los miembros de su familia contribuyen al ingreso familiar?		21. __
22.-¿A cuanto asciende su ingreso familiar mensual? _____		22. __

II. DATOS PERSONALES PATOLÓGICOS

- 23.-¿Desde hace cuanto tiempo padece esta enfermedad? _____ 23. |__| |__| |__|
24.-Registro Histopatológico _____ 24. |__| |__| |__|
25.-¿Le realizaron cirugía gástrica? 0) NO 1) SI 25. |__| |__| |__|
26.-¿Hace cuanto tiempo? _____ 26. |__| |__| |__|
27.-¿Cuánto peso ha perdido? |__| |__| Kg. ¿En cuanto tiempo? _____ 27. |__| |__| |__|
27a. Valoración de Escala de Karnofsky. _____ 27a) |__| |__| |__|

III. ACTITUDES Y EFECTOS A CAUSA DE LA ENFERMEDAD

- 28.- ¿Qué piensa usted que es esta enfermedad que padece?
1) Que es una enfermedad incurable
2) Existe un riesgo permanente de complicaciones agudas y crónicas
3) Es una enfermedad que atenta contra toda la estabilidad familiar
4) Le Origina sufrimiento y angustia
5) Disminuye sus expectativas de vida
6) No le gusta que se refieran a usted como el enfermo de cáncer.
7) Incluye muchos sacrificios e inconvenientes
8) Otra especifique _____ 28. |__| |__| |__|
29.¿Ha perdido interés en las actividades de la vida diaria? 0) NO 1) SI 29. |__| |__| |__|
29ª. ¿Por qué? _____ 29ª. |__| |__| |__|
30.-¿ En que aspectos ha afectado la aparición de esta enfermedad en su vida diaria?
_____ 30. |__| |__| |__|
_____ 31. |__| |__| |__|
31.-¿Se siente usted fatigado o agotado? 0) NO 1) SI 32. |__| |__| |__|
32.-¿En que medida la presencia de esta enfermedad le ha cambiado su estado de animo?
1) Completamente 2) Mucho 3) Medianamente 4) Poco 5) Nada 33. |__| |__| |__|
33.- ¿Sus planes ha futuro han cambiado desde que se presentó esta enfermedad?
1) Todos cambiaron 2) Algunos cambiaron 3) Ninguno cambio 4) Nunca hice planes 34. |__| |__| |__|
34.- Se siente usted desilusionado de la vida? 0)NO 1)SI 35. |__| |__| |__|
35.-¿Ha perdido la fe en si mismo? 0)NO 1)SI 35ª. |__| |__| |__|
35a.-¿Ha perdido la fe en los demás? 0)NO 1)SI 36. |__| |__| |__|
36.-¿Cómo considera la relación con sus familiares?
1) Muy buena 2) Buena 3) regular 4) Mala 37. |__| |__| |__|
37.-¿Cómo recibió la familia la noticia de su enfermedad?
1) Con comprensión 2) Con Apoyo 3) Con Indiferencia 4) Con Desagrado
5) Otra especifique _____ 38. |__| |__| |__|
38.-¿Qué familiar se encarga con mas frecuencia de su cuidado?
_____ 39. |__| |__| |__|
39.-¿Debido a su enfermedad se ha sentido usted rechazado por alguna persona?
0) NO 1)SI ¿ Por quien? _____ 39ª. |__| |__| |__|
39ª. ¿Le da pena que la gente sepa la enfermedad que tiene? 0) NO 1)SI 40. |__| |__| |__|
40.-¿Cómo participa la familia en su tratamiento?
1) Se turnan para cuidarlo
2) Vigilan la toma de sus medicamentos
3) Lo motivan para mejorar su estado de animo
4) Me dan animo para seguir adelante
5) Realizan las actividades que a usted le correspondían.
6) Todas las anteriores
7) No hay participación 42.- |__| |__| |__|
42.-¿Debido a su situación actual de que manera los papeles de los miembros de la familia se han visto alterados?
_____ 43.- |__| |__| |__|
43.-¿Su familia ha recibido información sobre su enfermedad y como debe apoyarlo?
0) NO 1) SI ¿Quien le dio esa información? _____ 43.- |__| |__| |__|

PERCEPCIÓN DE NECESIDADES DEL FAMILIAR

1. ¿Cuál es el su parentesco con el paciente _____
2. ¿Cuántos años tiene? _____
3. ¿Hasta que año estudio? _____
4. ¿Cuál es su ocupación? _____

1.-|__|
 2.-|__|
 3.-|__|
 4.-|__|

De las siguientes necesidades que a continuación se mencionan, dígame en cada una de ellas el grado de importancia que tiene para usted en el apoyo para la recuperación de su familiar.

Nada Imp. | Poco Imp. | Impor. | Muy imp

5-Biológicas

- 0 1 2 3
- 5a. Apoyarlo para su adecuada alimentación |__|
 - 5b. Saber los cuidados de las sondas a derivación |__|
 - 5c. Que pueda conciliar el sueño y descansar normalmente |__|
 - 5d. Que se desplazar con facilidad en el interior de la casa |__|
 - 5e. Que pueda salir el exterior de su casa sin riesgos |__|
 - 5f. Que recupere el peso anterior |__|
 - 5g. Que este bien nutrido(a) e hidratado(a) |__|
 - 5h. Que este orientado sobre el cuidado de los síntomas como vómito, náusea, diarreas, etc |__|
 - 5i. En caso de ser operado, saber el cuidado de la herida |__|
 - 5j. Que este limpio(a) y fresco(a) todos los días |__|
 - 5k. Que tenga una temperatura normal y respire bien |__|
 - 5L. Que no tenga dolores |__|

5a.-|__|
 5b.-|__|
 5c.-|__|
 5d.-|__|
 5e.-|__|
 5f.-|__|
 5g.-|__|
 5h.-|__|
 5i.-|__|
 5j.-|__|
 5k.-|__|
 5L.-|__|

6-Sociales

- 6a. Que se vuelva a relacionar con los amigos |__|
- 6b. Que tenga contacto mas estrecho con la familia |__|
- 6c. Que pueda realizar las actividades del trabajo |__|
- 6d. Capacidad para realizar los actividades del hogar |__|
- 6e. Que use la ropa adecuada para cada ocasión |__|
- 6f. Que se valga por si mismo (a), sin depender de nadie |__|
- 6g. Que ayude en la economía de la casa |__|
- 6h. Que no se sienta rechazado |__|
- 6i. Que recupere su feminidad o masculinidad |__|

6a.-|__|
 6b.-|__|
 6c.-|__|
 6d.-|__|
 6e.-|__|
 6f.-|__|
 6g.-|__|
 6h.-|__|
 6i.-|__|

7 Psicológicas

- 7a. Que pueda realizar sus actividades religiosas |__|
- 7b. Que rece para enfrentar tiempos difíciles |__|
- 7c. Que recupere la fe en si mismo y en los demás |__|
- 7d. Que pueda mejorar su estado de ánimo |__|
- 7e. Que tenga interés en el aspecto sexual. |__|
- 7f. Que no se sienta como un cargo para la familia |__|
- 7h. Que recupere su independencia |__|
- 7i. Que recupere la seguridad |__|
- 7j. Que se sienta en un ambiente seguro |__|
- 7k. Que se sienta Amado(a) y protegido(a) |__|
- 7l. Que no se sienta solo |__|

7a.-|__|
 7b.-|__|
 7c.-|__|
 7d.-|__|
 7e.-|__|
 7f.-|__|
 7g.-|__|
 7h.-|__|
 7i.-|__|
 7j.-|__|
 7k.-|__|
 7l.-|__|

GRACIAS.

PERCEPCION DE NECESIDADES DEL PACIENTE

► De las siguientes necesidades que le iré mencionando, mencione en cada una de ellas el grado de importancia que tendrían para usted, cuando regrese a su casa.

Nada Imp. | Poco Imp. | Impor. | Muy imp
0 1 2 3

48.-Biológicas

- 48ª. Orientación para su adecuada alimentación |___| 48ª.-|___|
- 48b. Saber los cuidados de las sondas a derivación si es necesario |___| 48b.-|___|
- 48c. Poder conciliar el sueño y descansar normalmente |___| 48c.-|___|
- 48d. Desplazarse con facilidad en el interior de la casa |___| 48d.-|___|
- 48e. Poder salir al exterior de su casa sin riesgos |___| 48e.-|___|
- 48f. Poder recuperar el peso anterior |___| 48f.-|___|
- 48g. Comer y beber normalmente |___| 48g.-|___|
- 48h. Orientación sobre el cuidado de los síntomas como vómito, náusea, diarreas, etc |___| 48h.-|___|
- 48i. En caso de ser operado, saber el cuidado de la herida |___| 48i.-|___|
- 48j. Estar limpio y fresco todos los días |___| 48j.-|___|
- 48k. Tener una temperatura normal y respirar bien |___| 48k.-|___|
- 48L. No tener dolores |___| 48L.-|___|

49.-Sociales

- 49a. Volver a relacionarse con los amigos |___| 49a.-|___|
- 49b. Tener contacto más estrecho con la familia |___| 49b.-|___|
- 49c. Capacidad para realizar las actividades del trabajo |___| 49c.-|___|
- 49d. Capacidad para realizar las actividades del hogar |___| 49d.-|___|
- 49e. Usar la ropa adecuada para cada ocasión |___| 49e.-|___|
- 49f. Poder valerse por sí mismo, sin depender de nadie |___| 49f.-|___|
- 49g. Ayudar en la economía de la casa |___| 49g.-|___|
- 49h. No sentirse rechazado |___| 49h.-|___|
- 49i. Recuperar su feminidad o masculinidad |___| 49i.-|___|

50.-Psicológicas

- 50a. Realizar las actividades religiosas |___| 50a.-|___|
- 50b. Rezar para enfrentar tiempos difíciles |___| 50b.-|___|
- 50c. Recuperar la fe en sí mismo |___| 50c.-|___|
- 50d. Recuperar la fe en los demás |___| 50d.-|___|
- 50e. Interés en el aspecto sexual. |___| 50e.-|___|
- 50f. Poder mejorar el estado de ánimo |___| 50f.-|___|
- 50h. No ser un cargo para la familia |___| 50h.-|___|
- 50i. Recuperar la seguridad |___| 50i.-|___|
- 50j. Sentirse en un ambiente seguro |___| 50j.-|___|
- 50k. Sentirse amado y amar a los que lo rodean |___| 50k.-|___|
- 50l. No sentirse solo |___| 50l.-|___|

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

- 51. ¿Qué personal de salud le ha brindado mejor atención? 51|___|
- 1) Médico 2) Enfermera 3) Dietista 4) Trabajadora social 5) Todos 52|___|
- 52.- ¿Cómo considera la atención que le brindan? 53|___|
- 0) Muy mala 1) Mala 2) Regular 3) Buena 4) Muy buena 5) Excelente
- 53.- Mencione quién del personal de salud han mostrado mayor interés en el seguimiento de su tratamiento 54|___|
- 1) Médico 2) Enfermera 3) Dietista 4) Trabajadora social 5) Todos
- 54.- ¿Cree usted que la atención que le brindan puede ser mejor?

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SOLO EN CASO DE HABER SIDO INTERNADO POR SU PADECIMIENTO ACTUAL O SI ESTA EN HOSPITALIZACIÓN.

De los siguientes aspectos, por favor indique con que frecuencia el personal de enfermería estaba al pendiente de cada uno de ellos.

Aspectos que cubre la enfermera	Nunca	Rara vez	M. veces	Siempre	
	0	1	2	3	
56a. Esta o estaba al pendiente de su alimentación e hidratación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56a.- <input type="checkbox"/>
56b. Esta o estaba al pendiente de su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56b.- <input type="checkbox"/>
56c. Acude o acudía cuando usted se lo solicita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56c.- <input type="checkbox"/>
56d. Le brinda (ba) una sonrisa al saludarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56d.- <input type="checkbox"/>
56e. Tiene(a) detalles de afecto hacia usted, como brindarle una caricia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56e.- <input type="checkbox"/>
56f. Le ha hablado o le hablaba de religión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56f.- <input type="checkbox"/>
56g. Le ha ofrecido llamar al párroco de su iglesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56g.- <input type="checkbox"/>
56h. Le dice para que es cada uno de los medicamentos que le pone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56h.- <input type="checkbox"/>
56i. Le dice cuando le va a tomar los signos vitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56i.- <input type="checkbox"/>
56j. Intenta hacer conversación para distraerla(o) un poco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56j.- <input type="checkbox"/>
56k. Le ofrece algún tipo de terapia recreativa para distraerla(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56k.- <input type="checkbox"/>
56l. Orienta a su familiar sobre como cuidarlo y apoyarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56l.- <input type="checkbox"/>
56m. Lo cambia constantemente de posición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56m.- <input type="checkbox"/>
56n. Esta al pendiente de que este cómodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56n.- <input type="checkbox"/>
56o. Le brinda la confianza para que usted le exprese lo que siente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56o.- <input type="checkbox"/>
56p. Lo apoya en su limpieza personal como baño, cuidado del cabello, uñas, dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56p.- <input type="checkbox"/>
56q. Lo hace sentir que está en un ambiente seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56q.- <input type="checkbox"/>
56r. Le enseña a usted sobre su propio cuidado (autocuidado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56r.- <input type="checkbox"/>
56s. Esta al pendiente del cuidado de los catéteres o sondas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56s.- <input type="checkbox"/>
56t. Ha conversado con usted amablemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56t.- <input type="checkbox"/>
56u. Lo motiva (ba) cada día para mejorar su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56v. Le realiza (ba) algún tipo de ejercicio en cama o lo motiva para que camine por su propio pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	