

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE  
CANCER DE COLON EN PACIENTES ADULTOS  
ATENDIDOS EN LIGA DE LUCHA CONTRA  
EL CANCER. AREQUIPA, 2014”**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**MARYELY JENISSE GONZALES CASTRO  
YRAYDA MILAGROS LLANQUICHE MENDOZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ  
2015**

## PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado el presente trabajo de investigación: **ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CANCER DE COLON EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Marzo del 2015

---

*Maryely Jenisse Gonzales Castro*

---

*Yrayda Milagros Llanquiche Mendoza*

*Un profundo Agradecimiento:*

*A Nuestro Señor Jesús y a la Virgen María quienes nos acompañaron en el camino que elegimos seguir.*

*A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, por brindarnos la oportunidad de hacer realidad nuestra profesión.*

*A los docentes, quienes nos brindaron una formación académica humana y de calidad.*

*Con eterna gratitud a mi madre Carmela, por brindarme la confianza y el apoyo necesario para poder cumplir mis metas trazadas, por siempre estar a mi lado aun en los momentos más difíciles y a quien agradezco todo lo que soy.*

*A mi padre Marcos, que gracias a sus consejos, retadas y riñas puedo decir que hoy estoy cumpliendo una de las metas que me trace.*

*Para mi hermana Josefyn, por ser la razón de mi esfuerzo y dedicación por todo el amor, cariño y sobre todo por brindarme la confianza que necesite.*

*Agradecerles a toda mi familia y amigos, por compartir mis ideales y siempre creer en mí.*

196 Maryely Jenisse Gonzales Castro

*Con mucho amor y eterna gratitud a mi querida madre Angélica, pilar fundamental en mi vida, a quien debo todo lo que soy y atribuyo todos mis éxitos en esta vida, por creer en mí en todo momento y no dudar de mis habilidades; quien me enseñó que aun en el peor momento se debe salir adelante.*

*A mi padre, Elías que gracias a su apoyo y a sus consejos en los momentos cuando realmente los necesite.*

*Para toda mi familia por todo el amor y cariño que me han dado siempre.*

*Agradecerles a mis amigos, por compartir momentos inolvidables de mi vida, y aun pasando los años la amistad sigue ahí.*

*Yrayda Milagros L.Lanquiche Mendoza*

## ÍNDICE

	PÁG.
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	03
RESUMEN	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN	06

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	07
1.1 Enunciado del Problema	07
1.2 Descripción del Problema	07
1.3 Justificación	09
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO TEÓRICO	11
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	39
5. HIPÓTESIS	41

### CAPITULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	42
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42
2.1. Ubicación Espacial	42
2.2. Ubicación Temporal	43
2.3. Unidades de Estudio	43
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44

## CAPÍTULO III RESULTADOS

RESULTADOS	45
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADOS DE ESTUDIO	46
II. INFORMACIÓN SOBRE VARIABLE ESTILOS DE VIDA	51
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	63



## INDICE DE ILUSTRACIONES

<b>TABLAS</b>	<b>PAG</b>
1. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN EDAD.LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	46
2. PACIENTES ADULTOS INVESTIGAOS SEGÚN GENERO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2014	47
3. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	48
4. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN TRABAJO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2014	49
5. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	50
6. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER .AREQUIPA, 2014	51
7. PACIENTES ADULTOS INVESTIGAOS SEGÚN ESTILO DE VIDA. ELIMINACION INTESTINAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	53
8. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA. ACTIVIDAD Y EJERCICIO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	54
9. PACIENTES ADULTOS INVETIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA. RECREACION. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, AREQUIPA, 2014	55
10. PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE SUSTANCIAS ESTIMULANTES .LIGA DE LCUHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014	56
11. INCIDENCIA CANCER DE COLON. AREQUIPA, 2012	57

## RESUMEN

El presente estudio titulado Estilos de Vida asociados a la incidencia de cáncer de colon tiene como objetivo determinar la asociación entre los estilos de vida y la incidencia de cáncer de colon en pacientes adultos de la Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa. La investigación de campo es de nivel relacional, de paradigma positivista y de enfoque cualicuantitativo. Es bivariable; la técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos el formulario de preguntas y la guía de observación. La muestra intencional fue por cuotas, ya que son muy pocos los casos, por lo que se trabajó con la totalidad de pacientes. El formulario de preguntas fue respondido por 20 pacientes diagnosticados con cáncer de colon en los estadios I, II y III. Obtenida la información, analizada e interpretada se llegó a las siguientes conclusiones: Primera. los estilos de vida alimentación, eliminación, actividad-ejercicio y recreación practicados por los pacientes adultos atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer no son saludables en razón a que presentan características negativas, por lo que se constituyen en factores de riesgo del cáncer de colon. Segunda. Los pacientes en mayor proporción tienen cáncer de colon en estadio I y en menor proporción en los estadios II y III. Tercera. Los estilos de vida, alimentación, eliminación, actividad-ejercicio y recreación están asociados al cáncer de colon significativamente. Considerando estas tres conclusiones, la hipótesis fue verificada. Se propone educación continua, individual y/o colectiva a grupos poblacionales vulnerables y no vulnerables a la incidencia de cáncer de colon.

**Palabras claves:** Cáncer - Cáncer de colon - estilos de vida -incidencia.

---

1 Gonzales Castro Maryely Jenisse, Urb. Santa Elsa B-9, 984320435, yelita\_29@hotmail.com  
2 Llanquiche Mendoza Yrayda Milagros, Urb. La Libertad 503 A, 965787179, mily\_88\_4@hotmail.com

## ABSTRACT

The present study titled Lifestyle associated with the incidence of colon cancer is to determine the association between lifestyle and incidence of colon cancer in adult patients League against Cancer of Arequipa. Field research is relational level, positivist paradigm and quality-quantitative approach. Is bivariate; The technique used was the survey instruments form questions and the observation guide. The quota sample was intentional, since very few cases, so we worked with all patients. The form of questions was answered by 20 patients diagnosed with colon cancer in stages I, II and III. Information obtained, analyzed and interpreted it reached the following conclusions: First. lifestyles feeding, elimination, activity-exercise and recreation practiced by adult patients of League Against Cancer are unhealthy because they exhibit negative characteristics, which constitute risk factors for colon cancer . Second. Patients at higher rates with colon cancer stage I and to a lesser extent in stages II and III. Third. Lifestyles, nutrition, elimination, activity-exercise and recreation are significantly associated with colon cancer. Considering these three conclusions, the hypothesis was verified. Collective vulnerable and not vulnerable to the incidence of colon cancer populations continuing education, individual and / or proposed.

**Keywords:** Cancer - Colon Cancer - Incidence life styles.

---

1 Gonzales Castro Maryely Jenisse, Urb. Santa Elsa B-9, 984320435, yelita\_29@hotmail.com  
2 Llanquiche Mendoza Yrayda Milagros, Urb. La Libertad 503 A, 965787179, mily\_88\_4@hotmail.com

## INTRODUCCION

El cáncer de colon es uno de los problemas de salud más grave; patología que crece constantemente en todo el mundo, debido a factores socioculturales, sociodemográficos y especialmente a los estilos de vida, como también al mantenimiento de costumbres y creencias perjudiciales. Específicamente, el cáncer colorectal pasó de ser una enfermedad exclusiva de algunos países a convertirse a una enfermedad tumoral muy frecuente y la de mayor incidencia en el sistema digestivo de personas de 60 a más años de edad preferentemente. Así mismo, su incidencia crece en pacientes del género femenino, situación que corrobora lo mencionado por destacados oncólogos en sus obras de Oncología.

En el Perú, de todas las neoplasias malignas, el cáncer colorectal se ubica entre el sexto y décimo lugar como causa de mortalidad, ocupando el tercer lugar de incidencia entre los cánceres de tracto gastrointestinal, luego de las neoplasias del estómago y vesícula biliar.<sup>1</sup>

En nuestro medio, el estudio denominado estilos de vida asociados a la incidencia de cáncer de colon es pertinente realizarlo por lo anteriormente señalado, éste corresponde al nivel relacional con enfoque cualicuantitativo. El marco teórico contiene 2 ejes temáticos: cáncer de colon y estilos de vida; los antecedentes investigativos relacionados al tema de investigación, cuyos resultados y conclusiones servirán a la presente investigación a efectos de comparación con los resultados obtenidos.

La hipótesis planteada da referencia a la probabilidad de asociar el cáncer de colon a los estilos de vida de cada paciente atendido en Liga de Lucha contra el Cáncer Arequipa.

Todo este contenido está organizado en 3 capítulos: el primero da referencia al Planteamiento Teórico, el segundo al Operacional y el tercero a los resultados, conclusiones y recomendaciones.

---

<sup>1</sup> Liga de Lucha contra el Cáncer. Rev. Confianza (vol. 41) Arequipa. 2011. p. 12.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEORICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. Enunciado del Problema

Estilos de vida asociados a la incidencia de Cáncer de Colon en Pacientes Adultos atendidos en Liga de Lucha contra el Cáncer. Arequipa, 2014.

##### 1.2. Descripción del Problema

###### 1.2.1. Campo, Área y Línea.

Campo : Ciencias de la Salud.  
Área : Enfermería Oncológica.  
Línea : Cáncer de colon.

###### 1.2.2. Operacionalización de variables

El estudio tiene dos variables:

Primera: Estilos de Vida  
Segunda: Incidencia de Cáncer de Colon.

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p><b>Primera</b></p> <p>Estilos de Vida</p>	<p>1. Alimentación</p> <p>2. Eliminación intestinal</p> <p>3. Descanso y sueño.</p> <p>4. Consumo de sustancias estimulantes</p> <p>5. Actividad y ejercicio.</p> <p>6. Recreación</p>	<p>1.1. Régimen alimenticio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos refinados</li> <li>• Alimentos altos en grasas</li> <li>• Alimentos bajos en fibra</li> <li>• Endulcorantes</li> <li>• Consumo escaso de líquidos</li> <li>• Comidas copiosas</li> <li>• Horario de comida variado</li> </ul> <p>2.1. Frecuencia</p> <p>2.2. Consistencia</p> <p>2.3. Coloración de heces</p> <p>3.1. Horas de sueño al día.</p> <p>3.2. Período de descanso de día.</p> <p>4.1. Alcohol</p> <p>4.2. Tabaco</p> <p>4.3. Drogas</p> <p>5.1. Sedentarismo</p> <p>5.2. Actividades físicas</p> <p>5.3. Caminatas</p> <p>5.4. Deportes</p> <p>6.1. Reuniones sociales</p> <p>6.2. Asistencia a clubs, discotecas</p> <p>6.3. Televisión</p> <p>6.4. Lectura</p>
<p><b>Segunda</b></p> <p>Incidencia de Cáncer de Colon</p>	<p>1. Índice</p>	<p>Morbilidad</p> <p>Mortalidad</p>

## Interrogantes Básicas

1. ¿Qué características presentan los estilos de vida en los pacientes con cáncer de colon atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?
2. ¿Cuál es la incidencia de pacientes con cáncer de colon en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?
3. ¿Qué tipo de asociación existe entre los estilos de vida y la incidencia de cáncer de colon en los pacientes atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?

### 1.3. Justificación

El presente estudio es de actualidad, en razón a que en los últimos años se ha producido un aumento considerable en la incidencia de pacientes con cáncer de colon. El Perú es uno de los países en los que más casos se producen, ocasionando no sólo grandes daños en la salud mental de quienes lo padecen así como en sus familias.<sup>2</sup>

Esta es una patología que está creciendo en todo el mundo, específicamente en nuestro medio, debido a los estilos de vida no saludables de la población como la adaptación de malos hábitos dietéticos y el mantenimiento de costumbres perjudiciales: consumo de sustancias estimulantes, inadecuada forma de recreación y la no realización de ejercicios físicos y el inadecuada hábito del descanso y sueño.

La utilidad del estudio radica en que los resultados a obtener estarán al alcance de los estudiantes de enfermería, lo que les servirán de una fuente de revisión bibliográfica.

---

<sup>2</sup>Liga de Lucha Contra el Cáncer. Revista Informativa. Arequipa, 2014. p. 20.

El estudio es asimismo, pertinente de realizarlo en razón a que las enfermeras necesitan del conocimiento de la promoción y prevención actualizado que les permita contribuir en la detección oportuna de la patología, la atención de calidad durante la hospitalización y en los controles posteriores.

Desde el punto de vista científico, el desarrollo del presente estudio se justifica porque la teoría servirá a los profesionales de la salud que laboran en Oncología para que detecten de forma oportuna los signos y síntomas del cáncer de colon y puedan tomar medidas correctivas.

La motivación personal está dada por el deseo de obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

#### **1.4. Tipo y Nivel de la Investigación**

Tipo : De campo

Nivel : Relacional, de corte transversal.

## **2. OBJETIVOS**

1. Caracterizar los estilos de vida que practican los pacientes con cáncer de colon atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.
2. Determinar la incidencia de pacientes con cáncer de colon en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.
3. Establecer la asociación que existe entre los estilos de vida y la incidencia de cáncer de colon en los pacientes atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.

### 3. MARCO TEORICO

#### 3.1. ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida son hábitos de vida o forma de vida que hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables.

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida.

De igual modo, los estilos de vida son la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud -OMS- define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes."<sup>3</sup>

La calidad de vida está relacionada con los siguientes aspectos:

- Satisfacción en las actividades diarias.
- Satisfacción de las necesidades básicas.
- Logro de metas de vida.
- Autoimagen y la actitud hacia la vida.
- Participación de factores personales y socio ambientales.

Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran los siguientes:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Sedentarismo, falta de ejercicio.

---

<sup>3</sup>Bazán E. Mariam. Nutrición: ¿Cómo nutrir mejor a nuestros hijos?. Ed. Vergara. Barcelona – España. 2001. p. 56.

- Insomnio.
- Estrés.
- Dieta desbalanceada. Falta de higiene personal.
- Errada manipulación de los alimentos.
- No realizar actividades de ocio o aficiones.
- Falta de relaciones interpersonales.
- Contaminación ambiental.

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables radica esencialmente en el compromiso individual y social que se tenga, sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.<sup>4</sup>

### **3.1.1. Estilos de Vida Saludables**

#### **A. Alimentación Saludable**

Un número importante de las enfermedades que tienen la población se relacionan con malos hábitos alimenticios que son ya por exceso o déficit. La población se enferma principalmente de enfermedades asociadas a excesos como: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad.

Existen también las enfermedades provocadas por déficit de ciertos alimentos como la desnutrición, anemia y la osteoporosis. Además, están las llamadas enfermedades por trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia.

Todas estas enfermedades están asociadas con la calidad de nuestra alimentación, desde etapas tempranas de la vida. Por lo tanto, una parte

---

<sup>4</sup>Espinoza González, Leticia. "Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud- enfermedad" 2004, Revista Cubana Estomatol p. 41-43.  
<[http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm)> (Noviembre 2011)

importante de estas enfermedades y muertes podrían ser evitadas si cuidamos de nuestra alimentación, esta preocupación debe iniciarse desde el momento que el niño nace y durante toda su vida manteniendo estilos de vida saludables.

La salud y buen funcionamiento de nuestro organismo, depende de la nutrición y alimentación que tengamos durante la vida.

Alimentación y Nutrición aun cuando parecieran significar lo mismo, son conceptos totalmente diferentes.

La Alimentación nos permite tomar del medio que nos rodea, los alimentos de la dieta (de la boca para fuera).

La Nutrición es el conjunto de procesos que permiten que nuestro organismo utilice los nutrientes que contienen los alimentos para realizar sus funciones (de la boca para adentro).

Los alimentos son todos los productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica.

Los nutrientes son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantener la salud. Existen cinco tipos de nutrientes llamados: Proteínas o Prótidos, Grasas o Lípidos, Carbohidratos o Glúcidos, Vitaminas y Minerales.<sup>5</sup>

- **Los nutrientes:**

• **Proteínas**

Son los ladrillos necesarios para crecer y reparar daños en el cuerpo. Se encuentran en las carnes (res, aves, de cacería), pescado, mariscos, crustáceos, huevos, leche, quesos, embutidos (mortadela, salchichas), granos como las caráotas, frijoles, arvejas, lentejas.

---

<sup>5</sup>Dyer, Wayne. La Alimentación de nuestros hijos. Editorial Grijalbo, Barcelona - España. 1999. p. 36.

- **Carbohidratos**

Nos dan energía y calor para movernos y desarrollar todas las actividades diarias. Son de origen vegetal. Se encuentran en los cereales: maíz, trigo, arroz, sorgo y sus productos (harinas, pastas) tubérculos o verduras: papa, ñame, apio, yuca, ocumo, ocumo chino, mapuey, batata; plátano; azúcar (blanca o morena), miel y papelón, granos como las caráotas de todos los colores, arvejas, lentejas, garbanzos, frijoles, quinchonchos.

- **Grasas**

Son la fuente más concentrada de energía para nuestro cuerpo y cerebro. Participan en diferentes funciones específicas y forman parte de los tejidos del cuerpo y de algunas vitaminas y hormonas. Son fuente de calorías para los niños, pero los adultos deben consumirla con moderación. Se encuentran en las carnes rojas, piel del pollo, leche, mantequilla y queso, aceites vegetales (de girasol, maíz, ajonjolí, algodón), margarina, aguacate, aceitunas, algunas semillas como el maní, merey, pistacho, almendras, nuez.

- **Vitaminas**

Ellas son las vitaminas A, D, E, K, C, complejo B y el ácido Fólico. Cumplen funciones esenciales para el organismo. Ayudan en el proceso de transformación de energía y favorecen el sistema de defensa del cuerpo contra las enfermedades. Se encuentran en casi todos los alimentos en especial en las frutas, hortalizas y alimentos de origen animal.

- **Minerales**

Entre los principales minerales se encuentran: calcio, hierro, yodo y el zinc. Ellos participan en diversas funciones específicas y forman parte de los tejidos del cuerpo (Ej.: el calcio forma y mantiene los huesos y

dientes; el hierro forma parte de la sangre). Los minerales intervienen en el crecimiento, reproducción del ser humano, la función muscular, entre otros. Se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal.

- **Fibra**

La fibra ayuda a expulsar las heces con facilidad, previene el cáncer de colon y reduce el colesterol en la sangre. Se encuentra en los alimentos de origen vegetal como hortalizas (zanahoria, tomates, lechugas, pepino), frutas (melón, patilla, naranja, manzana), granos (caráotas, arvejas, lentejas, frijoles), verduras (yuca, apio, ñafie, batata) y cereales integrales.<sup>6</sup>

- **Clasificación de los Alimentos**

Los alimentos se clasifican en tres grandes grupos básicos, según la función que cumplen los nutrientes que contienen:

- a. Alimentos plásticos o reparadores**

Contienen en mayor cantidad proteínas

La leche, carnes (de res, aves, cacería), huevos, pescado, embutidos, queso, yogurt.

- b. Alimentos reguladores**

Contienen en mayor cantidad de vitaminas y minerales.

Las frutas (melón, patilla, naranja, manzana) y las hortalizas (lechuga, zanahoria, repollo, tomate).

- c. Alimentos energéticos**

Contienen en mayor cantidad carbohidratos y grasas.

Los cereales (maíz, arroz, trigo, sorgo), granos (caráotas, frijoles, lentejas), tubérculos (también llamadas verduras como ocumo, papa,

---

<sup>6</sup>Organización Mundial de la Salud. Nutrición y Salud. 1996.

yuca), plátano, aceites, margarina, mantequilla, mayonesa.<sup>7</sup>

## B. La eliminación como Estilo de Vida Saludable

### - Eliminación de toxinas del cuerpo

Las toxinas se acumulan diariamente en el cuerpo producto de una mala alimentación o un estilo de vida sedentario y nocivo.

Las toxinas son sustancias no biológicas que causan enfermedades en los seres humanos. Están en el entorno, básicamente en los alimentos. Cuando hay una acumulación de toxinas y si el cuerpo no está capacitado para eliminarlas se inicia un proceso de daño celular, de tejidos y órganos.

Existen múltiples causas para que el cuerpo comience a acumular toxinas. La falta de ejercicio, por ejemplo, conlleva a una disminución del metabolismo y falta de energía, la mala alimentación también es causante. Existen en el mercado una enorme cantidad de alimentos procesados y carentes de nutrientes y fibras naturales que ayuden a los procesos digestivos; no tomar agua y algunas medicinas también influyen a que el sistema digestivo pierda su balance y afecta a la flora intestinal; comer demasiado por la noche, es todavía peor, pues cuando dormimos se realiza una reparación celular y una limpieza interna, si cenamos en exceso este proceso no se realiza, pues la energía se ocupa en la digestión de alimentos.

Los expertos recomiendan que, al menos una vez al año, se realice o se lleve a cabo una dieta depurativa para poder eliminar todas las toxinas del cuerpo y así mantener una vida saludable y equilibrada, en base a muchas verduras y frutas, que son por excelencia los

---

<sup>7</sup>Bazán E. Mariam. Nutrición: ¿Cómo nutrir mejor a nuestros hijos? Ed. Vergara. Barcelona – España. 2001. p. 52.

alimentos que más depuran, antioxidantes y diuréticos.<sup>8</sup>

Si se mantiene un régimen de ese tipo, libre de azúcar y grasa, alcohol y cafeína, tan sólo por dos días, se llegará a una depuración casi por completo.

Es aconsejable también caminar de 15 a 30 minutos diarios, a paso rápido, para oxigenar el cerebro y limpiar los pulmones con aire fresco. Es muy importante beber agua constantemente. La cantidad recomendada son 2 litros al día.

Por último, sudar es una forma muy buena de eliminar toxinas que se acumulan en el cuerpo, si se suda, se está limpiando la capa más externa de la piel.

- **Tipos de alimentación para ayudar al cuerpo a eliminar toxinas**

- Consumir abundante agua o bebidas sin azúcar y que no contengan alcohol o cafeína.
- La comida debe ser a base de verduras y frutas, ya que contienen pocas calorías y resultan refrescantes.
- Consumir infusiones de manzanilla, valeriana, tila, cedrón o boldo, ayudan a mejorar la digestión y a eliminar toxinas del organismo.
- Consumir yogurt sin grasa, al menos tres veces a la semana.
- Consumir cereales integrales, ya que son ricos en fibra y ayudan a que el organismo se desintoxique mucho más rápido.
- Evitar la sal.
- Dormir apenas terminada la ingestión de alimentos, esperar al menos una hora para ayudar a la digestión.

---

<sup>8</sup>Vives Iglesias, Annia Esther. "Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria". 2007. p. 22.  
<[http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4\\_CORBACHO.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4_CORBACHO.pdf)> (Noviembre2011)

## Respiración

La respiración es una de las funciones vitales más importantes, la cual no todo el mundo maneja correctamente por las condiciones de vida actuales, al respirar solemos hacerlo acelerada y superficialmente. Se dice que aprender a respirar correctamente es aprender también a vivir correctamente.<sup>9</sup>

### - Tipos de respiración

La mayoría de las personas respiran mal, si no es una respiración consciente. El estrés y la ansiedad, hace contener la respiración y al dejar de respirar aumenta el miedo y la ansiedad, por la escasa ventilación aeróbica.

Una respiración eficaz, hace fluir los sentimientos, unifica el cuerpo y hace aumentar la satisfacción y calidad de vida.

Con las técnicas de control de la respiración se pretende que las personas aprendan a utilizar todos los elementos que constituyen la respiración. En términos generales las técnicas de relajación otorgan una importancia muy destacada a los modos, procesos y estilos de respiración. Ya las culturas orientales desarrollaron diferentes técnicas de relajación y partieron de la necesidad de aprendizaje de la correcta utilización del proceso de respiración. La mayoría de estas culturas han trabajado a lo largo del tiempo centrándose en la práctica consciente de los ejercicios de respiración atribuyéndoles fines religiosos, filosóficos y curativos.

---

<sup>9</sup>Becoña Iglesias, Elisardo; Vázquez Fernando. "Promoción de los estilos de vida saludable" 2008. p. 56.  
<<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>> (Noviembre 2011)

Se distinguen tres tipos de respiración:

- La diafragmática o baja
- La pulmonar o media
- La clavicular o alta

La respiración completa combina las tres y constituye la respiración ideal.<sup>10</sup>

- **Respiración diafragmática**

Es una respiración esencial ya que el diafragma es considerado como nuestro segundo corazón. En el primer momento de inspiración, el abdomen se hincha, el suave descenso del diafragma ocasiona un masaje constante y eficaz en toda la masa abdominal y poco a poco toda la parte baja de los pulmones se llena de aire. La inspiración debe ser lenta y silenciosa, si no nos escuchamos respirar, la respiración tendrá la lentitud deseada, si nos escuchamos significara que estamos inspirando demasiado de prisa. En un segundo momento, al espirar, los pulmones se vacían y ocupan un lugar muy restringido. Es importante vaciar al máximo los pulmones y expulsar suavemente la mayor cantidad posible de aire. Después de haber vaciado a fondo los pulmones, la respiración exige ponerse en marcha otra vez. El vientre se relaja y comienza el proceso de nuevo. Durante el mismo es esencial inspirar y espirar por la nariz y mantener la musculatura abdominal relajada. Lo ideal es ejercitar la respiración diafragmática tumbado de espaldas, porque esta posición favorece la relajación de la musculatura abdominal.

Tanto al inspirar como al espirar se debe vivir conscientemente la entrada y salida del aire y los movimientos que se suceden en el

---

<sup>10</sup> Brunner y Suddarth. Enfermería Médico – Quirúrgica. México; Interamericana: 2007. p. 45.

diafragma. Se puede colocar una mano sobre el vientre, aproximadamente en el ombligo y poder así seguir el movimiento abdominal.

- **Respiración pulmonar**

Su movimiento consiste en separar las costillas y expandir la caja torácica, llenando así de aire los pulmones, en su región media. Se observará al practicarla que existe una mayor resistencia a la entrada del aire, en claro contraste con lo que ocurría con la respiración abdominal, que posibilita la penetración de un mayor volumen de aire con un esfuerzo menor. A pesar de ello, entrará una cantidad apreciable de aire durante la respiración pulmonar.

Combinando ambos tipos de respiración, diafragmática y pulmonar, se permitirá la ventilación satisfactoria de los pulmones. La posición recomendada para trabajarla es sentado, manteniendo siempre la cintura abdominal contraída mientras se inspira y para tomar conciencia. Para tomar conciencia de ella, se puede colocar las manos a ambos lados de la caja torácica, al inspirar y espirar se acompañaran los movimientos, sintiéndolos ampliamente.

- **Respiración clavicular**

En esta respiración intentaremos levantar las clavículas al mismo tiempo que se inspira y se introduce el aire lentamente, pero sin levantar los hombros por ello. Solo la parte superior de los pulmones recibe un aporte de aire fresco.

Si mantenemos las manos en los costados percibiremos la entrada del aire, pero también tomaremos conciencia de que penetra poco, a pesar de que el esfuerzo es mucho mayor que

durante la respiración torácica.

Esta manera de respirar, es la menos eficiente de las tres descritas, no es entendible de forma aislada. Integrada en la respiración completa, adquiere todo valor y utilidad cuando va precedida de las otras dos fases de esta respiración.<sup>11</sup>

### C. Descanso y Sueño como Estilo de Vida

- **Importancia de la necesidad de descanso y sueño.**

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y sin descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

- **El Descanso.**

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas.

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra

---

<sup>11</sup> Vives Iglesias, Annia Esther. "Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria". 2007. p. 55.  
<[http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4\\_CORBACHO.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4_CORBACHO.pdf)> (Noviembre2011)

mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, las enfermeras necesitan conocer las condiciones que fomentan el mismo. Narrow (1997) señala 6 características que la mayoría asocia al descanso.

Las personas pueden descansar cuando:

- Sienten que las cosas están bajo control.
- Se sienten aceptados.
- Sienten que entienden lo que está pasando.
- Están libres de molestias e irritaciones.
- Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
- Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente.

- **El sueño.**

El sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona.

Fordham (1988) define el sueño de dos maneras:

- 1) Un estado de capacidad de respuesta reducida a los estímulos externos del cual puede salir una persona.

2) Una modificación cíclica y continua del nivel de conciencia.

De acuerdo con Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común de todas las personas. A pesar de una considerable investigación, no existe ninguna definición comúnmente aceptada del sueño. Históricamente se consideró un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido. Lo que parece que está claro es que el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

También se define el sueño como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, que se acompañan de modificaciones en los sistemas: nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. El sueño es un fenómeno cíclico que se denomina ciclo de vigilia –sueño, un ritmo circadiano.

Este ritmo regula la fluctuación de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la secreción hormonal, y también el estado de ánimo.

Los ritmos circadianos son los que más influidos se ven por la luz y la temperatura aunque estímulos como los hábitos sociales, u ocupacionales también puede afectarlos.

Todas las personas cuentan con relojes biológicos que sincronizan el ciclo del sueño y pueden tener distintas

preferencias en cuanto a períodos de sueño, así como rendir mejor en diferentes momentos del día. Este reloj biológico se denomina oscilador interno y está situado detrás del hipotálamo; su ritmo se adapta gracias a factores del entorno como la luz, oscuridad o la actividad social; a estos factores se les denomina sincronizadores.

No se ha descubierto una causa simple como responsable del sueño. El control del sueño no se halla confinado a una parte limitada del cerebro sino que una gran cantidad de sistemas neuroquímicos interactúan en su regulación.

El que una persona permanezca despierta o se duerma depende del balance entre impulsos procedentes de la corteza cerebral (pensamientos) de los receptores sensoriales periféricos (sonidos o luz) y del sistema límbico (emociones).<sup>12</sup>

#### - Fases del sueño.

Existen dos tipos diferentes de sueño:

- El sueño REM. (rapid eye movement) caracterizado por movimientos oculares rápidos.
- El sueño NREM, que carece de este tipo de movimientos.

**El sueño NREM**, se conoce también como sueño de ondas lentas (en contraposición a las ondas alfa o beta de una persona despierta o alerta), se denomina sueño reparador y está asociado a un descenso del tono vascular periférico, y a una disminución de la presión sanguínea, frecuencia

---

<sup>12</sup> Becoña Iglesias, Elisardo; Vázquez Fernando. "Promoción de los estilos de vida saludable" 2008,p. 71.  
<<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>> (Noviembre 2011)

respiratoria y metabolismo basal.

Puede haber sueños pero estos no se recuerdan porque no tiene lugar un proceso de consolidación de los mismos en la memoria. Representa el 80% de la duración del sueño y está dividida en cuatro etapas:

**Etapa I:** El más ligero de los niveles de sueño, dura poco minutos, hay una menor actividad fisiológica que comienza con un descenso gradual de los signos vitales y del metabolismo. El sujeto se despierta fácilmente por estímulos sensoriales como el ruido. Va desapareciendo el ritmo alfa con aplanamiento y enlentecimiento del trazado.

**Etapa II:** Es una fase de sueño ligero, los procesos orgánicos siguen decreciendo, la relajación aumenta, se puede despertar fácilmente, dura de 10 a 20 minutos, las ondas cerebrales son de tipo theta y desaparecen totalmente los alfa. También aparecen otro tipo de ondas llamadas de husos o spindles en ráfagas de corta duración que son características del sueño.

**Etapa III:** Es una fase inicial de sueño profundo, es difícil despertar a la persona, los músculos están completamente relajados, los signos vitales disminuyen, dura de 15 a 30 minutos en esta fase se secreta hormona de crecimiento. Se incorporan las ondas cerebrales de tipo delta.

**Etapa IV:** Es la fase más profunda del sueño, es muy difícil despertar al sujeto; si tiene déficit de sueño se pasa la mayor parte en esta fase. Esta etapa restaura y descansa al organismo, los signos vitales disminuyen aún más, las ondas cerebrales son de tipo delta, y los músculos se encuentran

completamente relajados. La duración es de 15 a 30 minutos y en esta fase puede ocurrir sonambulismo y enuresis.

**El sueño REM:** Se produce después de cada ciclo NREM (90 minutos después de iniciado el sueño), hay sueños vividos, movimientos oculares rápidos, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria fluctuante, presión arterial elevada o fluctuante y pérdida de tono muscular. Es la fase donde es más difícil despertar al sujeto, dura de 10 a 20 minutos. Durante esta fase la persona revisa los acontecimientos del día y procesa y almacena la información. También se reorganizan los sistemas involucrados en mantener la energía y confianza en uno mismo y se produce una adaptación a los procesos emocionales; aumenta el jugo gástrico, el metabolismo, la temperatura corporal y se producen erecciones peneales. El EEG es desincronizado, semejante al de vigilia, y el consumo de oxígeno cerebral es mayor. Cuando la persona tiene mucho sueño, el REM dura poco y a medida que descansa va aumentando. En esta fase se fijan los recuerdos recientes y mejora la adquisición de aprendizaje. El anabolismo proteínico también es mayor.

Las cuatro etapas del NREM duran alrededor de una hora en adultos y van seguidas de un etapa III otra II y una etapa de REM de 10 minutos. Esta secuencia compone un ciclo de sueño.

**Ciclo de sueño:** El patrón normal de sueño de un adulto comienza con un período de presueño de 10 a 30 minutos (más si hay problemas para conciliar el sueño) después pasa por NREM I, II, III IV, III, II y una fase REM . Con cada ciclo las

fases III y IV NREM se acortan y se alargan los REM. Si el sujeto se despierta recomienza en el I. No todas las personas progresan de forma uniforme a través de las fases de sueño y cada fase varía de tiempo en cada persona. Los RN tienen más REM y los ancianos menos.

La persona dormida experimenta de cuatro a seis ciclos a lo largo de 7 -8 horas. Cada ciclo dura aproximadamente 90 minutos.

#### - **Funciones del sueño.**

El sueño tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos, Los niños tienen una mayor proporción de NREM IV durante la cuál se excreta hormona de crecimiento, Durante el NREM se conserva energía y hay una mayor actividad de división celular. El sueño REM facilita el aprendizaje, la memoria y adaptación conductual, prepara la mente y aclara las emociones del día.

Para realizar una adecuada valoración de la necesidad de sueño y descanso y elaborar un plan de cuidados individualizado tendremos que realizar una entrevista que recoja las pautas habituales de sueño del paciente, sus pautas actuales, los factores que alteran su sueño y el efecto que la alteración del sueño tiene sobre las otras necesidades y viceversa y además utilizar la observación para un examen físico del individuo así como de su entorno.

#### D. Consumo de Sustancias Estimulantes

Las sustancias estimulantes del sistema nervioso central, se caracterizan por incitar la actividad, intensificando la actividad física, la capacidad de atención, el estado de alerta, el estado de ánimo, así como suprimen el apetito y el sueño; actúan sobre determinados neurotransmisores, liberando sustancia que influyen sobre los aspectos antes mencionados. Los neurotransmisores afectados, dependen de cada sustancia, siendo los habituales la dopamina y la noradrenalina.

Dentro de las sustancias estimulantes, hay variaciones según su procedencia, existiendo drogas sintéticas y drogas naturales. Dentro de las sintéticas, se encuentran la anfetaminas, el éxtasis, los inhalantes y los esteroides. En el caso de las drogas naturales, están el café, las hojas de coca, la cocaína, el cacao, el tabaco, la efedrina (de la efedra) y el crack.

Las drogas, en general, obedecen a ciertos patrones de conducta dados sus efectos, sin embargo, en todos los casos los efectos están influenciados por determinadas contingencias como por la cantidad de sustancia, la calidad de la misma o las sustancias con que esté mezclada, el ámbito o el estado de ánimo y la forma de consumo.

Las drogas estimulantes no son la excepción. Sus efectos están vinculados por las eventualidades mencionadas. Igualmente, a grandes rasgos se pueden marcar ciertos efectos corrientes. Estas drogas, funcionan estimulando el sistema nervioso central. Alteran la actividad física, el estado de alerta y la agudeza mental y alteración el sistema digestivo.

## **E. Actividad Física, Ejercicio y Recreación como Estilos de Vida.**

Los avances tecnológicos y científicos han conducido a los países a la ampliación e intensificación de los criterios fundamentalmente de los estilos de vida: actividad física, ejercicio y recreación generando así una mejor calidad de salud en todas las personas. Es así que las instituciones de salud deben ser más eficientes y competitivas para promover la realización de los mismos como parte integrante de todo tratamiento y/o programas preventivo – promocionales con la finalidad de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y problemas psicosociales.

Por lo anteriormente expuesto es que se debe enfatizar sobre la realización de dichos programas, señalando que la actividad física, el ejercicio y la recreación se practique en forma regular para favorecer a nivel fisiológico y cognitivo el estado de la salud y calidad de vida de las personas, especialmente de los adultos mayores, logrando así personas saludables.

La actividad física, el ejercicio y la recreación deben realizarse en forma continua, racionalizada en tiempo y necesidades físicas de las personas adultas mayores.

### **Consecuencias de la inactividad física**

El sedentarismo se ha definido como carencia de actividad física de moderada a intensa. La falta de actividad física trae como consecuencia:

- El aumento de peso corporal por un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías, que puede alcanzar niveles catalogados como obesidad.

- Disminución de la elasticidad y movilidad articular, hipotrofia muscular, disminución de la habilidad y capacidad de reacción.
- Ralentización de la circulación con la consiguiente sensación de pesadez y edemas, y desarrollo de dilataciones venosas (varices).
- Dolor lumbar y lesiones del sistema de soporte, mala postura, debido al poco desarrollo del tono de las respectivas masas musculares.
- Tendencia a enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico.
- Sensación frecuente de cansancio, desánimo, malestar, poca autoestima relacionada con la imagen corporal, etc., lo que les impide realizar funciones básicas como respirar, dormir, caminar y jugar.
- Disminuye el nivel de concentración.

## 3.2. CÁNCER DE COLON

### 3.2.1. Definición

El cáncer de colon es una enfermedad en la que las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso. Es un tipo de cáncer bastante común en muchos países, pero también resulta fácil de detectar, tiene un alto grado de curación y tarda mucho en desarrollarse. El colon, junto con el recto (porción final del intestino grueso), es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta

labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo, adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal al máximo.<sup>13</sup>

### 3.2.2. Causas

- **Edad.** La mayor parte de los casos de cáncer de colon se presenta en pacientes mayores de 50 años.
- **Dieta.** El cáncer de colon parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra. En este sentido, actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones.
- **Herencia.** En el cáncer de colon desempeña un importante papel la herencia familiar, ya que existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente y predisponga a la persona a sufrir la enfermedad. Sin embargo, esto puede detectarse y el cáncer tratarse de manera precoz.
- **Historial médico.** Se ha demostrado que quienes tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad son las personas que tienen o han tenido: pólipos (crecimiento benigno) de colon o recto; Colitis ulcerosa (inflamación o ulceración del colon); Cáncer como mama, útero u ovario.
- **Parientes** que también han sufrido de cáncer de colon.
- **Estilo de vida.** Existen ciertos factores que dependen del estilo de vida y que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, por ejemplo, la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo.

---

<sup>13</sup> León Carbonero AI, López Alvarez MP, Dorta Delgado FJ: Cáncer de colon y recto (II). Tratamiento de la enfermedad localizada. En: Oncología clínica. Patología especial. 2ª edición. México: Interamericana; 2004. p. 41.

### 3.2.3. Síntomas de Cáncer de colon

El cáncer de colon tiene una larga evolución. Empieza con la formación de un pólipo (bulto que se forma junto a alguna membrana corporal) de carácter benigno. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad y pueden ser las siguientes:

- Cambios en los ritmos intestinales.
- Diarrea o sensación de tener el vientre lleno.
- Estreñimiento.
- Sangre en las heces.
- Cambios en la consistencia de las heces.
- Dolor o molestia abdominal.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Pérdida del apetito.
- Cansancio constante.
- Vómitos.<sup>14</sup>

### 3.2.4. Prevención

La investigación en este campo ha demostrado que algunos tipos de cáncer de colon se originan a partir de pólipos (pequeños bultos benignos). La detección precoz y extracción de estos pólipos puede ayudar a prevenir la aparición de la enfermedad. Una de las causas de la aparición de cáncer de colon es la predisposición genética debida a alteraciones en algunos genes por lo tanto, los individuos con familiares que son o han sido afectados por la enfermedad deben acudir a exámenes médicos periódicamente. Algunos hábitos poco saludables también podrían ser la causa de la aparición de la

---

<sup>14</sup> American Cancer Society. Síntomas y signos del Cáncer de Colon.  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/recursosadicionales/fragmentado/deteccion-temprana-del-cancer-colorrectal-symptoms-of-c-r-c>

enfermedad, de manera que seguir los siguientes consejos puede resultar muy beneficioso:

- No abusar del alcohol ni el tabaco.
- Controlar la obesidad. Se debe evitar el sobrepeso y el exceso de calorías en la dieta.
- Mantener una actividad física adecuada a la edad.
- Realizar ejercicio físico de manera regular.

En cuanto a la alimentación, seguir una dieta equilibrada constituye un importante factor preventivo. Es aconsejable, por tanto, seguir las siguientes recomendaciones:

- No abusar de comidas ricas en grasas.
- Disminuir el consumo de grasas de manera que no superen el 20% del total de calorías de la dieta.
- Consumir preferentemente grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) y poliinsaturadas (aceite de pescado).
- Disminuir el consumo de carnes rojas.
- Aumentar el consumo de pescado y pollo.
- Incorporar a la dieta alimentos ricos en fibra. Tomar una cantidad de fibra de al menos 25 gramos diarios, en forma de cereales y pan integral.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras. Consumir cantidades óptimas de frutas y vegetales, especialmente del género Brassica (coliflor, coles de Bruselas, brócoli), así como de legumbres.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Macarulla Teresa. El médico en casa. Comprender el cáncer de colon y de recto. España: Amat; 2011. p. 26.

### 3.2.5. Diagnósticos

El cáncer de colon tiene unas expectativas muy positivas si se detecta precozmente. El médico informa a la persona afectada sobre el estado de la enfermedad, su tratamiento, los efectos secundarios del mismo y dónde encontrar asociaciones de apoyo. Para detectar un cáncer de colon se utilizan varias técnicas, como las que se describen a continuación:

- **Tacto rectal.** Es una exploración física que el médico realiza introduciendo un dedo en el ano para detectar anomalías en la parte inferior del aparato digestivo, como, por ejemplo, sangre, bultos anormales o si el paciente siente dolor.
- **Sigmoidoscopia.** Es una exploración que consiste en introducir por el ano un tubo que transmite luz e imagen, y que se llama endoscopio. Con él se puede examinar el recto y la parte final del colon (unos 60 cm), y detectar algunos de los pólipos que pudiera haber allí.
- **Colonoscopia.** Es una exploración similar a la sigmoidoscopia, pero el tubo utilizado es más largo y permite recorrer todo el colon. Facilita la toma de muestras de tejido (biopsia) en áreas en las que se sospecha que pudiera haber algún tumor, y después se realiza un estudio con un microscópico. Normalmente se realiza con anestesia y el riesgo de que surjan complicaciones es muy bajo.
- **Estudio genético.** Si existen antecedentes familiares o se sospecha de la posibilidad de un cáncer hereditario, es aconsejable realizar un estudio genético para detectar anomalías. En caso de existir alteraciones genéticas en la familia, se deben iniciar las exploraciones de colon y recto a una edad temprana (20

años) y continuarlas periódicamente.

- **Prueba de sangre oculta en heces (SOH).** También se la conoce con sus siglas en inglés: FOBT, y consiste en una prueba para detectar sangre en las heces. Se ha demostrado que esta prueba reduce la probabilidad de muerte por cáncer de colon.
- **Enema de bario con doble contraste.** Consiste en una serie de radiografías del colon y el recto que se toman después de que al paciente se le haya aplicado un enema con una solución blanca calcárea que contiene bario para mostrar radiológicamente con detalle el colon y el recto.

### 3.2.6. Tratamientos

Entre los tratamientos que se siguen comúnmente están: la cirugía o extirpación de la zona afectada, la radioterapia o aplicación de rayos de alta energía con la finalidad de destruir las células malignas, la quimioterapia o administración de fármacos que destruyen las células cancerosas y la inmunoterapia o estimulación del propio sistema defensivo del paciente para que sea éste el que elimine las células dañinas. Aunque estos tratamientos no deberían acarrear graves trastornos, ninguno de ellos está exento de efectos secundarios, que pueden ser más o menos graves según el paciente.

- **Cirugía:** Mediante una operación en quirófano, se extrae la parte afectada por el cáncer. Se practica en todas las etapas de extensión de la enfermedad, pero cuando se trata de tumores en fase inicial se puede extraer un pólipo mediante el colonoscopio para examinarlo. Según los resultados, se extirpará el cáncer y una parte circundante de tejido sano, y luego se limpian los ganglios de la zona. Otra posibilidad es realizar una apertura

desde el colon hacia el exterior (colostomía), en cuyo caso la persona tendrá que usar una bolsa especial de uso externo donde se recogerán las heces. La colostomía puede ser transitoria o permanente.

- **Radioterapia.** Consiste en aplicar rayos de alta energía sobre la zona afectada, con el fin de destruir las células cancerosas. Sólo afecta a la zona en tratamiento, y puede aplicarse antes de la cirugía (para reducir el tumor y poder extraerlo más fácilmente), o después de la cirugía (para terminar de destruir las células cancerosas que pudieran haber quedado).
- **Quimioterapia.** Consiste en la administración de fármacos que destruyen las células cancerosas. Se realiza insertando un tubo en una vena (catéter), e inyectando los fármacos a través de un sistema de bombeo. Suele administrarse tras la operación quirúrgica.
- **Inmunoterapia.** Consiste en estimular o restaurar las propias defensas inmunitarias del organismo. Para ello se emplean productos naturales o fabricados en el laboratorio.<sup>16</sup>

### 3.2.7. Otros datos

**Efectos secundarios:** varían según el tratamiento, pero la mayoría son temporales. El paciente debe informar al médico sobre los que puedan aparecer.

- **La cirugía** puede provocar dolor y debilidad en la zona afectada y diarrea temporal. Y si ha sido necesario practicar una colostomía, puede producirse una irritación de la piel alrededor de

---

<sup>16</sup> Vicent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. "Cancer. Principles and Practice of Oncology". 2007. p. 29.

la apertura realizada.

- **La quimioterapia**, por su parte, afecta tanto a células cancerosas como normales y puede producir náuseas, vómitos, caída del cabello (aunque éste siempre vuelve a crecer), diarrea y fatiga.
- **La inmunoterapia** puede provocar síntomas parecidos a la gripe, como fiebre, escalofríos, debilidad y náuseas. Control y seguimiento del cáncer de colon
- Después de recibir tratamiento, hay que realizar algunas actividades de seguimiento importantes que pueden ayudar al paciente a hacer frente a su situación.
- **Atención de seguimiento.** Después de finalizado el tratamiento y durante años, se realizan exámenes periódicos, muy importantes para el paciente ya que pueden detectar la reaparición del cáncer. Las pruebas de seguimiento incluyen un cuidadoso examen físico general y un examen rectal más específico, una colonoscopia y análisis de sangre para marcadores tumorales como el antígeno carcinoembrionario (CEA). Si los síntomas o los resultados de las pruebas comunes sugieren una reaparición del cáncer, también pueden hacerse radiografías de tórax, tomografías computarizadas y pruebas de imágenes por resonancia magnética. Ante cualquier síntoma nuevo o persistente, se debe consultar con el médico de inmediato.
- **Marcadores tumorales.** El antígeno carcinoembrionario (CEA) es una sustancia que se encuentra en la sangre de algunas personas con cáncer de colon. La prueba de sangre del antígeno carcinoembrionario se usa con más frecuencia con otras pruebas

para el seguimiento de pacientes que ya han tenido cáncer y han recibido tratamiento. Esta prueba puede alertar precozmente de la reaparición de un cáncer. El antígeno carcinoembrionario puede estar presente en la sangre de algunas personas que no tengan cáncer de colon. El fumar también puede aumentar los niveles de éste antígeno. Por eso, no puede considerarse como una prueba específica para detectar cáncer de colon.

- **Para pacientes con colostomías.** Para tratar el cáncer de colon se requieren actualmente pocas colostomías permanentes. La mayoría de éstas se llevan a cabo debido a tumores que se encuentran cerca del extremo o inferior del recto. Si el paciente ha tenido una colostomía, el seguimiento es importante. Es posible que se sienta preocupado o aislado de las actividades normales. Un terapeuta especializado en colostomías puede enseñar al paciente a atender su colostomía.

**Etapas de la enfermedad:** el médico necesita saber en cuál de ellas se encuentra el cáncer para planificar el tratamiento adecuado.

- **Etapa 0 o carcinoma in situ:** En esta etapa temprana, el cáncer se encuentra en la capa más superficial del colon.
- **Etapa I:** El cáncer se ha diseminado a la segunda y tercera capas, pero no ha alcanzado todavía la parte más profunda del intestino y mide menos de 2 cm.
- **Etapa II:** El cáncer se ha extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos, que, repartidos por todo el cuerpo, producen y almacenan células capaces de combatir las infecciones. El tumor mide más de 2 cm de

diámetro.

- **Etapa III:** El cáncer se ha extendido ya a los ganglios linfáticos, pero no a otros órganos.
- **Etapa IV:** El cáncer ha llegado a otros órganos del cuerpo (principalmente tiende a invadir el hígado y los pulmones).<sup>17</sup>

## 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 4.1. A Nivel Local

Rubio Valenzuela, Gaby Francisca. (2011) Arequipa. Estudio: Comportamiento Epidemiológico, Endoscópico y Patológico del Cáncer Colorectal en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud. Arequipa entre los años 2006 – 2008. Concluyó que: En relación al comportamiento epidemiológico del cáncer colorectal en nuestro medio podemos concluir, que la población que presenta esta patología es predominantemente la mayor de 60 años en un 69.5%. Se ha observado una discreta tendencia de presentarse más en el sexo femenino 54.7% que en el masculino 45.3%, así mismo se observa que la mayoría de pacientes niegan la presencia de antecedentes familiares relacionados a cáncer colorectal 96.8%. Se observa una alta frecuencia de pacientes con cáncer colorectal que refieren entre hábitos nocivos el consumo de alcohol o tabaco de forma aislada o combinada 42.2%, 6.3%, 27.4% respectivamente. Asimismo, se observó una alta frecuencia de pacientes con antecedentes de colecistectomía. En relación al comportamiento clínico, las manifestaciones clínicas del cáncer colorectal son inespecíficas y se encuentran presentes en diversas patologías digestivas. Las manifestaciones más frecuentemente referidas por los pacientes son la presencia de sangrado digestivo bajo (56.8%), asociado a dolor abdominal (43.1%) y

---

<sup>17</sup> Napa Valle, César H. Estudio: Cáncer Colon – Rectal En El Hospital Militar Central. Lima; 1999. p. 48.

disminución de peso (52.6%). En cuanto a la endoscopia digestiva baja, observamos que en nuestro medio el tipo exofítico (58.9%) de entre 1 a 4 cm (30.5%), es la lesión más frecuente en presentarse, así mismo se observó que en la población estudiada sólo observaron dos casos de neoplasias sincrónicas, en la endoscopia y posteriormente su diagnóstico fue corroborado por anatomía patología. En relación al comportamiento patológico, se observó que la mayoría de lesiones son del tipo adeonocarcinoma (96.8%), siendo el grado moderadamente diferenciado el más frecuente (63%). Así mismo podemos afirmar que la mayoría de lesiones al momento del diagnóstico se encuentran en un estadio avanzado.

#### **4.2. A nivel Nacional**

Napa Valle, César H. (1999) Lima. Estudio: Cáncer Colo – Rectal En El Hospital Militar Central. Concluyó que en el Hospital Militar Central el cáncer de colon ocupa el segundo lugar después del cáncer del estómago. El cáncer de recto ocupa el tercer lugar. La séptima década de la vida fue la más afectada (36%) y la edad media al diagnóstico fue de 65 años en cáncer de colon. En el recto la sexta y séptima década de la vida fue la más afectada (77.2%) y la edad media al diagnóstico fue de 70 años. La mayor incidencia se presentó en colon sigmoideas 48% y en recto inferior el 50%. El tipo estenosante (54.5%) predominó macroscópicamente en colon. En recto el tipo proliferativo (47%). El tipo histológico medianamente diferenciado predominó en colon 64.7% y recto 76.0%. El estadio B2 49% y C2 37% se presentaron en cáncer de colon. En recto B2 76.4% fue el prevalente. El 53.5% consultaron después de los 4 meses de iniciados los síntomas. El promedio de tiempo transcurrido fue de 6 meses. La efectividad diagnóstica global fue de 78% con exámenes complementarios. La resecabilidad fue del orden del 88% en cáncer de colon y 32% en cáncer de recto, como

cirugía curativa. La supervivencia a los 3 años de cáncer de colon fue de 57% y 29% de cáncer de recto. Llama la atención el porcentaje tan alto de pacientes que acuden con enfermedad avanzada; probablemente fueron tratados asumiendo ser portadores de patología benigna, o los pacientes no tuvieron conciencia de la gravedad de su enfermedad.

#### **4.3. A Nivel Internacional**

Ortega Esteban, Paloma. (2000). España. Expresión génica diferencial de la vía WNT y de moléculas de adhesión y matriz extracelular en cáncer colorectal esporádico con y sin inestabilidad en microsatélites. Concluyó que el estudio de expresión diferencial de la vía WNT y de moléculas de adhesión y matriz extracelular en cáncer colorectal con y sin inestabilidad en microsatélites, permite concluir que existe una mayor activación de la vía WNT y una mayor expresión del gen diana MMP-7 en tumores estables o con baja inestabilidad, con respecto al grupo de alta inestabilidad. Estos datos sugieren una menor invasividad de los cánceres con alta inestabilidad, lo cual se correspondería con el pronóstico clínico más favorable que confiere este tipo tumoral.

### **5. HIPOTESIS**

Teniendo en cuenta que el cáncer se produce como resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, dentro de ellos los estilos de vida no saludables, alimentación, eliminación y recreación.

Es probable que los estilos de vida no saludables estén asociados a la incidencia de cáncer de colón en los pacientes adultos de la Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa



## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACION**

La selección de la técnica e instrumentos se hizo con la finalidad de contar con la información de las unidades de investigación en forma clara y precisa.

##### **1.1. Técnica**

La técnica usada fue la Entrevista

##### **1.2. Instrumento**

El instrumento usado fue la Cédula de entrevista estructurada.

#### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

##### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio se realizó en Liga de Lucha contra el Cáncer Arequipa, específicamente en los consultorios externos.

## 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El trabajo de Investigación se desarrolló durante los meses de Agosto a Diciembre del 2014.

## 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de cáncer de colon.

### 2.3.1. Universo

Conformado por 20 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon que asisten a los consultorios externos para control y tratamiento.

### 2.3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión

#### - De Inclusión

- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes de asistencia regular al tratamiento y control médico
- Pacientes en estado de recuperación

#### - De Exclusión

- Pacientes que no deseen participar en la investigación
- Pacientes en estado terminal

Con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por 20 pacientes con cáncer de colon asistentes a los Consultorios Externos para control y tratamiento.

### **3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. Organización**

- Se coordinó con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para tramitar carta de presentación y permiso en la Liga de Lucha Contra el Cáncer.
- Obtenido el permiso se coordinó con la enfermera Jefe del Servicio de Oncología y estableció el cronograma de fechas para la recolección de los datos en consultorios externos.

#### **3.2. Validación del Instrumento**

En cuanto al instrumento fue validado por expertos.

#### **3.3. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS**

- Concluida la recolección de datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.
- Se procedió a la elaboración de las tablas estadísticas y elaboración de las gráficas correspondientes. El análisis estadístico consistió en la determinación de las frecuencias y porcentajes.
- Se presentó las conclusiones del trabajo.



## I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADOS DE ESTUDIO

TABLA N° 1

### PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2014

Edad	N°	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	10.00
40 – 49 años	4	20.00
50 – 59 años	6	30.00
60 a más	8	40.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la tabla N° 1 se observa que los pacientes adultos atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa en mayores porcentajes 40% y 30% tienen edades de 50 a más de 60 años de edad.

Los menores porcentajes del 20% y 10% corresponden a las edades comprendidas entre 30 y 49 años.

Considerando la edad, se afirma que los pacientes adultos maduros y mayores son los que sufren este tipo de cáncer.

TABLA N° 2

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2014**

<b>Género</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	13	65.00
Masculino	7	35.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

Según el género, en la tabla N° 2 se aprecia que hay un predominio del género femenino (65%), la diferencia porcentual del 35% pertenece al género masculino.

Lo que coincide con la bibliografía oncológica consultada, que indica que el cáncer de colon es más frecuente en el género femenino.

TABLA N° 3

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	6	30.00
Periurbana	9	45.00
Rural	5	25.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la tabla N° 3 se observa que los pacientes adultos investigados en mayoría (45%) viven en zonas periurbanas, siguiéndole el 30% de pacientes que residen en zonas urbanas y el 25% en zona rural.

Considerando la idiosincrasia de cada zona se sostiene que los pacientes adultos que residen en las zonas periurbana y rural están en mayor riesgo de tener cáncer de colon por el tipo de alimentación rica en hidratos de carbono y grasa.

**TABLA N° 4**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN TRABAJO. LIGA DE  
LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**

Trabaja	N°	%	Ocupación	N°	%
Si	9	45.00	- Agricultura	3	20.00
			- Vendedor ambulante	3	20.00
			- Comerciante	2	4.00
			- Obrero	1	2.00
			<b>Sub-total</b>	<b>9</b>	<b>45.00</b>
No	11	55.00			
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>			

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la tabla N° 4 se observa que el 45% de los pacientes adultos trabajan en ocupaciones diversas, predominando las de agricultura y vendedor ambulante. Más de la mitad (55%) no trabaja por la edad y por el factor desocupación.

TABLA N° 5

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS.  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**

Nivel	N°	%
Primario	7	35.00
Secundario	11	55.00
Superior	2	10.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

Los pacientes adultos investigados poseen instrucción, en mayoría (55%) de nivel secundario; el 35% de nivel primario y el 10%, superior.

En términos generales tienen buen nivel instruccional.

## II. INFORMACIÓN SOBRE VARIABLE ESTILOS DE VIDA

TABLA N° 6

### PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014

Alimentos que componen su alimentación	N°	%
- Carnes rojas	14	70.00
- Carnes blancas	8	40.00
- Menestra	9	20.00
- Harinas	11	55.00
- Vegetales	6	30.00
- Frutas	6	30.00
- Azucares	10	50.00
<b>Media Aritmética</b>	<b>11</b>	<b>55.00</b>
Porciones de comida	N°	%
Abundantes	13	65.00
Moderadas	5	25.00
Pequeñas	2	10.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>
Horario de alimentos	N°	%
Regular	10	50.00
Irregular	10	50.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>
Consumo de líquidos	N°	%

Si: agua, cocimientos	14	70.00
No	6	30.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

Al análisis de los datos obtenidos sobre el estilo de vida. Alimentación practicado por los pacientes adultos atendidos en Liga De Lucha Contra El Cáncer se tiene que su alimentación, está compuesta en un 55% promedio de carnes, menestras, harinas vegetales, azucares, predominado el consumo de carnes rojas, harinas y azucares. Las carnes blancas, las menestras, los vegetales y las frutas son consumidos en menor proporción y porcentajes. Las porciones son abundantes en el 65% y en un 50%, el consumo lo hacen en horario irregular. El 70% toma líquidos: cocimientos y gaseosas preferentemente.

En resumen, el estilo de vida alimentación practicado por los pacientes no son saludables y por sus características se constituye en riesgo de cáncer de colon.

**TABLA N° 7**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA.  
ELIMINACIÓN INTESTINAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER.  
AREQUIPA, 2014**

<b>Frecuencia en deposiciones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0
Interdiaria	5	25.00
Dos veces a la semana	9	45.00
Una vez a la semana	6	30.00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>55.00</b>

<b>Consistencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Heces duras	15	75.00
Heces blandas	1	5.00
Heces liquidas/diarrea	4	20.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

<b>Sangre en Heces</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	18	90.00
No	2	10.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

El estilo de vida. Eliminación Intestinal en los pacientes adultos investigados, en cuanto a la frecuencia de deposiciones, el 100% hacen deposiciones pasadas las 24 horas de ellos, el 45% dos veces a la semana; el 30% una vez a la semana y el 20% restante cada dos días. La consistencia de las heces es dura en el 75% y con presencia de sangre en el 90%.



TABLA N° 8

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA.  
ACTIVIDAD Y EJERCICIO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER.  
AREQUIPA, 2014**

Actividad y Ejercicio	N°	%
Ejercicios físicos	4	20.00
Caminatas	7	35.00
Deportes	2	10.00
No realiza	7	35.00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la tabla N° 8 se aprecia que el estilo de vida. Actividad y ejercicio, los pacientes adultos investigados en mayoría no lo practican (35%) ;el 55 % acumulado si lo practican a través de ejercicios físicos y caminatas y solo el 10% a través de deporte.

TABLA N° 9

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTILO DE VIDA.  
RECREACIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**

Recreación	N°	%
Reuniones sociales	20	100.00
Asistencia a clubes	0	0
Televisión	19	95.00
Lectura	10	50.00
Artes marciales	8	40.00
<b>Media Aritmética</b>	<b>11</b>	<b>55.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la tabla N° 9 se aprecia que los pacientes adultos investigados en el 55% promedio realizan actividades de recreación, predominando el ver televisión con el 95%, la lectura con el 50% y artes marciales con el 40%.

TABLA N° 10

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE  
SUSTANCIAS ESTIMULANTES. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER.  
AREQUIPA, 2014**

<b>Consumo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alcohol	6	30.00
Tabaco	8	40.00
Condimentos	20	100.00
Café – té	16	80.00
<b>Media Aritmética</b>	<b>13</b>	<b>65.00</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Arequipa, 2014

En lo relacionado al consumo de sustancias estimulantes, los pacientes adultos investigados en el 65% promedio consumen sustancias estimulantes, predominando el té y café con el 80% y condimentos el 100%; en menores proporciones y porcentajes consumen alcohol y tabaco.



TABLA N° 11

## INCIDENCIA DE CANCER DE COLON. AREQUIPA, 2012.

Incidencia	N°	%
Estadio I	5	45.00
Estadio II	4	36.00
Estadio III	2	19.00
<b>Media Aritmética</b>	<b>11</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Revista “Confianza”, Liga de Lucha Contra el Cáncer, 2012.

En la tabla N° 11 se observa que el 45% de incidencia es del Estadio I el cual refleja el mayor porcentaje, el 36% de incidencia es del Estadio II y el 19% de incidencia es del Estadio III lo cual representa que el Estadio II y III son de menor proporción.

## CONCLUSIONES

**Primera:** Las características de los estilos de vida: alimentación, eliminación, actividad y ejercicio, descanso y sueño, consumo de sustancias estimulantes y recreación practicados por los pacientes adultos atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer no son saludables. Debido al consumo de grasas, hidratos de carbono, comidas abundantes en horario irregular y sedentarismo por lo que se constituyen en factores de riesgo de cáncer de colon, así mismo se encontró que la incidencia es mayor en pacientes de género femenino y en personas adultas mayores a 60 años de edad.

**Segunda:** Según el estudio realizado en la revista “Confianza” de la Liga de Lucha Contra el Cáncer en el año 2012 muestra que la incidencia de cáncer de colon, es en mayor porcentaje en el estadio I, ya que los pacientes que acuden a dicho establecimiento lo hacen de forma preventiva; así mismo en menor porcentaje en los estadios II y III.

**Tercera:** Los estilos de vida: alimentación, eliminación, actividad y ejercicio, descanso y sueño, consumo de sustancias estimulantes y recreación, practicados por los pacientes adultos atendidos en Liga de Lucha Contra el Cáncer están asociados al cáncer de colon en sus tres estadios, significativamente en forma dependiente.

## RECOMENDACIONES

Como recomendación se propone:

**Primera:** A la Señora gerente de la Liga de Lucha contra el Cáncer y al personal asistencial que se encargan de la prevención, de los Centros Detectores del Cáncer: Se realice educación continua, individual y/o colectiva a grupos poblacionales vulnerables y no vulnerables a la incidencia de cáncer de colon fomentando de esta manera estilos de vida saludables y controles preventivos.

**Segunda:** Se propone a la Liga de Lucha Contra el Cáncer: Que todo lo aprendido por los pacientes y población en general a los cuales se les haya dado una educación preventiva debe ser monitoreado a fin de que se dé amplio y confiable cumplimiento a lo indicado anteriormente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. Síntomas y Signos del Cáncer de Colon. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/recursosadicionales/fragmentado/deteccion-temprana-del-cancer-colorrectal-symptoms-of-c-r-c>
2. Bazán E. Mariam. Nutrición: ¿Cómo nutrir mejor a nuestros hijos?. Ed. Vergara. Barcelona – España. 2001. p. 52-56.
3. Becoña Iglesias, Elisardo; Vázquez Fernando. “Promoción de los estilos de vida saludable” 2008. p. 56. <<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>> (Noviembre 2011)
4. Bokey EL, Moore JW, Chapuis PH, et al.: morbilidad y mortalidad después de hemicolectomía derecha laparoscópica asistida por el cáncer. Dis Colon Recto 39 (10 Suppl): S24-8, 1996 [PUBMED Abstract]
5. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico – Quirúrgica. México; Interamericana: 2007. p. 45.
6. Dyer, Wayne. La Alimentación de nuestros hijos. Editorial Grijalbo, Barcelona - España. 1999. p. 36.
7. Espinoza González, Leticia. “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud- enfermedad” 2004, Revista Cubana Estomatol 1961 p. 41-43. <[http://wwwbvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09304.htm](http://wwwbvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm)> (Noviembre 2011)
8. León Carbonero AI, López Alvarez MP, Dorta Delgado FJ: Cáncer de colon y recto (II). Tratamiento de la enfermedad localizada. En: Oncología clínica. Patología especial. 2ª edición. México: Interamericana; 2004
9. Macarulla Teresa. El médico en casa. Comprender el cáncer de colon y de recto. España: Amat; 2011. p. 26.

10. Napa Valle, César H. Estudio: Cáncer Colon – Rectal En El Hospital Militar Central. Lima; 1999. p. 48.
11. NCI (National Cancer Institute). Cáncer de colon (PDQ(r)). Tratamiento. Fecha de actualización: 09/23/2003
12. Organización Mundial de la Salud. Nutrición y Salud. 1996.
13. Semanas JC, Nelson H, Gelber S, et al.: a corto plazo los resultados de calidad de vida tras una colectomía laparoscópica asistida vs colectomía abierta para el cáncer de colon: un ensayo aleatorio. JAMA 287 (3): 321-8, 2002
14. Skiber JM, Minsky BD, Hoff PM: Cancer of the colon. In: Cáncer: Principles and Practice of Oncology. Vol. 6th edition. DeVita VT, Helman S, Rosenberg SA. 2001, 1216-70; 1271-1318
15. Vicent T. DeVita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. “Cancer. Principles and Practice of Oncology”. 2007. p. 29.
16. Vives Iglesias, Annia Esther. “Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria”. 2007. p. 22, 55  
<[http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4\\_CORBACHO.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4_CORBACHO.pdf)>  
(Noviembre 2011)

## HEMEROGRAFÍA

17. Liga de Lucha contra el Cáncer. Rev. Confianza (vol. 41) Arequipa. 2011. p. 12.
18. Liga de Lucha Contra el Cáncer. Revista Informativa. Arequipa, 2014. p. 20.
19. Napa Valle, César H. Estudio: Cáncer Colo – Rectal En El Hospital Militar Central. Lima; 1999
20. Ortega Esteban, Paloma. Expresión génica diferencial de la vía WNT y de moléculas de adhesión y matriz extracelular en cáncer colorrectal

esporádico con y sin inestabilidad en microsatélites. España; 2000

21. Rubio Valenzuela, Gaby Francisca. Estudio: Comportamiento Epidemiológico, Endoscópico y Patológico del Cáncer Colorectal en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud. Arequipa entre ' años 2006 – 2008. Arequipa; 1999.

#### INTERNET

1. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm>.
2. <http://www.unizar.es/gine/colonca.htm>.
3. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/colon/HealthProfessional/page1>





# ANEXOS

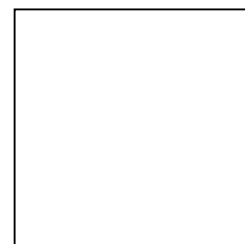
## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Yo ..... de ..... años de edad, identificado con DNI ..... y con domicilio .....habiendo me explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: **ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CANCER DE COLON EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA, 2014**, el que se realizará en el presente año 2015 y que dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Estando en pleno uso de mis facultades mentales, acepto participar en la investigación para lo cual suscribo el presente documento.

Fecha: .....

Firma .....Huella digital



**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Enfermería**

**Cédula de Entrevista**

**I. Información General**

1. ¿Qué edad tiene Ud.? \_\_\_\_\_
2. ¿Donde vive Ud.?  
Zona urbana ( )  
Zona periurbana ( )  
Zona rural ( )
3. ¿Ud. Trabaja?  
Si ( ) No ( )
4. ¿Cuál es su ocupación?  
\_\_\_\_\_
5. ¿De qué nivel son sus Estudios?  
Primario ( )  
Secundario ( )  
Superior ( )

**II. Estilos de vida**

**A. Alimentación**

1. En su alimentación cotidiana:  
¿Qué tipo de alimentos consume con mayor frecuencia?  
Embutidos ( )  
Carne de res ( )  
Carne cerdo ( )  
Carne de pollo ( )  
Carne de pescado ( )  
Carne de soya ( )  
Azúcar blanca ( )  
Azúcar rubia ( )  
Edulcorantes ( )  
Leche de vaca ( )  
Leche de evaporada ( )  
Leche de soya ( )  
Verduras ( )  
Hortalizas ( )  
Frutas ( )  
Menestras ( )

2. Durante el día, consume líquidos?

Si ( ) No ( )

3. Si consume líquidos, de que tipo los consume con mayor frecuencia?

Cocimientos ( )

Te ( )

Café ( )

Agua ( )

Gaseosas ( )

Jugos ( )

4. Cuántos vasos al día?

1 – 2 ( )

3 – 4 ( )

4 – 6 ( )

6 – 8 ( )

6. Las porciones de comida que consume en el almuerzo y en la cena son:

Abundantes ( )

Moderadas ( )

Pequeñas ( )

7. El consumo de sus alimentos lo hace en horario

Regular ( )

Irregular ( )

#### B. Eliminación intestinal

8. Con que frecuencia hace Ud. deposición \_\_\_\_\_

9. Si Ud. Ha observado su deposición, de que consistencia son las heces

Duras ( )

Blandas ( )

Líquidas ( )

10. Ud. Ha observado eliminación de sangre junto con las suposiciones

Si ( )

No ( )

#### C. Actividad y ejercicio

11. Durante la semana Ud. Realiza:

Actividades físicas ( )

Caminatas ( )

Deporte ( )

D. Descanso y sueño

12. Ud. Hace siesta en el día

Si ( )

No ( )

13. Durante el día tiene periodos de descanso

Si ( )

No ( )

E. Consumo de sustancias estimulantes

14. Ud. Consume frecuentemente:

Alcohol ( )

Tabaco ( )

Condimentos ( )

F. Recreación

15. Ud. Matiza su trabajo diario o semanal con las siguientes actividades:

Reuniones sociales ( )

Asistencia a clubes ( )

Televisión ( )

Lectura ( )

Artes manuales ( )

Gracias