

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

Conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en una población de choferes. Empresa de transporte y servicios especiales sur Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Chorrillos, 2010.

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Cristhine Natalie Valdez Junco

ASESOR

Mag. Luisa Hortensia Rivas Díaz De Cabrera

Lima – Perú

2011

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE COLON Y SUS MEDIDAS
PREVENTIVAS EN UNA POBLACIÓN DE CHOFERES.
EMPRESA DE TRANSPORTE Y SERVICIOS
ESPECIALES SUR LIMA.
CHORRILLOS. 2010.**

A Dios por haber guiado mi camino
en cada instante,
por motivarme a estudiar una carrera
tan humana y bella.

A mis padres, hermanas, a
mi tía Consuelo, tíos y padrinos por el
apoyo brindado durante todo este
tiempo de estudios.

A la Mag. Luisa Rivas por sus
enseñanzas y la paciencia brindada
para realizar este trabajo.

A mi tío el Dr. Primo Ricardo
Pacheco Núñez por enseñarme
el amor al prójimo y buscar
siempre su bienestar.

Al Padre Timoteo y a Sor Luz María
por enseñarme que a pesar
de las adversidades siempre
hay un mañana y
que Dios y María Auxiliadora
estarán ahí para guiarme y cuidarme.

A Francisco por apoyarme
en los momentos difíciles y
por hacerme reír a cada instante.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
INDICE GENERAL	iv
IIINDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
SUMMARY	ix
PRESENTACIÓN	x
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento del Problema.....	1
B. Formulación del Problema.....	8
C. Justificación.....	8
D. Objetivos.....	9
• General.....	9
• Específicos.....	10
E. Propósito.....	10
F. Marco Teórico.....	11
F.1. Antecedentes.....	11
F.2. Base Teórica.....	18
1. Aspectos Teóricos - Conceptuales del Cáncer de Colon.....	18
2. Rol del Enfermero en la Prevención del Cáncer de Colon.....	57
3. Generalidades sobre el Conocimiento.....	84
4. Cultura de Prevención.....	91
G. Hipótesis.....	98
H. Definición Operacional de Términos.....	98

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio.....	100
B. Sede de Estudio.....	100
C. Población y/o Muestra.....	101
D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	102
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos.....	103
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	105
G. Consideraciones Éticas.....	105

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. Resultados.....	107
B. Discusión de Resultados.....	112

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	118
B. Limitaciones.....	120
C. Recomendaciones.....	120

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....

122

BIBLIOGRAFÍA.....

127

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos N°	Pág.
1. Conocimientos sobre el Cáncer de Colon de los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.....	109
2. Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.....	111

RESUMEN

En el estudio titulado “Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas en una Población de Choferes. Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima Chorrillos. 2010” ha sido realizado en la ciudad de Lima, debido a que el Cáncer de Colon es considerado actualmente una neoplasia que encuentra en aumento a nivel mundial. Es por ello la importancia del Rol de la Enfermera en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fomentando los estilos de vida saludable generando entornos laborales saludables como parte de las medidas preventivas para así disminuir el riesgo de enfermar en la población y contribuir en el mejoramiento de las condiciones de salud y productividad laboral. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en los choferes que laboran en la Empresa de Transporte Sur Lima, con el propósito de incentivar al Profesional de Enfermería a asumir su rol preventivo - promocional en los centros laborales y que la gerencia de la Empresa de Transportes desarrolle acciones que fomenten la salud del personal y disminuir sus factores de riesgo. El diseño metodológico del trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 60 choferes cuyas edades van de los 30 a 60 años, donde se concluye que la mayoría el 78.3% (47) de los choferes que

laboran en la Empresa de Transporte no conocen sobre el Cáncer de Colon y sus medidas preventivas.

Palabras Claves: Cáncer de Colon, Conocimientos, Medidas Preventivas.

SUMMARY

In the study entitled "Knowledge of Colon Cancer and Preventive Measures in a Population of Drivers. Transportation Company and Special Services South Lima Chorrillos. 2010" has been held in Lima due to Colon Cancer is considered nowadays a neoplasm that is increasing worldwide. That is why the importance of the role of the nurse in health promotion and disease prevention by promoting healthy lifestyles creating healthy work environments as part of preventive measures in order to reduce the risk of disease in the population and contribute in improving health conditions and productivity. The objective was to determine knowledge about colon cancer and its preventive measures in the drivers working in the South Lima Transportation Company, in order to encourage nursing professionals to assume its role of prevention - promotion in the workplace and management of the Transport Company to develop actions that promote personal health and reduce their risk factors. The methodological design of this study is quantitative, application level, cross sectional method. The study population consisted of 60 drivers ranging in age from 30 to 60 years, which concludes that most, 78.3% (47) of drivers who work in the Carrier do not know about Colon Cancer and preventive measures.

Keywords: Colon cancer, knowledge. Preventive measures.

PRESENTACIÓN

El Cáncer es una enfermedad que a nivel mundial se le atribuye 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales). Entre los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual tenemos los siguientes: pulmón (1,4 millones), estómago (866 000), hígado (653 000), colon (677 000), mama (548 999), de las cuales aproximadamente el 72% de estas se registraron en países de ingresos económicos bajos y medianos.

En el Perú, el cáncer ha cobrado importancia como problema de Salud Pública, no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias, habiéndose convertido en la segunda causa entre las muertes registradas en nuestro país, entre la variedad de neoplasias que hay el cáncer de colon se encuentra con alta incidencia a nivel mundial, siendo este el segundo más frecuente entre las mujeres y el tercero entre los hombres.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú se detectan anualmente 2000 casos de cáncer de colon, de los cuales 1100 fallecen, ubicando a esta neoplasia en el cuarto lugar de mortalidad, para ello es importante la promoción y prevención de la

enfermedad, a más temprano se detecta la enfermedad mayor serán las posibilidades de sobrevivir puesto que es una neoplasia silenciosa y que presenta síntomas cuando la enfermedad se encuentra muy desarrollada.

De ahí la importancia de realizar el presente trabajo de investigación titulado: **“Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas en una Población de Choferes. Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010”**, tuvo como objetivo general determinar los conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en los choferes que laboran en la Empresa de Transporte Sur Lima.

Los hallazgos del estudio proporcionaron datos reales sobre el conocimiento que poseen los choferes sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas, para así poder incentivar la labor preventivo - promocional de Enfermería en el área de Salud Ocupacional.

El presente trabajo de investigación consta de: Capítulo I: Introducción en el cual se presenta Planteamiento, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósito y Marco Teórico. Capítulo II: Diseño Metodológico el que consta de Tipo, Nivel y Método de Estudio, Sede de Estudio, Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de

Recolección de Datos, Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos, Plan de Análisis e Interpretación de Datos y Consideraciones Éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión donde se presenta los Datos Generales y Datos Específicos. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

Capítulo I

Introducción

A. Planteamiento del Problema

El cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una de las características que la define es la rápida multiplicación de células anormales que pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos; está es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales). Entre los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual tenemos los siguientes: cáncer de pulmón (1,4 millones), cáncer de estómago (866 000), cáncer de hígado (653 000), cáncer de colon (677 000), cáncer de mama (548 999), de las cuales aproximadamente el 72% de estas se registraron

en países de ingresos económicos bajos y medianos.

El cáncer se presenta en ambos sexos, siendo más comunes en los hombres el cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata y en las mujeres el cáncer de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino. (1).

No cabe duda que el cáncer en el Perú ha cobrado importancia como problema de Salud Pública, no solo por su frecuencia que va en aumento, calculándose en promedio no menos de 35 500 casos nuevos de cáncer por año de los cuales lamentablemente, solo aproximadamente 12 000 son diagnosticados y tratados, situación que se agrava porque la mayoría de los casos son diagnosticados tardíamente en estadios avanzados donde el tratamiento solo puede ser paliativo y este es además costoso y relativamente poco efectivo. (2), ocasionando daño en los hombres, mujeres y familias.

Entre todos los tipos de cáncer el más frecuente es el cáncer de colon que se encuentra con una alta incidencia a nivel mundial, siendo el segundo más frecuente entre las mujeres y el tercero entre los hombres, provocando 5.000 muertes al año, de los cuales el 70% de casos están relacionados con los hábitos de vida.

Según la OMS en el caso América Latina se diagnostican 160000 nuevos casos por año, 40 casos por cada 100 000 habitantes y 56 000 defunciones debido a esta causa (3) y en el Perú se detectan anualmente 2000 casos de cáncer de colon, de los cuales 1100 fallecen, ubicando a esta neoplasia en el cuarto lugar de mortalidad (4), es por ello que se presenta como un problema de Salud Pública.

Actualmente en el Perú el crecimiento poblacional se está dando a gran escala y según estimaciones del INEI para el 2025 la población adulta y adulta mayor alcanzará casi el 50% de la población total, es por ello que el Estado vio por conveniente crear un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) durante la atención a las personas y el Ministerio de Salud (MINS) lo define así: “es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad”. Entre sus principios tenemos: la integralidad de la atención prestada, la universalidad en el acceso a los servicios de salud, la equidad es decir atender a todas las personas sin distinciones de

raza y/o sexo, la participación y promoción de la ciudadanía en temas relacionados con la salud, donde se promoverá sobre todo estilos de vida saludables y se reducirá los daños a esta (5).

A nivel internacional hay estudios de investigación que afirman que tener adecuados estilos de vida saludable favorecen en la no aparición del cáncer, por ejemplo la realización de actividad física en forma regular disminuyen la probabilidad de presentar cáncer de colon ya que permite la movilización de los intestinos, reduce el peso y los índices de grasa en el cuerpo, permite liberarse del estrés diario y mejora el sistema inmunológico, el aumento de fibras en la dieta diaria y la disminución de carnes rojas, frituras, embutidos favorece en la disminución del colesterol, el sobrepeso y sobre todo reduce el índice y la probabilidad de tener cáncer de colon, en esta sociedad, occidental se toman en cuenta muchos patrones de conducta que afectan a la salud de las personas a mediano y largo plazo, el no tener adecuados estilos de vida saludable se ven reflejados en el deterioro de la salud de las personas adultas y adultas mayores, los cuales conforman el mayor porcentaje de la población, todo ello se puede dar incluso en determinados grupos de riesgo que no toman en cuenta estas recomendaciones que benefician su salud, por ejemplo los choferes son personas que trabajan muchas horas sentadas y por ello no

realizan actividad física, consumen una dieta inadecuada donde prevalece el consumo de frituras, carnes y dejan de lado las verduras, las frutas.

Es por ello que también se ha tomado en cuenta entre los lineamientos de salud vigentes reducir la mortalidad por cáncer en el cual una de sus estrategias es mejorar el sistema de prevención y captación oportuna de casos, además está la salud ocupacional y seguridad en el trabajo que tiene por objetivo proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad debido a exposición ocupacional y tiene como metas: universalizar el acceso a la atención de salud por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, incrementar el número de centros de trabajo que tiene prácticas saludables de trabajo y que promuevan la cultura del autocuidado y prevención de los riesgos ocupacionales, es por ello que una de sus estrategias es: incrementar el número de recursos humanos especializados en salud ocupacional y seguridad en el trabajo, realizar la difusión sobre la prevención de riesgos en su ambiente de trabajo (6).

Esto incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades considera como eje principal a todos los Profesionales de la Salud, ya que tienen el mayor contacto con las

“personas enfermas” que acuden a un establecimiento de salud, cabe resaltar que este trabajo se da con mayor énfasis a nivel comunitario donde Enfermería se encarga de brindar educación para la salud a la persona, familia y comunidad desarrollando actividades educativas, consejería personalizada sobre estilos de vida saludable y de cómo prevenir algunas enfermedades. Así mismo desarrolla actividades a nivel extramural con colegios, clubes de madres, vaso de leche, para lo cual el Enfermero (a) tiene que estar preparado y debe actualizarse constantemente para poder brindar la información precisa, necesaria y adecuada según el nivel cultural de la persona, familia y/o comunidad.

Al respecto durante las prácticas comunitarias se pudo observar a la enfermera en sus actividades intramurales en las diferentes estrategias sanitarias, ocupándose de la “parte administrativa”, “realizando actividades educativas promoviendo estilos de vida saludables para disminuir los factores de riesgo de diversas enfermedades e inclusive el cáncer, poniendo mayor énfasis en el cáncer de mama y cuello uterino”, teniendo muy poca participación en el área preventivo promocional a nivel extramural, sobre todo en los grupos ocupacionales como en este caso los choferes, que en su mayoría trabajan más de 12 horas, realizan muy poca actividad física, consumen una inadecuada dieta, es decir no tienen

adecuados estilos de vida saludable. Además conociendo las altas cifras de morbi - mortalidad del cáncer de colon, se decidió realizar el presente trabajo de investigación donde se plantea algunas interrogantes: ¿Qué saben los choferes acerca del cáncer colon?, ¿Qué conocimientos tienen acerca del origen y cómo puede prevenirse esta neoplasia?, ¿Qué conocen de los métodos de detección temprana del cáncer de colon?, ¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad?, ¿Cuáles son las medidas preventivas del cáncer de colon?.

Es por ello necesario realizar el presente trabajo de investigación, el cual nos permitirá conocer cuánto sabe este grupo ocupacional sobre el cáncer de colon y las medidas preventivas que hacen que disminuya la probabilidad de enfermar, además brindará información al personal de Enfermería sobre la importancia de trabajar con estos grupos poblacionales en escenarios de los Centros Laborales.

B. Formulación del Problema

Por todo lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas en una Población de choferes de la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. - Chorrillos. 2010?

C. Justificación

El cáncer de colon es una enfermedad que a nivel mundial y nacional se encuentra en aumento, a pesar que es detectable y operable a su debido tiempo, en el Perú se detectan anualmente 2000 casos de cáncer de colon, de los cuales 1 100 fallecen (4), en su mayoría en personas que sobrepasan los 40 años y que a lo largo de su vida presentan limitada actividad física, alimentación abundante en carnes rojas, embutidos, enlatados, frituras, deficiente dieta en fibras (verduras, frutas), presentar antecedentes de otros cánceres e incluso el nivel emocional contribuye a enfermarse.

Existen poblaciones en riesgo, entre estas tenemos a los choferes, los cuales representan un riesgo potencial ya que tienen

largas jornadas de trabajo diario y tienen una alimentación inadecuada, con estilos de vida poco saludables que los ponen en riesgo a enfermedades.

La enfermera cumple un rol predominantemente preventivo promocional orientado a prevenir problemas y/o riesgos de salud.

Los Programas de Promoción de la Salud en los Centros Laborales favorecen o promueven el bienestar de los trabajadores, su autocuidado proporciona las herramientas necesarias para generar entornos laborales saludables contribuyendo al desarrollo integral del trabajador.

D. Objetivos

General:

Determinar los conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en los choferes que laboran en la Empresa de Transporte Sur Lima.

Específicos:

- Describir los conocimientos que tienen los choferes sobre el cáncer de colon.
- Describir los conocimientos que tienen los choferes sobre las medidas preventivas del cáncer de colon.

E. Propósito

El presente estudio se encuentra orientado a incentivar el liderazgo del personal de Enfermería en los Programas de Promoción de la Salud en los Centros Laborales escenario sumamente importante para promover comportamientos saludables que beneficien el desarrollo integral del trabajador y la productividad laboral, un área poco tomada en cuenta en el país.

Los resultados de esta investigación permitirán motivar a la gerencia de la Empresa de Transportes asumir el compromiso de contribuir con el desarrollo integral de sus trabajadores fomentando la salud y un ambiente laboral saludable, para así disminuir sus factores de riesgo.

En los trabajadores desarrollar habilidades para que adopten estilos de vida saludable que favorezcan su salud en forma integral y así disminuir todo factor de riesgo en el entorno laboral.

F. Marco Teórico

F.1. Antecedentes

En el Ámbito Internacional:

Carlos A. Gonzáles y otros realizaron un estudio titulado: **“Estudio Prospectivo Europeo sobre el Cáncer y Nutrición. 2002.”**, cuyo objetivo fue: describir brevemente las características principales del estudio EPIC y los resultados más relevantes obtenidos hasta la fecha. El estudio fue prospectivo multicéntrico mediante la encuesta, obtención de medidas antropométricas y la extracción de muestras de sangre en 23 centros de 10 países europeos, participaron personas sanas en su mayoría de 35 a 69 años, de ambos sexos, de diversos orígenes sociales. La muestra fue de 519 978 de los cuales 366 521 eran mujeres. Entre otras conclusiones llegaron:

“Constituye una oportunidad única para la investigación científica de la relación etiopatogénica de la dieta y otros factores ambientales y de estilo de vida con el cáncer, y las interacciones con factores genéticos, metabólicos y hormonales, tanto en tumores de alta frecuencia como de tumores raros.” (7).

Esta investigación permitió en delimitar el problema de investigación.

Esther Cabrera Torres y colaboradores en España, realizaron un estudio titulado: **“Información, Percepción de Riesgo y Ansiedad antes de recibir Consejo Genético en Predisposición Hereditaria al Cáncer (2006)”**, cuyo objetivo fue: conocer el grado de conocimientos sobre el cáncer, la percepción de riesgo y el estado emocional de las personas con historia familiar de cáncer de mama y cáncer colorrectal que acuden a una unidad de consejo genético (UCG). Fue un estudio transversal descriptivo sobre una muestra de 128 personas que acudieron por primera vez a la UCG del Institut Ctalá d Oncología de Barcelona con sospecha de predisposición hereditaria al cáncer de mama y/o cáncer colorrectal, entre otras conclusiones llegaron:

“...las personas del estudio demostraron tener pocos conocimientos respecto al cáncer, desde un mínimo de 0 hasta un máximo de 100 puntos, la puntuación que obtuvieron fue de 36.9, obtuvieron mejores puntuaciones las personas con mayor educación, el 36.8% sobrestimaba erróneamente su riesgo de padecer cáncer” (8)

Esta investigación contribuyó al presente trabajo en el manejo metodológico.

Irene Alias Hernández y colaboradores en España, realizaron un estudio titulado **“Conocimientos sobre Cáncer Colorrectal en Estudiantes Españoles (2008)”**, cuyo objetivo fue: determinar el grado de conocimientos de estudiantes universitarios de tercer curso de Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería, Nutrición y dietética, Fisioterapia y Terapia Ocupacional) acerca de las enfermedades que afectan al aparato digestivo y el cáncer colorrectal: su prevención, manifestaciones clínicas y pronóstico. El método que se utilizó en el estudio fue el descriptivo – transversal, la muestra estuvo conformada por 234 alumnos de las carreras de Medicina, Enfermería, Nutrición y dietética, Fisioterapia y Terapia Ocupacional realizada en diciembre del 2007. El instrumento utilizado fue la encuesta que hizo

Europacolon España en el 2007 modificada (características: datos de filiación del encuestado, cuatro preguntas de respuesta múltiple sobre el conocimiento de enfermedades del aparato digestivo y del cáncer colorrectal y las fuentes de dicho conocimiento y por último seis preguntas sobre el conociendo acerca de la prevención, manifestaciones clínicas y pronóstico acerca del CCR, los datos se codificaron y analizaron con el programa SPSS 15.0 relacionado las variables mediante la prueba Chi Cuadrado con una significancia estadística $p < 0.05$. Siendo algunas de las conclusiones las siguientes:

“a la pregunta ¿Qué cree que es lo que más contribuye a aumentar la probabilidad de supervivencia de la enfermedad? los factores mejor considerados fueron: diagnóstico precoz (97.4%), el grado de extensión de la enfermedad (89.4%), por el contrario no creen que sean influyentes no consumir alcohol (39.1%), cabe resaltar que solo el 2.1% creen que ante el CCR no se puede hacer nada, además es remarcable el hecho de que las mujeres consideran como principales medidas preventivas ir al médico ante los primeros síntomas y en el caso de los varones dieron más importancia al hecho de no beber, control de peso y el estrés, el 90% cree que la carne roja, las hamburguesas, los picantes no actúan como en la prevención del CCR, por el contrario consideran alimentos preventivos las

frutas, verduras y alimentos ricos en fibra (87.7%).”(9)

Esta investigación permitió precisar una de las variables a estudiar y al planteamiento del problema.

En el Ámbito Nacional:

Jannet Ricse Ascencios, en Perú, realizó un estudio titulado **“Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama en Mujeres Usuarias del Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín, Villa María del Triunfo 2006”**, cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Lurín, 2006. El método utilizado fue el descriptivo – retrospectivo – transversal, la muestra estuvo conformada por 76 mujeres entre 30 a 64 años, la técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, el método directo ya que se interrogaron a las mujeres que acudieron al Centro de Salud, en el cual se aplicaron dos instrumentos uno de ellos hacía referencia a los factores de riesgo y el otro sobre conocimientos de prevención del cáncer de mama. Los datos fueron analizados en los paquetes

estadísticos EPI Info 2005 versión 3.3.2. SPSS 11.0 y el Programa Microsoft Excel 2003, siendo las conclusiones más resaltantes:

“...todas las mujeres usuarias presenta al menos un factor de riesgo para el cáncer de mama, la mayoría de usuarias tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama, los aspectos que presentaron mayor conocimiento fueron cuales son los medios de diagnóstico y los que presentaron menor conocimiento fueron cuando hacerse oportunamente el autoexamen de mama y sobre la edad recomendable para realizarse la mamografía” (10)

Esta investigación permitió precisar otra de las variables a estudiar y al planteamiento del problema, al manejo metodológico.

Olga Mendoza Solís, en Perú, realizó un estudio titulado **“Conocimientos sobre Prevención de Cáncer Cervicouterino en las Usuarias del Centro de Salud Fortaleza, Vitarte – Lima 2006”**, cuyo objetivo fue: determinar el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza – Vitarte, Lima, 2006. El método que se utilizó en el estudio fue descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 80 usuarias que acudieron al Centro de

Salud en el mes de Octubre del 2006. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario el cual constaba de presentación (incluye objetivos y agradecimiento), datos generales y datos específicos con 21 preguntas y/o enunciados cerrados con alternativas múltiples y dicotómicas, así como una pregunta abierta, los datos se procesaron en forma manual previa elaboración de cuadros de códigos, asignándole un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta. Siendo algunas conclusiones:

“...la información que tienen acerca del Cáncer Cervicouterino 59% nunca ha recibido información y 41% alguna vez han recibido información, con respecto al lugar donde se recibieron la información 51% lo recibió en un establecimiento de Salud público o privado, 49% en otro lugar, en lo que respecta a quien le brindo la información 63% corresponde al Personal de Salud, 37% por medios de comunicación, familiares u otros, a lo que respecta a la información brindada el 91% fue verbal y el 9% de manera escrita” (11)

Está investigación contribuyó al presente trabajo en el manejo metodológico.

F.2. Base Teórica

1. Aspectos Teóricos - Conceptuales del Cáncer de Colon

1.1. 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.

El cáncer colo-rectal consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales en esa parte del intestino. Estas células pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Si penetran en el torrente sanguíneo

o linfático, pueden extenderse a cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos. A este proceso de expansión se le denomina metástasis.

El colon y el recto forman parte del sistema digestivo. El colon es la primera sección de intestino grueso. En él se siguen absorbiendo nutrientes y agua de los alimentos que han sido ingeridos, como ocurre en el intestino delgado, y sirve de contenedor para el material de desecho. Este material va avanzando hasta el recto, última parte del intestino grueso, hasta que es expulsado al exterior a través del ano.

El colon se divide en cuatro segmentos: ascendente, transverso, descendente y sigmoide. El recto se une al colon sigmoide. Tanto el colon como el recto están formados por varias capas de tejido. Según estén afectadas una u otra capa, así será el pronóstico del cáncer.

El cáncer que comienza en el colon, se denomina cáncer de colon y el que comienza en el recto, cáncer de recto. Según esté afectada una parte u otra, los síntomas serán distintos y las pruebas diagnósticas serán distintas y más eficaces para detectar el cáncer según la zona donde aparezca. Se piensa

que el cáncer de colon evoluciona lentamente antes de ser diagnosticado como tal. Antes de que se desarrolle un cáncer suelen aparecer lesiones en el intestino que se denominan displasias o pólipos adenomatosos. Algunos tipos de pólipos no son cancerosos, pero el hecho de haber tenido aumenta la probabilidad de tener, en un futuro, cáncer en esa zona del intestino (12).

1.2. Epidemiología

El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer de pulmón en el hombre y del de mama, en la mujer. Entre un 22% y un 36% de los casos, se presenta la enfermedad avanzada y, en estos casos, el índice de supervivencia ronda a cero.

En nuestro país se producen 11.000 nuevos casos por año. La mortalidad inducida por este cáncer es de 10 muertes por cada 100.000 habitantes y año, con tendencia al aumento.

El cáncer de colon ha ido aumentando su frecuencia en los países desarrollados. Representa en conjunto el 15% de los tumores diagnosticados en el hombre. La tasa de supervivencia

a cinco años es del 90% en aquellas personas que han tenido una detección temprana del cáncer. Pero sólo son detectados un 37% de estos cánceres en un estadio temprano. Si el cáncer se ha diseminado a órganos o ganglios linfáticos cercanos, la tasa de supervivencia disminuye a un 65%. Y si se ha extendido a órganos distantes, la tasa a cinco años es de un 8% (13).

1.3. Estadios del Cáncer de Colon

a. Tipos de cáncer colo-rectal

Aproximadamente más del 90% de los tumores malignos colo-rectales son adenocarcinomas. Estos son tumores que se producen en las células glandulares que recubren el interior del colon y del recto. Otro tipo de tumores que pueden presentarse, aunque son mucho menos frecuentes, son los tumores carcinoides y los estromáticos gastrointestinales. Los primeros se desarrollan a partir de células productoras de hormonas del intestino y los segundos, en el tejido conectivo y en las capas musculares de la pared del colon y del recto.

Los adenocarcinomas pueden presentar distintas formas, destacan las vegetantes, con crecimiento hacia el interior de la luz, las formas infiltrantes, que al ocupar la pared a la que infiltran producen estrecheces y retracciones, y las formas ulcerantes.

b. Diseminación

Este tipo de cáncer puede diseminarse a través de la vía linfática, la vía sanguínea y la implantación. La diseminación local se realiza principalmente de forma circular alrededor de la pared intestinal infiltrando a todas las capas, produciendo un estrechamiento de la luz del intestino. Una vez que están todas las capas afectadas, se produce la invasión de la vía linfática y la venosa.

Si esa diseminación se realiza de forma longitudinal, en lugar de forma circular, la extensión se produce de manera más lenta, encontrándose más limitado el cáncer al inicio. En un 80% de los pacientes, se produce una infiltración perineural, en los nervios de la zona, que produce dolor.

El tumor puede extenderse localmente, invadiendo estructuras y órganos vecinos o adyacentes. Las metástasis se producen debido a que las células cancerosas llegan a la sangre o a la linfa y éstas las distribuyen a otras zonas del cuerpo. Generalmente si se distribuyen a través de la sangre, suelen ser frecuentes las metástasis en hígado, pulmón y columna. Si ocurre a través de los ganglios linfáticos, darán probablemente metástasis en vejiga o en próstata.

c. Clasificación por estadios

Existen varios sistemas de clasificación del cáncer colorectal, que son los sistemas Dukes, Astler-Coller y AJCC/TNM. Éste último designa las etapas con números romanos del 0 al IV. El sistema de Dukes utiliza letras, de la A a la C. Y el sistema Astler, de la A a la D. Estas etapas describen la extensión del cáncer en relación a la pared del colon o del recto, los órganos anexos a ellos y a otros órganos distantes.

El sistema AJCC/TNM describe la extensión del tumor primario (T), la ausencia o presencia de metástasis en los

ganglios linfáticos cercanos (N) y la ausencia o presencia de metástasis distantes (M).

Etapas T

Describen la afectación de las distintas capas que componen la pared del recto y del colon. Estas capas son las siguientes:

- Mucosa o revestimiento.
- Muscularis mucosa: una capa delgada de tejido muscular situada debajo de la mucosa.
- Submucosa: tejido conectivo situado debajo de esta capa muscular delgada.
- Muscularis propia: capa gruesa de tejido muscular que se contrae para desplazar el contenido del intestino.
- Subserosa: capa delgada de tejido conectivo.
- Serosa: capa delgada que cubre la superficie externa de algunas partes del intestino grueso.

- **T x**: no es posible conocer la extensión del tumor porque no está completamente formado.
- **T is**: el cáncer está en su inicio y no se ha extendido más allá de la capa más interna, la mucosa, del colon o del recto.

- **T I:** el cáncer ha atravesado la mucosa y la siguiente capa, la muscularis mucosa, y se extiende hacia la submucosa.
- **T II:** las capas de la mucosa, la muscularis mucosa y la submucosa están afectadas y el cáncer se extiende hacia la muscularis propia.
- **T III:** la muscularis propia está completamente afectada y comienza a estarlo la subserosa.
- **T IV:** el cáncer ya ha invadido los órganos o tejidos conjuntivos.

Etapas N

- **N x:** no se conoce si los ganglios linfáticos están afectados o no porque no se tienen suficientes datos.
- **N 0:** no hay ningún ganglio afectado.
- **N 1:** el número de ganglios invadidos oscila entre 1 y 3.
- **N 2:** hay células cancerosas en 4 o más ganglios linfáticos regionales.

Etapas M

- **M x:** no se conoce la extensión del cáncer.
- **M 0:** no hay extensión a otros órganos distantes.

- **M 1:** hay afectación a órganos distantes.

Este sistema, aunque más correcto que otros, es menos utilizado debido a su complejidad. El que se suele emplear es la **clasificación original de Dukes**, ligeramente modificada. Así tenemos los siguientes estadios:

- **A:** el tumor está limitado a la mucosa y submucosa.
- **B 1:** hay invasión de la muscularis propia.
- **B 2:** hay afectación de la serosa.
- **C:** existen metástasis ganglionares.
- **C1:** están afectados los ganglios pero no la serosa.
- **C 2:** hay afectación de la serosa y de los ganglios.
- **D:** hay metástasis a distancia.

La **supervivencia** a cinco años se relaciona directamente con estas etapas. Así si el paciente está en el estadio A tiene una probabilidad de supervivencia del 70%, en la B, del 45%, en la C, el 20% y en la D, es nula. Otro factor pronóstico es la sintomatología. Los enfermos que no presentan sintomatología cuando se ha diagnosticado el cáncer, tienen un 88% de posibilidades de estar vivos a los cinco años. Si la sintomatología se ha presentado tres meses

antes del diagnóstico, las posibilidades descienden a un 40% y si lleva siete meses, es sólo del 25% (14).

1.4. Factores de Riesgo del Cáncer de Colon

Las causas exactas del cáncer colo-rectal no son conocidas, aunque muchos estudios han mostrado que existen una serie de factores que incrementan el riesgo de padecer esta enfermedad:

▪ Factores Personales

- **Edad:** este tipo de cáncer suele ser más frecuente entre aquellas personas que rondan los cincuenta años o con más edad. Aunque esto no significa que no pueda darse en personas jóvenes.
- **Predisposición genética:** historial personal o familiar de pólipos o de cáncer de colon. Los pólipos son tumores benignos en las paredes internas del colon y del recto. Existe una condición llamada poliposis familiar que consiste en la formación de cientos de pólipos en el colon y recto. Si no son tratados, pueden conducir a un cáncer. Alrededor del 10% de

los casos de cáncer colo-rectal se deben a mutaciones genéticas hereditarias.

- **Enfermedades inflamatorias intestinales previas:** los enfermos con colitis ulcerosa con una evolución de 7-10 años presentan un riesgo aumentado de cáncer colo-rectal. También los pacientes con enfermedad de Crohn tienen un riesgo 20 veces mayor de generar un cáncer colo-rectal.
- **Historia personal de otro tipo de cánceres:** en aquellas mujeres que hayan padecido un cáncer de útero, ovario o mama, están aumentadas las posibilidades de sufrir cáncer de colon
- **Hábito de vida sedentaria:** llevar una vida sedentaria se ha comprobado en numerosos estudios que favorece la aparición del cáncer de colon en un 17.9% (15).
- **Dietas con poca fibra, frutas y verduras y demasiadas grasas** son perjudiciales. Los carotenoides, sustancias que se encuentran principalmente en frutas, verduras y hortalizas, tienen muchas funciones beneficiosas como la lucha contra la formación de estos tumores y el refuerzo del sistema inmune,

además que promueven una reducción en la incidencia global del cáncer que varía entre un 7% a un 31%. (16).

- **Dieta rica en grasas:** Al parecer porque producen un incremento de las secreciones biliares en el intestino, las cuales pueden causar irritación de las células de la mucosa hasta producir cáncer; otra teoría indica que aumentan la formación de oxígeno activo en las células que puede afectar la superficie de éstas estimulando un crecimiento anormal, que en forma exagerada puede desencadenar un cáncer.
- **Consumo de carnes:** Una elevada ingesta de proteína animal puede incrementar el riesgo de aparición de carcinoma de colon, con independencia del consumo de grasa, por la formación de productos carcinogénicos resultantes de la degradación de los aminoácidos, o de los productos al freír la carne a elevadas temperaturas.
- **Nitratos:** Alimentos como embutidos, encurtidos, enlatados, ahumados, recalentados y comidas quemadas al ser ingeridos pueden, por procesos bioquímicos reducir los nitratos que contienen a nitritos, por acción de las

bacterias del tubo digestivo, con producción de sustancias de efecto carcinógeno llamadas nitrosaminas.

- **Condimentos:** Estos producen una irritación directa de la membrana mucosa del intestino; si dicha agresión se hace continua, el tejido intestinal termina por hipertrofiarse y sus células se vuelven malignas (17).

- **Alcohol** el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, no contempla el alcoholismo como uno de los riesgos del cáncer colorrectal. Sin embargo, otros artículos del mismo instituto citan que el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas puede aumentar el riesgo de cáncer colorrectal (18). Otros informes citan estudios epidemiológicos en los que se ha notado una leve, aunque consistente asociación del consumo dosis-dependiente de alcohol y el cáncer de colon aunque se esté controlando la fibra y otros factores dietéticos. A pesar del gran número de estudios, la causa de las relaciones alcohol y cáncer de colon aún no ha sido determinada a partir de los datos disponibles (19). Un estudio encontró que quienes beben más de 30 gramos de alcohol cada día, y en especial aquellos que beben 45 gramos por día, tienen un riesgo mayor de contraer cáncer colorrectal

(20). Otro estudio demostró que el consumo de una o más bebidas alcohólicas cada día se asocia con un riesgo cercano al 70% de cáncer de colon. Mientras que se encuentra un duplicado riesgo de cáncer de colon por consumir alcohol, incluyendo cerveza, aquellos que beben vino tienen un riesgo disminuido. Las conclusiones de un estudio citan que para minimizar el riesgo de cáncer colorrectal, es mejor beber con moderación. El consumo de alcohol puede causar la aparición temprana de cáncer colorrectal (21).

- Las personas que tienen familiares con cáncer de colon y/o otros tipos de cánceres tienen mayor porcentaje de padecer este tipo de neoplasia.

1.5. Prevención del Cáncer de Colon

La prevención del cáncer colorectal se clasifica en prevención primaria y secundaria. La primera consiste en la identificación de los factores de riesgo y su erradicación. La prevención secundaria consiste en identificar los pacientes con riesgo elevado de desarrollar este tipo de tumor y en la estrategia a seguir para minimizar esta posibilidad.

Prevención primaria: Se reconoce que la ingesta de fibra y la reducción de la ingesta de grasas son las intervenciones más asequibles para la prevención del cáncer colorectal. Aunque existen algunas discrepancias, la mayor parte de los autores reconocen que existe una correlación significativa entre la ingesta de fibras y la menor incidencia del cáncer. De los diversos tipos de fibra, la celulosa y el salvado son más efectivas que otras fibras y se han publicado estudios en los que se ha comprobado una reducción de los ácidos biliares y otros mutágenos fecales al aumentar la ingesta de celulosa

La reducción de la ingesta de grasa es otra de las posibles intervenciones. La mayor parte de los autores están de acuerdo que la elevada incidencia de cáncer colorectal observada en los japoneses emigrados a Hawai en comparación con sus compatriotas en Japón, se debe a la adopción por los primeros de la dieta América, rica en colesterol y grasas animales. Un importante estudio multinacional multicéntrico con una dieta rica en fruta y vegetales y sólo un 20% de grasas está en curso.

En los últimos años, hay una evidencia creciente de que el calcio en la dieta juega un papel importante en la prevención del cáncer. En efecto este elemento se fija a los ácidos grasos y

ácidos biliares ionizados del tracto digestivo y los hace insolubles, reduciendo los efectos proliferativos de estos sobre las células epiteliales del colon. Se ha comprobado que la administración de suplementos de calcio a sujetos asintomáticos procedentes de familias con cáncer de colon hereditario reduce de forma considerable la proliferación celular. También se ha comprobado que el calcio suplementario suprime la actividad de la ornitino descarboxilasa de la mucosa en pacientes con pólipos adenomatoso.

1.6. Síntomas

Cuando se produce sintomatología, el cáncer colo-rectal suele estar avanzado y las posibilidades de supervivencia son muy escasas. Por este motivo, es fundamental un diagnóstico precoz basado principalmente en la pérdida de sangre en heces. Los pacientes pueden presentar alguno de estos síntomas:

- Cambio en los hábitos intestinales: diarrea, estreñimiento o estrechamiento de los excrementos. Se considera como norma que las diarreas son características de los casos de cáncer de ciego y colon ascendente. Mientras que el estreñimiento lo es de los localizados en descendente y

sigma. La diarrea se produce por el proceso de irritación y el estreñimiento debido a que el tumor está estrechando la luz del intestino y no permite el paso de la materia fecal.

- Sensación de tener que evacuar que no se alivia al hacerlo.
- Sangrado rectal o en los excrementos.
- Debilidad, cansancio y disminución del apetito: estos síntomas se dan cuando el cáncer está muy avanzado.
- Masa tumoral: cuando el tumor está muy desarrollado puede detectarse la masa en una palpación.
- Dolor cólico: sensación de plenitud o molestia indefinida, a veces difusa y otras veces localizada. Cuando se produce un cuadro de obstrucción puede darse dolor debido al estrechamiento que se produce en el intestino. También el dolor se ocasiona debido a las infiltraciones peri-rectales de las estructuras nerviosas.
- Ictericia: coloración amarillenta de la piel y los ojos debido a una afectación hepática (22).

1.7. Diagnóstico

a. Sangre oculta en heces

Esta técnica puede dar lugar a falsos positivos si no se realiza correctamente. La persona tendrá que seguir fielmente una dieta durante unos días antes de la recogida de una muestra. En su dieta deberá evitar la ingesta de carnes o embutidos crudos durante dos días, así como vitamina C. Son aconsejables las verduras, frutas y cereales. Se deberán recoger dos muestras de diferentes lugares de las heces, realizándose el test en tres días consecutivos. Con esta prueba pueden detectarse un gran número de casos en estadios A y B, más del 84%. Esta prueba no se emplea como único método para el diagnóstico pues se requiere de la colonoscopia para realizar un diagnóstico final.

b. Tacto rectal

Exploración física que realiza el médico introduciendo un dedo en el ano para detectar anomalías. Esta técnica se utiliza de manera complementaria pues como método de diagnóstico

no es muy útil ya que la mayoría de los tumores están más allá de los 11cm.

c. Fibrocolonoscopia

Consiste en la introducción de un tubo hueco iluminado, delgado y flexible, de un dedo de grosor aproximadamente. Se utiliza para examinar el colon y también puede tomarse una muestra para realizar una biopsia o realizar una extirpación de los pólipos. Esta prueba se suele llevar a cabo con sedación del paciente, para disminuir las molestias. El diagnóstico implica la confirmación del tumor y el estudio de la extensión de éste a otros órganos del cuerpo. Las pruebas diagnósticas que se emplean son el enema opaco, la colonoscopia, la ecografía y la tomografía computarizada.

- El **enema opaco** consiste en introducir una sustancia por el ano, generalmente sulfato de bario, hasta llenar la mitad del colon. El paciente se moverá para distribuir el bario por todo el colon. Después se introduce aire para expandir el colon. Con esto se consigue visualizar bien el colon al hacer una radiografía. Se verán defectos en los pliegues o contornos irregulares.

- La **Fibrocolonoscopia** permite ver de modo directo el interior del colon o recto y la lesión que hay en ellos. El colonoscopio se conecta a una cámara de video y a un monitor para que el médico pueda examinar el tubo digestivo. También se puede extirpar los pólipos o recoger material para una biopsia. Esta técnica es, hoy por hoy, el mejor método diagnóstico.
- La **ecografía** utiliza ondas sonoras para crear una imagen. Es útil para descartar metástasis hepáticas o pélvicas. También para saber si hay invasión local o regional en el tumor de recto.
- La **tomografía computarizada** consiste en una técnica de rayos X, que utiliza un haz giratorio, con la que se visualiza distintas áreas del cuerpo desde diferentes ángulos. Se utiliza para descartar metástasis en otros órganos. Los datos de laboratorio que se estudiarán son los resultados de la técnica de sangre oculta en heces, la cifra de hematíes en sangre, la velocidad de sedimentación y las pruebas de función hepática. Estas cifras estarán alteradas de haber cáncer. Estos enfermos

suelen presentar anemia debido a la pérdida continua de sangre por heces.

1.8. Tratamiento del Cáncer

El tratamiento se basa principalmente en tres técnicas que son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

a. Cirugía

La cirugía es el único tratamiento con capacidad curativa en este cáncer. Con ella se consigue un 50% de supervivencia libre de enfermedad. La técnica quirúrgica que se emplee dependerá de donde se encuentre localizado el tumor. Cuando el tumor está localizado en el colon, la operación que se realiza generalmente es la resección segmentaria que consiste en la extirpación del tumor y un segmento de tejido normal a cada lado del cáncer. Se suele extirpar un tercio del colon, y la cantidad de tejido variará en función del tamaño y la situación. Las secciones que quedan se vuelven a unir. Puede que, temporalmente, se tenga que realizar una colostomía.

La colostomía consiste en unir el colon a una salida artificial en la pared del abdomen. Se coloca una bolsa adhesiva en la piel que recogerá los excrementos. Si el estadio del cáncer es muy bajo, puede extirparse a través de un colonoscopio. Con esta técnica se evita la incisión quirúrgica. A través de una laparoscopia se pueden extraer segmentos de colon y ganglios linfáticos. Consiste en introducir un tubo largo e iluminado, con el que se observa el interior del abdomen, a través de una pequeña incisión. Este tubo tiene en su extremo final unos artilugios que sirven para cortar los tejidos. Los tumores que son grandes suelen bloquear la salida de las heces, a esto se le denomina obstrucción intestinal. Cuando no se pueden extirpar estos tumores se tiene que realizar una colostomía para dar salida a los excrementos. En este caso la colostomía será permanente.

La cirugía se realizará en aquellos pacientes que vayan a prolongar su tiempo de vida o aumentar su calidad. Existen otros métodos para eliminar esos tumores que no requieren de una intervención quirúrgica. Entre otros están la congelación del tumor o la inyección de alcohol concentrado que los destruyen.

b. Quimioterapia

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos que destruyen o dañan las células cancerosas. Se utiliza en tumores de recto de alto riesgo de diseminación, en el estadio C de Dukes en adelante. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento. El tratamiento quimioterápico en el cáncer de colon se realiza como terapia adyuvante, es decir, sumada a la cirugía. Gracias a los avances realizados en el tratamiento con quimioterapia llevados a cabo en las últimas décadas, el pronóstico y la supervivencia del cáncer de colon y recto ha aumentado considerablemente. Estos avances consisten en el empleo de varios medicamentos combinados y no cada uno por separado.

c. Radioterapia

Consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local. Se desarrolla a lo largo de cinco días a la semana durante varias semanas (las que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y el paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar ingresado para ello.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Los efectos secundarios de este tratamiento son ligera irritación de la piel, náuseas, diarrea, irritación rectal, irritación de vejiga o cansancio. La radioterapia se utiliza principalmente en este tipo de cáncer cuando el tumor está unido a otro órgano o tejido de forma que impide su extirpación mediante cirugía (12).

1.9. El Cáncer y el Estado Afectivo del Paciente

a. La Filosofía Holística

La palabra “holística” deriva del vocablo griego “holos” que significa “completo, entero”. La “holística” es una filosofía, una manera de mirar al ser humano según una determinada escala de valores que consiste en entenderlo como una unidad de cuerpo, mente, energía, espíritu, vínculos, medio ambiente, cultura, historia personal y todo aquello que lo conforma tal cual “es”.

El holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo más que como partes individuales.

La mirada holística de la salud intenta promover en las personas el reequilibrio de las dimensiones emocionales, sociales, físicas y espirituales y entiende al abordaje terapéutico como un estímulo del propio proceso de curación. Resalta, también, la importancia del registro personal en lo que es el propio bienestar y la salud.

La medicina tradicional, desde una mirada causal, da importancia a los factores patológicos en el origen de la

enfermedad. La medicina holística, en cambio, observa las variables biológicas, personales, culturales, sociales y ambientales implicadas en los procesos de salud - enfermedad. Considera a la enfermedad como un desequilibrio en el que intervienen todos los factores mencionados. Ve a los síntomas como emergentes de relaciones poco eficaces entre el organismo, la historia personal, el estilo de vida, la carga genética, la escala de valores, las creencias y postura ante la vida en general y las relaciones con el contexto.

Desde una postura de prevención en salud, este abordaje intenta promover el reequilibrio de los diferentes planos en el individuo y establecer y mantener un balance entre éste y el entorno (23).

b. La Dimensión Afectiva y las Enfermedades

El gran desarrollo de la Medicina desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, ha cambiado por completo la cantidad y calidad del bienestar humano, especialmente en las sociedades industriales avanzadas. El descubrimiento de Pasteur acerca de la vida microscópica y de su enorme incidencia en la enfermedad de los seres vivos ha conducido a

un gran control de las enfermedades infecciosas. Pero, a la par que se van controlando este tipo de enfermedades, estamos asistiendo a la emergencia de un gran número de 'nuevas' enfermedades o, mejor dicho, de enfermedades que antes del siglo XX no tenían casi oportunidad de aparecer.

La característica común de todas estas 'nuevas' enfermedades es que no son causadas por agentes microbianos, es decir, ni por virus ni por bacterias. Enfermedades como el cáncer, el infarto, la alergia, la depresión o la obesidad mantienen a la comunidad científica en un perpetuo desconcierto acerca de su origen.

Hemos visto que la especie humana es extraordinariamente social, necesita a lo largo de toda su vida, la ayuda y la colaboración de sus congéneres para sobrevivir y reproducirse. Las diversas formas de ayuda y colaboración social que intercambiamos los seres humanos para lograr nuestra supervivencia las agrupamos bajo el término común de 'afecto'. También hemos visto como el afecto se proporciona realizando cualquier clase de trabajo no remunerado en beneficio de los demás. ¿Qué puede ocurrir cuando una persona no recibe suficiente ayuda de las demás? ¿O cuando

una persona proporciona mucha más ayuda de la que recibe? Es decir, ¿qué puede ocurrir cuando una persona tiene un déficit afectivo? Creemos que este tema no ha recibido la atención que se merece, a pesar de que la economía de los intercambios afectivos es crucial para la supervivencia del individuo.

Para evaluar la relación entre el déficit afectivo y la salud de un organismo es necesario prestar un poco más de atención a lo que significa el hecho de dar afecto. Hemos dicho que dar afecto significa efectuar alguna clase de trabajo cerebral no remunerado en beneficio de otra persona. Cuando un organismo realiza un trabajo, consume una parte de la energía que posee, proporcionalmente a la magnitud del trabajo realizado y a la eficacia con que lo realiza. No sólo consume energía metabólica sino que consume parte de su capacidad de procesamiento cerebral. Efectivamente, para la mayoría de trabajos se necesita utilizar el cerebro para coordinar todas las acciones involucradas en realizar la tarea. Esto significa que el cerebro deja de atender a otras actividades menos urgentes para concentrarse en la tarea principal.

Aunque sabemos muy poco del cerebro, la Neurobiología nos enseña que el cerebro ejerce un importante control de las funciones y actividades vitales para el organismo. El cerebro se informa, procesa y trata de controlar los acontecimientos internos y externos del organismo. Por lo tanto, del cerebro dependen la salud de todos los órganos del cuerpo y la adaptación al medio de todo el organismo. Cada fallo del cerebro, cada error de cálculo, se traduce, tarde o temprano, en una disfunción, por pequeña que sea, de alguna parte del organismo.

Así, una disminución significativa la eficacia del cerebro producirá una anomalía o enfermedad en algún lugar del organismo. Aunque la evolución que nos precede nos ha dotado genéticamente de un organismo muy eficaz y resistente a las anomalías tanto internas como externas, no cabe duda que, si el cerebro no ejerce su control adecuadamente sobre alguna función orgánica, esta acabará desestabilizándose en forma de enfermedad o trastorno.

Lo que queremos razonar es que el déficit afectivo sistemático disminuye la eficacia del cerebro y en

consecuencia, origina enfermedades y trastornos del comportamiento.

¿En qué consiste un déficit afectivo? Hemos visto que el afecto es la ayuda social que intercambiamos los seres humanos con el fin de poder sobrevivir y que ello se realiza mediante el trabajo no remunerado en beneficio de los demás. La parte más importante de este trabajo lo realiza el cerebro. Cada persona recibe ayuda (afecto) y, a su vez, proporciona ayuda (afecto) a los demás. A su vez, cada individuo tiene necesidades afectivas distintas, en cantidad y cualidad, dependiendo de su grado de autonomía. Los niños, por ejemplo, necesitan grandes cantidades de afecto ya que, por ellos mismos, tienen muy poca capacidad para obtener los recursos que necesitan. Los adultos, por el contrario, necesitan menos afecto en general, aunque no pueden prescindir de él.

Cuando una persona carece de ayuda suficiente para sobrevivir adecuadamente experimenta un déficit afectivo. Pero para ello no sólo hay que tener en cuenta la ayuda que recibe sino también la ayuda que proporciona. Si proporciona mucha más ayuda de la que recibe de los demás, también puede experimentar un déficit afectivo.

En los adultos maduros el déficit afectivo se producirá por proporcionar ayuda a los demás por encima de sus posibilidades. Los adultos maduros tienen una mayor capacidad afectiva y por tanto, el déficit se producirá cuando la ayuda que prestan a los demás les prive de la energía suficiente para sobrevivir. Las personas que tienden a ayudar a las demás sin esperar ni recibir ningún tipo de recompensa suelen experimentar un déficit afectivo, que por lo general suele pasar desapercibido.

Ahora bien, el déficit afectivo provoca que el cerebro esté sometido a un estrés excesivo debido a que tiene que atender a demasiados problemas de otras personas, dejando de lado los propios problemas, en el caso de los adultos.

El déficit afectivo se produce cuando el trabajo de ayuda proporcionado a los demás merma su capacidad cerebral para atender a las propias necesidades. En general, todo adulto puede proporcionar una cierta cantidad de ayuda sin que, por ello, su cerebro no pueda atender a los requerimientos de su propia supervivencia. Pero existen muchas circunstancias que pueden favorecer el que un adulto sobrepase, sin darse cuenta, su límite personal de ayuda a los demás. Cuando esto ocurre,

su cerebro pierde eficacia al tratar los problemas que incumben a su propia supervivencia y bienestar.

Por tanto, si un déficit afectivo persiste, el cerebro no dispone de suficiente capacidad para evaluar correctamente cada situación y empieza a procesar incorrectamente informaciones vitales para el organismo. Se produce, así, un aumento de la ineficacia del cerebro (disfunción neuronal) y sus consiguientes errores emocionales, cree tener hambre cuando no es así, cree que no hay peligro cuando en realidad sí existe, no tiene tiempo para pensar en sí mismo o no le preocupa el daño que se hace al fumar, etc. El resultado de esta persistente ineficacia es la aparición, tarde o temprano, de alguna forma de enfermedad o trastorno cerebral.

Aunque parece que el déficit afectivo está en el origen de muchas enfermedades, no determina, sin embargo, la forma particular que adoptan. Esto es debido a la enorme complejidad del cerebro y a su función central en el devenir de todo el organismo. Una disfunción cerebral puede afectar a cualquier función del organismo y de cualquier forma posible. Las combinaciones son casi infinitas y, por tanto, las sintomatologías son muy diversas.

Puesto que es imposible desentrañar la estructura de la información almacenada en el cerebro, sólo podemos aproximarnos a ella a través de los elementos externos que la configuran.

Simplificando, podemos decir que al cerebro le llegan tres tipos básicos de información: en primer lugar, información genética que le viene dada por la naturaleza particular del organismo en el que se encuentra, incluido él mismo (información acerca del 'hardware'). El cerebro tiene que controlar un enorme número de variables orgánicas que están definidas genéticamente (corazón, metabolismo, estómago, circulación sanguínea, huesos, músculos, etc.). En segundo lugar, el cerebro tiene que operar con información cultural, que en el caso de la especie humana adquiere su máxima expresión. Conocimientos, valores, normas sociales, símbolos, etc. constituyen informaciones muy complejas que operan directamente en y desde el cerebro (programas de actuación o 'software'). Finalmente, el cerebro tiene que procesar un gran flujo de información ambiental determinada por las condiciones externas en las que debe operar el organismo. La interrelación e integración de estas tres modalidades de información en cada cerebro particular determina la forma concreta en la que se

manifiestan las disfunciones cerebrales en ese organismo. Así, podemos hablar de la incidencia simultánea y variable de los tres factores en la determinación de la sintomatología particular de cada caso.

Los factores genéticos o predisposiciones genéticas son muy importantes porque determinan los puntos estructurales más débiles del organismo. De esta forma, la ineficacia cerebral tenderá a manifestarse en primer lugar en aquellos puntos del organismo estructuralmente más débiles. Pero las enfermedades no aparecen por el simple hecho de tener una predisposición genética. Es necesario que el cerebro cometa muchos errores para que se manifiesten en el lugar donde señalan los genes del enfermo. El avance de la investigación genética nos permite conocer mejor cuales son los puntos débiles del organismo y ayudar a prevenir que se colapsen. Pero, para prevenir que una predisposición genética se manifieste en enfermedad, será necesario contar también con el déficit afectivo que puedan provocar la enfermedad.

Una de las razones por las que se hace difícil ver en la práctica la relación entre el déficit afectivo y la enfermedad es la enorme resistencia de nuestro organismo frente a las

anomalías. Miles de millones de años de evolución a nuestras espaldas nos han dotado de un organismo capaz de resistir grandes pruebas. Es por ello que, con frecuencia, sólo al cabo de varios años un déficit afectivo se manifiesta en enfermedad, lo que dificulta enormemente ligar ambos hechos.

No obstante, esta situación parece estar cambiando debido a que, desde la Revolución Industrial, la selección genética está desapareciendo. Cada nueva generación de hombres industriales incorpora variantes genéticas endebles, cuando no perniciosas, que no desaparecen debido a que las condiciones de extrema abundancia permiten su reproducción, pasando a formar parte del acervo genético de la población. El resultado es que cada nueva generación humana es más débil genéticamente que la anterior.

Por tanto, es de esperar que el tiempo necesario para que un déficit afectivo se manifieste en enfermedad se irá acortando en las próximas generaciones y se hará más patente su incidencia en la salud de los seres humanos.

Pero no sólo intervienen factores genéticos para señalar los puntos débiles del organismo. Otro gran grupo de factores

son los culturales. La cultura, o información almacenada físicamente en el cerebro, constituye el 'software' vivo del organismo y determina una gran parte de su orientación conductual. Predispone al cerebro para atender diferencialmente a unos estímulos frente a otros, a dar más importancia a unas cosas que a otras. Por tanto, también podemos hablar de predisposición cultural a determinadas enfermedades.

Por último, también hay que destacar los factores ambientales, como los geográficos y los socioeconómicos. Las enfermedades se distribuyen heterogéneamente según el hábitat y el nivel socioeconómico de los enfermos. Se sabe muy bien que la alimentación, la luz solar, la contaminación atmosférica, la humedad relativa, y miles de factores ambientales determinan la manifestación de una enfermedad. Igualmente, el nivel económico y social determina el acceso a determinados recursos que inciden sobre la aparición de determinadas enfermedades (24).

Existen razones para pensar que incluso en las enfermedades infecciosas existe una incidencia del déficit afectivo, las situaciones de estrés y angustia llegan a debilitar el

sistema inmune del organismo, haciéndolo vulnerable a contraer enfermedades, una vida emocional estable, mantiene altas las defensas, lo que hace más resistentes a las personas incluso en un medio hostil. (25)

El diagnóstico de cualquier enfermedad debería incluir un análisis de las relaciones afectivas del enfermo con el fin de determinar la existencia de un probable déficit afectivo. Así, además de hacer el tratamiento oportuno de la sintomatología, se podría tratar de orientar al enfermo para resolver determinadas relaciones deficitarias que están en el origen de la enfermedad. Si no se actúa también sobre la causa de la enfermedad, es de esperar que la misma, u otra enfermedad se vuelva a manifestar al cabo de un cierto tiempo, y así, sucesivamente.

Ahora bien, una vez que se ha producido una enfermedad, es un error pensar que puede curarse mediante la eliminación del déficit afectivo que la provocó. Aunque el organismo tiene una cierta capacidad de autorecuperación, una enfermedad suele ser, en la mayoría de los casos, una degradación irreversible que sólo puede recuperarse mediante una intervención médica externa adecuada.

A veces ocurre que cuando una persona cae enferma gravemente, hace un cambio importante en sus relaciones afectivas, logrando disminuir, cuando no erradicar, los déficits afectivos existentes. El paciente no tiene conciencia de ello, pero el resultado suele ser una recuperación muy satisfactoria y un pronóstico favorable. Muchos cambios en las relaciones afectivas se producen como consecuencia de una enfermedad (24).

Otra evidencia de que el nivel afectivo se relaciona con el cáncer se manifiesta en el libro "Usted Puede Sanar su Vida" de la autora Louise L. Hay donde refiere que "El cáncer es una enfermedad causada por un profundo resentimiento contenido durante mucho tiempo, hasta que literalmente va carcomiendo el cuerpo. En la infancia sucede algo que destruye nuestro sentimiento de confianza, esta es una experiencia que jamás se olvida y el individuo vive complaciéndose de sí mismo y se hace difícil cultivar y mantener durante mucho tiempo relaciones significativas, con un sistema de creencias así, la vida se muestra como una serie de decepciones, un sentimiento de desesperanza, desvalimiento y la pérdida se adueña de nuestro pensamiento y nada nos cuesta culpar a otros de nuestros

problemas, al gente que tiene cáncer es muy autocrítica, para mí la clave de la curación está en amarse y aceptarse.”

En el capítulo en el que se refiere al cuerpo escribe: “El colon representa nuestra capacidad de soltar y liberar aquello que ya no necesitamos. Para adaptarse al ritmo perfecto del fluir de la vida, el cuerpo necesita de un equilibrio entre la ingesta, asimilación y eliminación. Y lo único que bloquea la eliminación de lo viejo son nuestros miedos. Aunque las personas estreñidas no sean realmente mezquinas, generalmente no confían en que siempre vaya a haber lo suficiente. Se aferran a relaciones antiguas que las hacen sufrir, no animan a deshacerse de prendas que guardan desde hace años en el armario por temor a necesitarlas algún día, permanecen en un trabajo que las limita o no se permiten jamás ningún placer porque tienen que ahorrar para cuando vengan días malos, aprendamos a confiar en que el proceso de la vida no traerá siempre lo que necesitamos”.

La autora manifiesta que la causa de las enfermedades se debe a una causa mental y que deben ser cambiados por un nuevo modelo mental para mejorar la salud, por ejemplo en el caso del cáncer la causa probable “Una herida profunda.

Resentimiento que se arrastra. Alguien a quien carcome un dolor o un secreto profundo. Carga de odios. Creencia en que todo es inútil". El nuevo modelo mental que propone es el siguiente: "Perdono con amor y me desprendo de todo el pasado. Elijo llevar mi mundo de júbilo. Me amo y apruebo".
(26)

Así es como relaciona los afectos y la enfermedad del cáncer.

2. Rol del Enfermero en la Prevención del Cáncer de Colon

Para ampliar el conocimiento sobre la base del trabajo del Enfermero (a) en el área comunitaria se debe definir algunos conceptos:

2.1 La Salud Pública

La definición más conocida de salud pública, señala que es ésta una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo.

En 1920, Winslow definió la salud pública en los siguientes términos: "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Posteriormente, Winslow cambió el término "salud física" por el de "salud física y mental"

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS: 1946), que señala que "salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo", determina que una buena parte del quehacer de la salud pública se expanda hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas. Significa, en buenas cuentas, la manifestación explícita de que la medicina debe preocuparse tanto de enfermos como sanos.

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues éstos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos. Como especialidad no clínica de la medicina, esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención, influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad.

Por el carácter "no clínico" de la salud pública, pudiera pensarse que la acción médica es susceptible de ser fragmentada en un ambiente individual, de orden clínico, y otro de carácter colectivo, con menos protagonismo técnico, representado por la salud pública. Sin embargo, hoy es universalmente aceptado que la salud de los individuos transcurre en un eje vital continuo, en el que se producen momentos de interacción individual entre éste y su medio así como complejas relaciones colectivas sustentadas por una intrincada malla de interacciones sociales que los individuos desarrollan en sus comunidades. Luego, es lógico percibir al individuo como integrante de un colectivo, sin que por ello pierda su carácter de persona individual.

Por tanto desde la perspectiva del cuidado de la salud de los individuos, conviene enfatizar que sólo existe un tipo de medicina, en la que está presente el quehacer de disciplinas con alcances diversos y complementarios, que se despliegan de acuerdo a la naturaleza y desarrollo de los acontecimientos de salud (27).

2.2. Definición de Promoción de la Salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (28).

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú conceptúa la promoción de salud como: “Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”. (Lineamientos de Política de Promoción de Salud).

La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

Por tanto, las estrategias de promoción de la salud o salud poblacional, están diseñadas para llegar a toda la población y para

influir sobre un rango amplio de los determinantes de la salud (Canada Health y OPS/OMS, 2000).

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar.

Es importante diferenciar la promoción de la salud con la prevención de la enfermedad. La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad. Por ende, sus objetivos están relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención alude a la reducción de los factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos. Es una estrategia de carácter reactiva y defensiva. (Gómez Zamudio, 1998).

Sin embargo, a pesar de las diferencias, el enfoque de prevención primaria presenta similitudes con el enfoque promocional, a nivel de las estrategias y el papel que asigna a sus actores. Dentro de las similitudes evidenciadas se observa que ambos enfoques hacen uso de la educación sanitaria y

comunicación social, como estrategias primordiales. Igualmente, ambos enfoques utilizan la intersectorialidad y comparten la responsabilidad y los roles entre la comunidad y los interventores. Estas similitudes hablan por tanto de la necesidad de concebir a la prevención y a la promoción de la salud como procesos complementarios más que opuestos.

La piedra angular de la promoción de la salud es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial. (OMS, 2000).

La promoción de la salud se sustenta en los modelos ecológico y ambiental. Estos modelos se basan en los principios de la multicausalidad de los determinantes de la salud y la enfermedad y sobre las interacciones de los factores. Las intervenciones que se plantean en un modelo ecológico buscarán simultáneamente alcanzar al individuo (en sus hábitos de vida), a

su medio de vida o entorno (casa, trabajo, amigos), las condiciones de vida más amplias (estructuras socioeconómicas, valores sociales, culturales, políticos y públicos) (29).

a. Determinantes de la Salud

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna.

- **Los factores biológicos y hereditarios** se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la

herencia genética. Los personales hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores familiares acerca del número de componentes, clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia. El sexo y la edad también constituyen factores determinantes.

- **Los sociales** como la clase social a la que pertenece, los estilos de vida de la sociedad provenientes de unos determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas. Los ambientales como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución, contaminación, los incendios, la tala de los bosques. Los alimenticios, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social, la cultura gastronómica, la moda de adelgazamiento, la anorexia, el hambre, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad.

- **Los económicos** reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.
- **Los laborales.** El trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. Tener un trabajo fijo permite estabilidad de la persona y la posibilidad de elaborar proyectos. El sistema sanitario es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. El sistema legislativo de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de drogas, higiene, salud ambiental, laboral (30).

El MINSA tiene el Programa de Promoción de la salud en los Centros Laborales que tiene por objetivo contribuir a que en los centros laborales se desarrollen habilidades y responsabilidades personales y colectivas

relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades de su entorno. Los escenarios básicos de intervención serán los centros laborales públicos y privados y las líneas de acción principales son: a) Promoción de comportamientos saludables en el centro laboral, b) Generación de entornos laborales saludables y c) Trabajo intersectorial, articulado principalmente con el sector salud, trabajo y la seguridad social.

El programa buscará promover la seguridad laboral, fomentando un ambiente de trabajo saludable, que es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general. (29)

- **Los culturales.** El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio

razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludable o nociva, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona.

- **Los educativos.** La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar: profesorado, alumnado, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno.
- **Los religiosos.** La religión también ocupa un lugar en los factores que influyen en la salud. La religión fomenta o prohíbe el consumo de productos de carne, bebidas alcohólicas, promueve el ayuno, la abstinencia, la moderación, el dominio del cuerpo. En nombre de la religión se permiten o prohíben determinadas prácticas sexuales, la utilización o no de los anticonceptivos, el disponer de la vida o arriesgarla de modo innecesario. Se reza para tener buena salud, para conseguir unos

resultados satisfactorios en operaciones quirúrgicas o en agradecimiento por haberlos conseguido (30).

2.3. Salud Ocupacional:

Desde el origen del hombre y ante la necesidad de alimentarse y sobrevivir, nació el trabajo y junto a este, sus riesgos de enfermedad o incluso la muerte de los trabajadores. Posteriormente, las acciones que toma para protegerse dan origen a la Medicina del Trabajo. Sin embargo, con el devenir del tiempo se han desarrollado tres conceptos íntimamente relacionados que son la Medicina del Trabajo, la Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente, y la Salud Ocupacional.

Los inicios de la Medicina del Trabajo tuvieron inicialmente una visión asistencial dirigida a la prestación de primeros auxilios y hospitalización especializada, en la evaluación de los daños biológicos sufridos desde una perspectiva puramente clínica o quirúrgica y en tratamiento y rehabilitación de los casos de invalidez, relegando los problemas de prevención a la evaluación médica pre - ocupacional y periódica de los trabajadores, encuestas higiénicas y las campañas de educación sanitaria. Entonces, la Medicina del Trabajo fue conocida como la

especialidad médica que se ocupaba de la vigilancia de la salud de los trabajadores, relacionando las condiciones laborales y los procesos de trabajo con la salud de los trabajadores con su principal efecto: las enfermedades ocupacionales. Entre los años 1940 y 1950 la Medicina del Trabajo, tanto en Europa como en Estados Unidos, maduró hasta convertirse en una disciplina científica por pleno derecho. Florecieron los departamentos médicos de las compañías y los programas de residencia y becas de investigación, además de continuar el desarrollo de las disciplinas auxiliares, como la enfermería del trabajo, la higiene industrial y la rehabilitación vocacional.

En el año 1950, para el Comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT - OMS), la medicina del trabajo era la actividad médica que debía promocionar y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, la protección de los trabajadores frente a todo tipo de riesgo procurando adaptar el trabajo y su ambiente a las capacidades fisiológicas y psicológicas de los trabajadores. Por lo tanto, ya toma connotación el papel del ambiente en la salud del trabajador.

El desarrollo de nuevas tecnologías e industrias, la adquisición de grandes conocimientos y prácticas a través de la globalización, los cambios en la organización del trabajo, la utilización de nuevos agentes químicos, etc., condicionan la aparición de nuevas enfermedades ocupacionales y la reemergencia de enfermedades ocupacionales antiguas, determinando nuevas prácticas médicas sobre salud laboral con ampliación en las actividades productivas dirigiendo como finalidad principal la prevención, de manera que la recuperación y reparación del perjuicio sufrido, sin restarle importancia, pasan a un segundo plano, generando la evolución de la Medicina del Trabajo a la Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente, y alejándose del enfoque ortopédico – traumatológico de una “medicina industrial o de empresa”.

La Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente es una de las disciplinas más importantes de la Salud Ocupacional, la definición del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental, nos dice lo siguiente: “Es la especialidad médica dedicada a la prevención y manejo de las lesiones, enfermedades e incapacidades ocupacionales y ambientales, de la promoción de la salud y de la productividad de los trabajadores, sus familias y comunidades”, la relación entre el proceso de producción y las consecuencias hacia la salud de los trabajadores, orientándose,

entonces, hacia los procesos sociales, para lo cual utiliza tanto a las ciencias naturales como a las sociales. Por lo tanto, la Salud Ocupacional, es el resultado de un trabajo multidisciplinario donde intervienen profesionales en medicina ocupacional, enfermería ocupacional, higiene industrial, seguridad, ergonomía, psicología organizacional, epidemiología, toxicología, microbiología, estadística, legislación laboral, terapia ocupacional, organización laboral, nutrición y recientemente, promoción de la salud. Por lo tanto, es necesario definir que la diferencia radica en que mientras la Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente es una rama de la Medicina y que para aprenderla se necesita ser médico, la Salud Ocupacional se ha tomado arbitrariamente como una profesión, cuando en realidad es una actividad multidisciplinaria.

En 1986, la reunión de expertos de la Región de las Américas, organizado por la Organización Panamericana de la Salud, reunidos en un taller sobre enseñanza de la Salud Ocupacional, utilizaron la siguiente definición: “Es el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el

fomento de acciones que la favorezcan”. Agregando a continuación “El desarrollo de la salud ocupacional, debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios, sectores gubernamentales, instituciones y asociaciones involucradas. Para proyectar y ponerla en práctica es necesaria la cooperación interdisciplinaria y la constitución de un equipo, del cual tiene que formar parte el médico de los trabajadores” (31).

En el Perú tiene una tradición milenaria en la que el trabajo es considerado como un deber social, es por ello que en 1911 se dio la primera Ley sobre Accidentes de Trabajo, Ley N° 1378 (José Matías Manzanilla), norma pionera en la región y avanzadísima para su época, introduce la teoría de responsabilidad por riesgo, quien crea un puesto de trabajo está creando un riesgo, no siendo necesario demostrar la culpa del empresario pues éste responde al riesgo existente en el trabajo por él creado.

El 5 de Agosto de 1940 por Decreto Supremo se crea el Departamento de Higiene Industrial dentro del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Por Ley 10833 de 1947 se crean los fondos, para el Departamento de Higiene Industrial, con el aporte del 1,8 % de la planilla de salarios de los trabajadores mineros, posteriormente Instituto de Salud Ocupacional.

En 1957 el Departamento de Higiene Industrial se transforma en Instituto de Salud Ocupacional (ISO), durante este periodo se realizaron diversos estudios de investigación, fue el Centro de Capacitación Profesional Especializado a nivel latinoamericano. El ISO en 1985 se eleva a la categoría de Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO). De 1990 a 1994 el INSO sufrió cambios, integrándose a la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), en esta década el campo de la salud ocupacional fue minimizado por la corriente ambientalista. En abril de 2001 mediante R.M. N° 223-2001-SA/DM, la Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional se incorpora en el Reglamento de Organización y funciones (ROF) de la DIGESA.

En Julio de 2001 el INSO, pasa a ser un órgano desconcentrado de la estructura orgánica del Ministerio de Salud, denominándose Instituto de Salud Ocupacional “Alberto Hurtado Abadía”. Mediante la promulgación de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 publicada en Enero del 2002, se crea el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS), como integrante del Instituto Nacional de Salud (INS), órgano descentralizado del MINSA.

En Noviembre de 2002 según el D.S. N° 014-2002-SA Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, la Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional (DESO) se ubica en la estructura orgánica de la DIGESA. El 23 de Mayo del 2003, se les asigna funciones de salud ocupacional a las Direcciones de Salud y Direcciones de Redes de Salud, según R.M N° 573-2003-SA/DM, Reglamento de Organización y Funciones, habiéndose constituido en el 2004 las Unidades de Salud Ocupacional como componente organizacional de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental (en las 34 DESAs) de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) y Direcciones de Salud (DISAs), las mismas que vienen realizando acciones de vigilancia de salud ocupacional en las regiones del país (32).

La salud ocupacional se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social. Las especialidades y profesionales encargados de llevar a cabo este objetivo son: Ingeniería: (especialistas en prevención de riesgos e higiene del trabajo), Medicina: (especialistas en salud ocupacional y en medicina del trabajo), Psicología: (especialistas en psicología social, laboral y

organizacional), Sociología: (especialistas en organizaciones) y Enfermería (33).

Entra las actividades de la Enfermería en Salud Ocupacional tenemos:

- **Vigilancia en Salud:**

Los Enfermeros especialistas en salud ocupacional realizan actividades dirigidas tanto a los individuos como a la colectividad para la detección de problemas de salud, ocasionados como consecuencia del trabajo, a través de la recogida sistemática y continua de datos relacionados con la salud y las condiciones de trabajo, su análisis e interpretación tanto a nivel individual como colectivo para contribuir a o orientar y elaborar las actividades y estrategias preventivas, donde realizan estas actividades:

- ❖ Realizar los exámenes de salud.
- ❖ Conocer los puestos de trabajo y su entorno.
- ❖ Colaborar en los estudios para determinar la aptitud de los trabajadores.
- ❖ Elaborar y administrar cuestionarios y encuestas de salud.

- ❖ Realizar consultas de salud a iniciativa de los trabajadores.
- ❖ Participar en el registro y análisis de ausencias de trabajo por problemas de salud.
- ❖ Dar recomendaciones preventivas en relación a los datos obtenidos en los exámenes de salud y en otras actividades relacionadas con la vigilancia en salud.
- ❖ Obtener, registrar y analizar datos sobre la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo (consultas, asistencias de salud, etc.).

- **Asistencia Sanitaria:**

Los Enfermeras (os) en salud ocupacional darán respuesta a los trabajadores con problemas de salud, especialmente si son laborales, con todas las actividades asistenciales que requiera su proceso y aquí algunas de las actividades que realizan:

- ❖ Realizar asistencias de Enfermería individualizadas mediante un método sistemático y organizado.
- ❖ Seguimiento y evaluación de la efectividad asistencial.

- ❖ Asistencia en primeros auxilios y situaciones de emergencia.
- ❖ Atención de consultas a demanda.

- **Prevención de los riesgos de la Salud:**

Realizarán todas las actividades necesarias para reducir o eliminar los riesgos laborales a los que estén sometidos los trabajadores en su actividad laboral. Se realiza de forma conjunta y coordinada con el resto de profesionales de la salud, entre ellas tenemos:

- ❖ Participar en la evaluación de riesgos.
- ❖ Participar en la investigación de accidentes de trabajo y otros daños a la salud.
- ❖ Verificar y controlar la implantación de medidas preventivas en relación a factores de riesgo.
- ❖ Asesorar a las entidades laborales en materia de prevención de riesgos.
- ❖ Participar en programas formativos e informativos en materia de prevención.

- ❖ Participar y colaborar en la elaboración del plan de emergencias especialmente en la organización de primeros auxilios y su implantación.
- ❖ Participar en el análisis de las condiciones higiénico-sanitarias de los puestos de trabajo.
- ❖ Elaborara propuestas de adaptación de los puestos de trabajo a los trabajadores especialmente sensibles.
- ❖ Participar en el seguimiento y control de la actividad preventiva.

- **Promoción de la Salud**

Las enfermeras (os) potenciarán el estado de salud de los trabajadores mediante intervenciones personalizadas o colectivas dirigidas al conocimiento de hábitos saludables. Se establecerá un marco conceptual para organizar y poner en marcha los programas de salud en la empresa a nivel individual y colectivo, para contribuir a que se adquieran hábitos y actitudes preventivas y positivas que deriven en comportamientos sanos tanto extralaborales como relacionados al trabajo, entre las actividades que realizan tenemos:

- ❖ Fomentar una cultura de salud en la organización.

- ❖ Elaborar e implantar programas en relación a conductas de riesgo y vida saludable.
- ❖ Informar y formar a los trabajadores en conductas de riesgo y malos hábitos para la salud.
- ❖ Desarrollar actividades específicas de promoción de la salud.
- ❖ Realizar educación sanitaria tanto individual como colectiva.

- **Gestión y planificación**

Para gestionar y organizar la actividad preventiva, se realizarán todas las actividades de planificación, programación, control y logística necesarios para llevarlas a cabo, entre ellas tenemos:

- ❖ Participar en la planificación consensuada de las actividades de prevención.
- ❖ Participar en la planificación específica en riesgos laborales.
- ❖ Participar en la elaboración, adaptación y revisión de procedimientos y protocolos específicos.
- ❖ Participar y asesorar al comité de seguridad y salud.

- **Formación y Docencia**

Con el fin de mantener, consolidar y desarrollar sus competencias profesionales deben ampliar sus conocimientos mediante actividades e iniciativas que estimulen sus capacidades investigadoras y docentes, para ello deben realizar:

- ❖ Formación continúa para el desarrollo de su actividad laboral.
- ❖ Impartir docencia.
- ❖ Participar en el diseño y ejecución de programas formativos, así como en la elaboración de materiales docentes, organización logística de los cursos y evaluación de los resultados.

- **Investigación**

Los profesionales de Enfermería deben buscar nuevas herramientas aplicables a su labor y nuevos elementos de conocimiento basados en la evidencia científica, realizando investigación dentro de su propia disciplina laboral, entre estas actividades tenemos:

- ❖ Investigar sobre temas relacionados con la salud laboral.
- ❖ Publicar artículos de interés profesional.
- ❖ Realizar o colaborar en la elaboración de estudios epidemiológicos. (34)

2.4. El Enfermero y la Prevención del Cáncer de Colon

El actuar del Enfermero (a) en la comunidad es básicamente orientado hacia el cuidado, en el apoyo de la construcción de condiciones de calidad de vida y en el mantenimiento de la salud de los grupos humanos que la habitan, estas se basan en que el presente siglo se caracteriza por ofrecer posibilidades de mayores expectativas de vida, el predominio de las enfermedades crónicas en vez de enfermedades agudas, la aparición de enfermedades ligadas al desarrollo como el cáncer, etc.

El Primer Nivel de Atención donde el Enfermero (a) desarrolla sus actividades es la comunidad, donde la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad es lo más importante pues actúa durante el periodo prepatogénico de la enfermedad y como tal está dirigido a eliminar y/o disminuir la cantidad o la calidad de factores de riesgo presentes en la persona, familia y/o comunidad.

La Promoción de la Salud se alcanza primordialmente con medidas educativas es decir educación sanitaria sobre diferentes enfermedades, en este caso el cáncer de colon, en el cual está involucrado el enfermero ya que este participa fomentando y promoviendo estilos de vida saludable, a pesar que en la realidad se pone mayor énfasis en otros tipos de neoplasias, el cáncer de colon también tiene importancia en la comunidad y es deber de enfermería realizar actividades de educativas, consejería, visita domiciliaria para así poder incrementar los conocimientos que tienen, ayudándolos en sus decisiones y/o acciones en beneficio de su propia salud, para que estos a su vez ayuden mutuamente a otras personas de su entorno para así fomentar el autocuidado en su vida diaria.

En la Prevención del Cáncer de Colon la enfermera identifica los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad, para luego orientar sobre hábitos y conductas saludables específicas como: evitar el consumo de carnes rojas y grasas, evitar el sedentarismo y resaltar la importancia de la realización de actividad física diaria por 30 minutos, además se debe motivar a las poblaciones específicas a que acudan al control médico para que se realizan los exámenes diagnósticos respectivos (35).

3. Generalidades sobre el Conocimiento

3.1. Teoría del Conocimiento

La filosofía desde, muy temprano tomó en sus manos la preocupación por la certeza, por la seguridad de estar con la verdad. Y nunca ha dejado de ser una de las preocupaciones fundamentales de la filosofía el conocimiento. En la época moderna, sin embargo, se concierte en el tema principal, el tema dominante de la filosofía. Es la filosofía que no quiere errar, que no quiere equivocarse. Y la filosofía se hace fundamentalmente **teoría del conocimiento.**

La teoría del conocimiento toma en sus manos el conocimiento. Se propone examinar el conocimiento para determinar su naturaleza, su génesis, sus alcances, sus limitaciones, su posibilidad.

La teoría del conocimiento responde a preguntas como estas: ¿Qué es el conocimiento? ¿Es posible el conocimiento? ¿Puede el hombre conocer? ¿Cuál es el origen del conocimiento? ¿Hay diversas clases de conocimiento? El

conjunto de respuestas que se dan a estas preguntas constituye la teoría, en sus diversas corrientes, escuelas y doctrinas.

3.2. Características del Conocimiento

Es evidente que cualquier imagen no es conocimiento. Para serlo tiene que ofrecer ciertas características: objetividad, necesidad, universalidad y fundamentación.

a. La objetividad del conocimiento

Objetividad es un término muy usual, se le usa como antónimo de subjetividad. Objetividad es el respeto por los hechos, los sucesos tal como son. Un conocimiento es objetivo cuando se atiene al objeto, tal cual es, sin alterarlo, ni deformarlo, cuando respeta la independencia del objeto.

b. La necesidad del conocimiento

Necesidad no quiere decir falta o carencia de algo cuando se habla del conocimiento. Significa algo totalmente distinto. Un conocimiento es necesario cuando es así y no puede ser de otro modo. En este contexto necesario es lo mismo que

invariable. Un conocimiento es necesario cuando es válido para todas las épocas y todos los lugares, cuando no varía de un tiempo a otro, de un lugar a otro.

El opuesto de un conocimiento necesario, es decir, el conocimiento que varía de un lugar y de época. El conocimiento sensible el ejemplo de conocimiento contingente, este conocimiento varía de persona a otra persona.

c. La universalidad del conocimiento

Un conocimiento universal es aquel que es válido para todos los hombres, que se impone con fuerza compulsiva a todos los hombres. Se le opone el conocimiento individual, variable de persona a persona.

d. La fundamentación del conocimiento

El conocimiento es objetivo, necesario, universal y además fundamentado. Que el conocimiento es fundamentado quiere decir que es justificado, que se apoya

en demostraciones o pruebas o documentos. **No hay conocimiento si no tienen el apoyo correspondiente.**

3.3. El Origen del Conocimiento

Los teóricos del conocimiento están de acuerdo en que hay dos fuentes fundamentales en la adquisición de conocimientos. Estas dos fuentes son la experiencia (sensible) y la razón. Tanto los sentidos como la razón o entendimiento son indispensables para la producción de conocimientos.

Sin embargo, no todos conceden igual importancia a ambos factores. Algunos ponen en primer lugar la experiencia y otros la razón. Esto ha determinado la presencia de dos corrientes opuestas principales: el empirismo y el racionalismo.

a. El Racionalismo

Para el racionalismo todo conocimiento objetivo, necesario, universal y fundamentado se basa en la razón. El fundamento de la necesidad y la universalidad es la razón. La experiencia, para el racionalismo, es contingente, individual y fuente de conocimientos oscuros y confusos. Por

eso, la experiencia sensible no es fuente de un genuino conocimiento.

El racionalismo tiene su inspiración y su respaldo en las ciencias matemáticas. Que prescinden de la experiencia, usa básicamente el método deductivo, fundamenta el conocimiento de ciertas entidades racionales, como son las ideas innatas o conceptos puros; como el principio de que el todo es mayor que la parte; o el de la casualidad.

b. El Empirismo

El empirismo parte del otro extremo. La única fuente del conocimiento es la experiencia sensible. Para el empirismo nada hay en la mente que no haya estado antes en los sentidos y que la mente es como una página en blanco, como dice Locke, sobre la cual la experiencia escribe las ideas o conceptos.

El empirismo tiene en su apoyo a las ciencias naturales. Estas ciencias especialmente la Física, han demostrado que no hay ciencia sin experiencia, aquí se funda un nuevo método: la inducción (36).

Es por ello que el conocimiento se puede definir como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexactos, el cual puede ser clasificado en: conocimiento vulgar y conocimiento científico.

El conocimiento vulgar, es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, este conocimiento es vulgar, ya que aunque parte de los hechos, no trata de buscar relación con éstos, se basa de lo cotidiano y en los sentimientos.

En cambio, el conocimiento científico intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de algún determinado ámbito de la realidad; es racional ya que no se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis, para la cual elabora fórmulas, enunciados, conceptos; es también objetivo, ya que no tiene que estar mezclado con ningún tipo de sentimiento; es claro y preciso; es fáctico, o sea que parte de los hechos y luego vuelve a éstos. También trasciende de los hechos (descarta hechos, produce nuevos hechos, y los explica); es analítico, es decir que los resultados se obtienen de un análisis; es especializado, ya que tiene especificidad en cada una de las ciencias; tiene que ser comunicable (poder darlo a conocer a otras personas); es verificable, debe ponerse en práctica; es metódico, es decir, que se

debe aplicar una metodología para explicarlo, y responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez; es sistemático, ya que está construido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas; es general, ubica los hechos singulares en pautas generales llamadas “leyes”; es legal, porque busca leyes y las aplica; es explicativo, ya que intenta de explicar los hechos en términos de leyes, y las leyes en término de principio; es predictivo, para poder predecir los hechos y apuntar a las hipótesis; es abierto, ya que está listo para que siga en progreso, para que sea cambiado; y es útil, es decir que tiene aplicación práctica para el hombre (37).

El conocimiento se forma según la psicología de diferentes formas entre ellas tenemos:

- **Percepción:** Es un proceso psicológico primario y gracias a él podemos conocer la realidad; un proceso previo a la percepción es la sensación. Según James es “Parte de lo que percibimos proviene, a través de los sentidos, de los objetos q tenemos delante; otra parte procede siempre de nuestra propia mente”.
- **Sensación:** Es un proceso psíquico que se produce al ser excitado un órgano sensorial por un estímulo.

- **Memoria:** Es un proceso psicológico de gran importancia en nuestro conocimiento de la realidad y consiste en la capacidad de almacenar y recuperar experiencias e informaciones. Si no tuviésemos esta capacidad la información perceptiva solo nos duraría en el instante presente de la percepción. (38)

4. Cultura de Prevención

Las personas, en el grupo, intercambiamos mensajes, verbales y no verbales, que son tanto representación de la realidad como creación de la misma. Los signos intercambiados determinan el texto y el contexto de una manera de interpretar la vida, de interpretar el mundo y de interpretarnos a nosotros mismos.

Toda cultura es un conjunto de saberes, procedimientos y actitudes producto de una interpretación subjetiva de la realidad, identificada y transmitida por medio de signos. Es en este sentido también la cultura de prevención desde una óptica de utilización de signos, supuso Stevenson podemos modificar actitudes si nos imbuimos en un baño de palabras fuertemente cargadas de contenido afectivo.

"Por encima del mundo natural, signos y valores constituyen el mundo humano" decía Roman Ingarden. Signos y valores. Un "valor" es una creencia capaz de generar conductas automáticas en un grupo social. Se actúa de una manera u otra en virtud de que el grupo social determine que tal conducta pertenece al mundo de los valores asumidos por dicho grupo. Se asume consciente e inconscientemente pero toda actuación está determinada por este substrato. Y este valor es representado en el grupo a través de signos. Puede de ello deducirse que la persona que durante un cierto tiempo viva un ambiente en el que floten constantemente palabras con un determinado sentido, acabará por incorporar la idea subyacente a su forma de actuación normal. Charles Morris estudió el fenómeno y lo relacionó con el acto de persuadir que conlleva todo mensaje.

En el sentido en el que estamos hablando, podríamos decir que un valor se adquiere porque consciente o inconscientemente hemos estado inmersos en un grupo que lo manifestaba. Esto es: que lo hablaba y que lo hablaba en un marco contextual en el que las palabras adquirirían el significado emocional concreto que materializaba el valor. Se genera una realidad cuando se habla de ella y se le atribuye un determinado sentido (positivo o negativo)

cuando el significado persuasivo se transmite sistemáticamente en conexión con su identificación semántica.

En el área de la salud, la prevención forma parte de los hábitos de los individuos aunque para muchos pueda convertirse en algo tedioso; sabemos que los chequeos médicos como los análisis de sangre ocupan gran parte de nuestro tiempo, pero también debemos entender que un control realizado una vez al año puede prevenir futuras enfermedades. Las enfermedades cancerígenas pueden ser curadas si se detectan a tiempo; las personas que se cuida realizando ejercicios tienen un 40% menos de posibilidades de contraer enfermedades; el cuidado alimenticio también ayuda a fomentar la salud. Todos estos datos no son menores, las investigaciones demuestran que mediante revisiones médicas, el hacer ejercicio o una buena dieta, pueden mejorar las probabilidades de prevenir enfermedades.

La salud y prevención deben ser tomadas en cuenta muy seriamente, son dos de los pilares más importantes de nuestra vida; una es dependiente de la otra, no existe forma de separarlas, para tener una buena salud hay que prevenir, ya que si lo hacemos el riesgo de deteriorar nuestro cuerpo disminuye.

La salud en el trabajo, se debería hablar más frecuentemente, incorporándolo al discurso cotidiano de la normalidad. Esto no ocurre en la realidad y solemos "hablar del tema" cuando sucede algún acontecimiento que, precisamente, llega cargado del valor opuesto al deseado (cuando ocurren accidentes, enfermedades, etc.). Por otra parte, deberíamos cargar las palabras utilizadas del denominado significado persuasivo, es decir: de las connotaciones afectivas que incorporan un aspecto de la supuesta realidad a la actitud positiva hacia él.

En el tema concreto de salud en el trabajo, haciendo referencia a la cultura de prevención, nos estamos refiriendo al conjunto de respuestas particulares, personales, íntimas de cada uno de los elementos del grupo.

No nos referimos a respuestas más o menos generales. Estas respuestas personales-concretas deben obtenerse de una modificación de las actitudes individuales frente al hecho externo "salud". Para ello es evidente, que el conjunto de mensajes que el grupo social debe "emitirse" a sí mismo tiene por objetivo la respuesta personalizada.

Esta respuesta personal - individual es producto del conjunto de mensajes transmitidos en su entorno inmediato (la familia, la escuela, el lugar de trabajo, etc.). Es ahí donde debe generarse el conjunto de signos que aludan a la realidad concreta y que transmitan el valor deseado. Cada grupo social debe generar los signos que le aportan el dato cultural y este dato debe producir la modificación actitudinal capaz de dar respuesta concreta a los hechos externos. Quiere decir, ni más ni menos, que una actuación preventiva, no puede darse fuera de un grupo concreto y que este grupo concreto no conseguirá modificar la actitud hacia el hecho externo, si no elabora un conjunto de signos que de forma permanente y cotidiana impregnen la misma vida del grupo en su totalidad. Un grupo laboral (los trabajadores y/o trabajadoras de una sección concreta, de una obra, de un taller, etc.), deben ser capaces de establecer un conjunto cotidiano y natural de mensajes relativos al tema prevencionista). Este conjunto de signos relativos al tema salud en el trabajo debe incorporarse de manera natural al desarrollo cotidiano del trabajo y forma parte de "su" interpretación del fenómeno. Sólo así podemos hablar de la incorporación real y operativa de un contenido concreto a la práctica cotidiana. Las palabras deben ser "sus" palabras, sus signos, con los que verdaderamente identifican y manejan su realidad. Para ello deben ser capaces de:

- Establecer un objetivo concreto de modificación de conducta. ¿Qué conducta concreta de seamos modificar? Esto es lo mismo que plantearnos: ¿Qué respuesta personal deseamos que los elementos del grupo den ante un determinado hecho externo? Se trata de respuestas personales - concretas. De ahí que sea muy importante definir el objetivo a alcanzar y que éste se defina en los términos indicados.
- Establecer el conjunto de mensajes que deben transmitirse. Este es el apartado fundamental. ¿Qué palabras, signos, son los utilizados en la cotidianidad por el grupo concreto y que hagan alusión al concepto preventivo?, ¿Qué frases, qué expresiones, qué formulaciones comunicativas (verbales o no) usa el grupo cuando se refiere al hecho externo concreto? ¿Dónde se emiten? ¿En qué espacios concretos? ¿En qué situaciones concretas?. Se debe elaborar mensajes concretos que aludieran al tema de interés. Es fundamental que dichos mensajes se den, como dice Abraham Pain, siendo mensajes no explícitamente educativos, con capacidad de impregnar la situación cotidiana del grupo, en su entorno natural e identificándose con la normalidad cultural. El objetivo es "que se hable del tema", que los mensajes surjan de forma natural, que el tema que nos interesa sea motivo de diálogo natural.

- En tercer lugar, se debemos lograr la colaboración de las personas del grupo. No se trata de la totalidad, se trata de aquellas personas con mayor incidencia grupal capaces de convertirse en los emisores sistemáticos de dichos mensajes. La colaboración del propio grupo es fundamental. Los emisores de los signos deben ser, por supuesto, los propios integrantes.

Para finalizar, el objetivo es conseguir una modificación de la conducta de las personas concretas, una modificación individual, que permita respuestas concretas. Se pretende lograr a través de palabras, de signos, a través de establecer una situación normal en la que la realidad (en lo que hace referencia al mundo de la salud en el trabajo), sea identificada con signos concretos. Estos signos deben pertenecer al habla, a la naturalidad cultural del grupo. El valor de las palabras es modificar el entorno, a través de la constante interpretación de la realidad.

Se trata de potenciar una situación en la que "se hable" de manera natural de los temas de nuestro interés, cargando los signos de los aspectos afectivos que los convierten en operativos. Esta operatividad es la traducción de las actitudes en actos concretos. Por decirlo de otra manera: no existe aquello de lo que no se habla o existe, únicamente, en el plano de la teoría, no en la práctica

inmediata. Hablar de las cosas es hacerlas. Hablar de prevención (con las palabras adecuadas y en los momentos oportunos), es hacer prevención. (39)

G. Hipótesis

El presente trabajo de investigación se plantea las siguientes

Hipótesis:

Hp: “Los choferes que laboran en la Empresa de Transporte conocen sobre el Cáncer de Colon y sus medidas preventivas”

Ho: “Los choferes que laboran en la Empresa de Transporte desconocen sobre el Cáncer de Colon y sus medidas preventivas.”

H. Definición Operacional de Términos

Conocimientos: Información que refieren los choferes acerca del cáncer de colon, los cuales se medirán mediante una encuesta y se valorará en conoce o no conoce.

Medidas Preventivas: Acciones que refieren realizar en su vida cotidiana los choferes para evitar enfermarse, las cuales serán medidas mediante una encuesta y se valorará en aplica o no aplica.

Choferes: Son aquellos hombres que laboran en la Empresa de Transporte Sur Lima y que desean participar en el estudio.

Capítulo II

Material y Métodos

A. Tipo, Nivel y Método de Investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo debido a que permite la medición y cuantificación de las variables en estudio, de nivel aplicativo ya que contribuye a mejorar la práctica de estilos de vida saludable; el diseño metodológico que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal porque se describió los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

B. Sede de Estudio

El presente trabajo de investigación se realizó en la Empresa de Transporte y Servicios Múltiples Sur Lima S.A. en la Av. Principal Mz. A M2 Lote 1 A.H. San Genaro en el distrito de Chorrillos en el

departamento de Lima, para llegar se toma como referencia la Curva de Chorrillos, por la Comisaría de Villa se sigue la ruta de ingreso a San Genaro aproximadamente a 15 minutos en carro para llegar al lugar físico donde se ubica la caseta de control de tráfico de la Empresa.

Es una caseta de madera de colores blanco, azul y rojo representativos de la Empresa, cuyo interior se encuentra el despachador oficial de turno, donde llegan las unidades vehiculares a controlar y esperar su turno de servicio.

La rutina diaria de trabajo es a partir de la 5:30 de la mañana hasta la medianoche, donde cada chofer trabaja en promedio 10 horas diarias y durante el día consumen su alimentos (almuerzo) por lo general en una pensión.

C. Población y Muestra

1. Población

La población estuvo conformado por los 60 choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. y que responden a los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- Edades de 30 a 60 años.
- Que acepten participar en el trabajo de investigación.
- Con experiencia laboral mayor de 5 años.
- Que sean propietarios de los vehículos.

- **Criterios de Exclusión:**

- Choferes que no acepten participar en el trabajo de investigación.

D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la realización del presente trabajo se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento un formulario tipo encuesta, ya que se interrogaron a los varones que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. (**ANEXO “A”**), constituido por Presentación (incluye objetivo, consentimiento informado y agradecimiento), datos generales, datos específicos que contienen preguntas abiertas y cerradas sobre los conocimientos del Cáncer de Colon y sus medidas preventivas con 20 preguntas.

La validez de contenido y constructo del instrumento, se realizó mediante el Juicio de Expertos, participando profesionales que laboran en el Área de la Salud y Docencia, conformado por 5 Enfermeras, 2 Médicos, 1 Psicóloga, luego de ello se procedió a la aplicación de la Tabla Binomial para establecer el grado de concordancia (**ANEXO “C”**), tomando en cuenta todas las sugerencias y observaciones expuestas se procedió a realizar el instrumento final.

E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se realizó:

- La presentación de un oficio dirigido al Gerente General de la Empresa de Transportes y Servicios Especiales Sur Lima S.A., a fin de obtener la autorización para realizar el trabajo de investigación.
- Luego se realizó el reconocimiento del área de estudio.
- Se elaboró, se validó y mejoró el instrumento,
- Posteriormente se procedió a la recolección de datos con la población determinada, iniciándose el 1 de Agosto con una duración de siete semanas culminándose el 19 de Setiembre, en los días Lunes (3:00 pm - 6:00 p.m.), Martes (8:00 a.m. - 1:00 p.m), Miércoles (8:00 a.m. - 1:00 p.m), Jueves (8:00 - 11 a.m),

Sábado (3:00 - 6:00 p.m) y Domingo (8:00 a.m. - 6:00 p.m) considerando una duración aproximada de 15 minutos por cada entrevista, al final se recolectó los datos de 60 choferes lo que representó al 100% de la población total.

- Por último una vez concluida la recolección de datos se realizó el procesamiento de datos en forma manual, previa elaboración de la Tabla de Códigos, asignándose a la respuesta correcta un valor de 2 puntos y 0 puntos a la respuesta incorrecta, esto se observa en la Tabla Matriz General. Para la presentación de los hallazgos se realizó cuadros estadísticos. Para la medición de la variable de Conocimientos se determinó:

- **Conocimiento sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas:** (Total 40 puntos)

Conoce: 28 - 40 puntos

No Conoce: 0 - 26 puntos

- **Conocimiento sobre el Cáncer de Colon:** (Total 20 puntos)

Conoce: 14 - 20 puntos

No Conoce: 0 - 12 puntos

- **Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon:** (Total 20 puntos)

Conoce: 14 - 20 puntos

No Conoce: 0 - 12 puntos

F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos

Los datos obtenidos del presente trabajo se analizaron en el programa Microsoft Excel 2003, de estos se obtuvo la estadística descriptiva: frecuencia, porcentaje, promedio de los datos, para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida, se consideró el marco teórico utilizado y se realizó su respectiva confrontación.

G. Consideraciones Éticas

En el presente trabajo se tomaron las siguientes consideraciones éticas:

- Se utilizó el consentimiento informado a través de los participantes para poder realizar la recolección de datos

explicándoles los objetivos, propósito del trabajo y la autorización de la Empresa de Transporte.

- Previo a la recolección se le explicó que los datos son confidenciales y de carácter anónimo.
- El trabajo de investigación se realizó bajo estricto respeto a todos los participantes voluntarios y cumpliendo todos los aspectos bioéticos.

Capítulo III

Resultados y Discusión

Luego de haber recolectado los datos estos fueron procesados y vaciados en las siguientes tablas para su respectivo análisis e interpretación.

A. Resultados

1. Datos Generales

En relación a los datos generales se tiene que, la población estuvo conformada por 60 varones que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales S.A. Sur Lima en el distrito de Chorrillos, observándose que el mayor porcentaje 33.3 % (20), está conformado por personas de 30 a 34 años **(Ver Anexo “G”)**.

En relación a la procedencia la mayoría 63.3% (38) es de la Costa (**Ver ANEXO “H”**). Con relación al grado de instrucción 33.3% (20) (**Ver ANEXO “I”**) refirieron tener secundaria completa y el 46.7% (28) son casados (**Ver ANEXO “J”**),

El total de los encuestados 60 (100%) refirió ser católico (**Ver ANEXO “K”**).

La experiencia laboral que tienen los choferes en su mayoría 60% (36) oscila entre los 10 a 24 años (**Ver ANEXO “L”**) y el 36.7% (22) tienen como tiempo de servicio en la Empresa entre 1 a 5 años (**Ver ANEXO “M”**) y respecto a la ocupación previa el 36.7% (22) refirió ser chofer desde sus inicios (**Ver ANEXO “N”**).

2. Datos Específicos

2.1. Conocimientos sobre el Cáncer de Colon de los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.

En el Gráfico N° 1 referente a los Conocimientos sobre el Cáncer de Colon en los choferes se observa que del total de

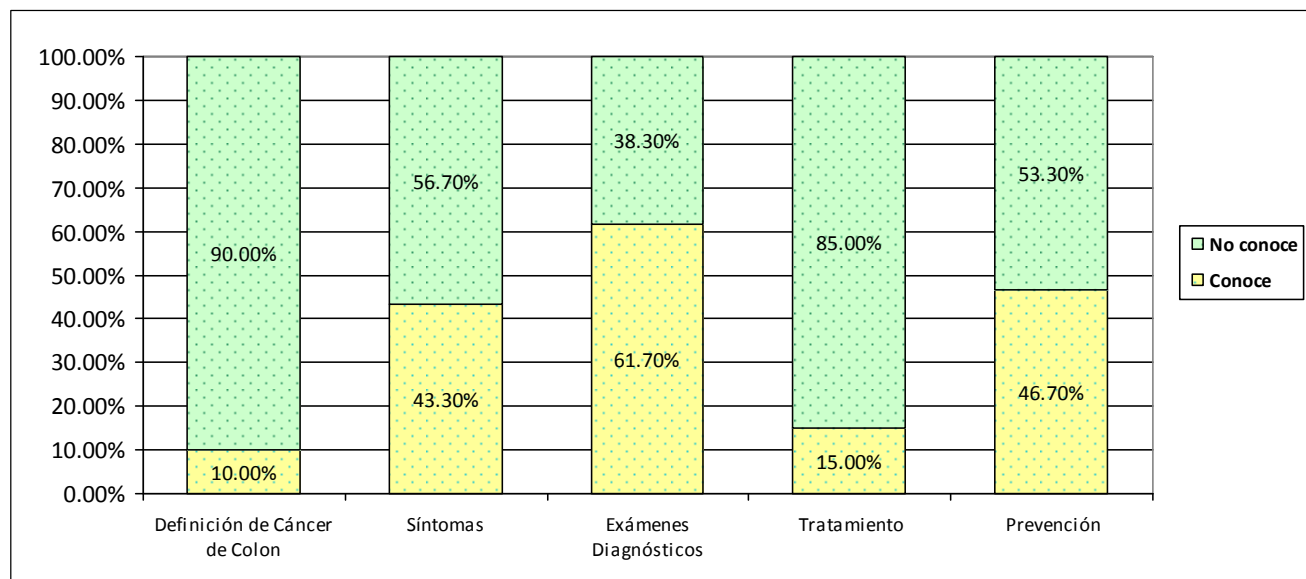
Gráfico N° 1

Conocimientos sobre el Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la
Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010



choferes encuestados 100% (60), 90% (54) desconoce la definición del Cáncer de Colon, 85% (51) sobre el tratamiento, 56.7% (34) los síntomas y el 53.3% (32) sobre prevención y sólo el 61.7% (37) conoce los exámenes diagnósticos para detectar el Cáncer de Colon.

2.2. Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.

En el Gráfico N° 2 referente a los Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon se observa que del total de choferes encuestados 100% (60), el 81.7% (39) desconocen sobre alimentación saludable, 61.7% (37) importancia de realización de actividad física, 60% (36) no consumo de sustancias nocivas, 55% (33) importancia del consumo de agua, de no mantener muchas horas de sedentarismo en la actividad laboral. Por otro lado el 61.7% (37) conocen como medidas preventivas del cáncer de colon el control médico anual y 56.7% (34) sobre el control de emociones negativas.

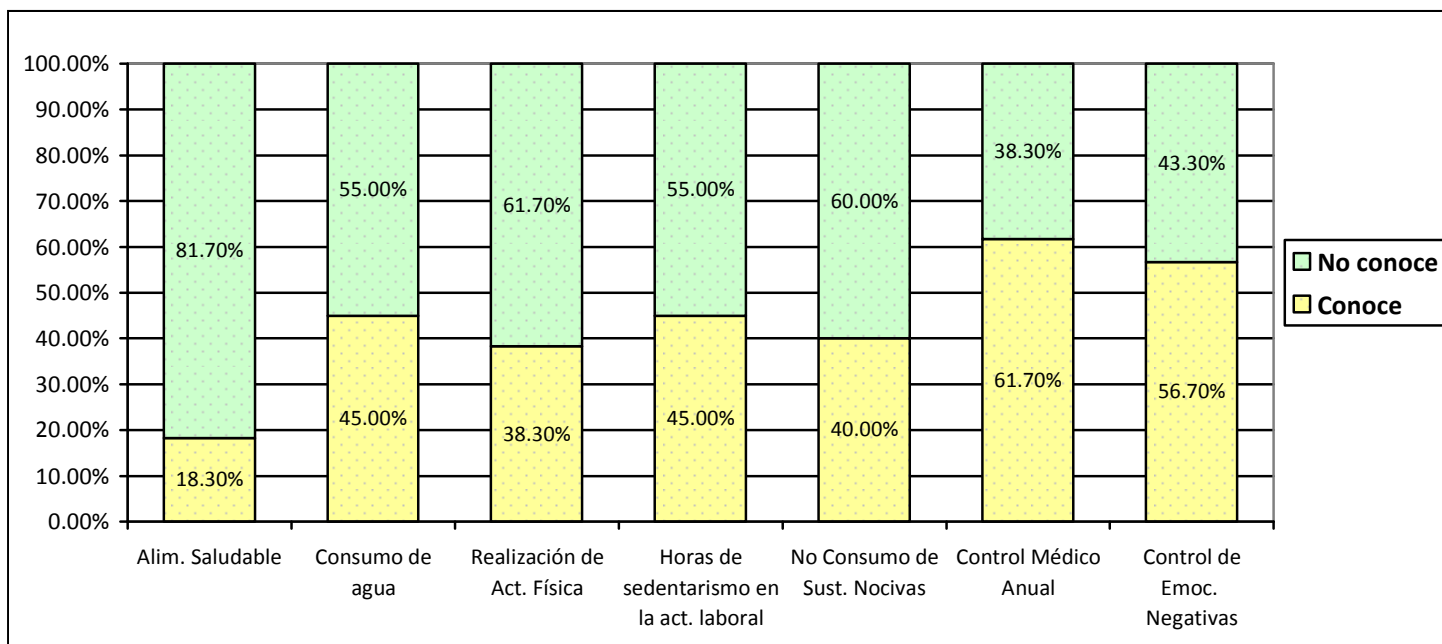
Gráfico N°2

Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010.

Lima – Perú

2010



B. Discusión de Resultados

Al respecto de los resultados del Gráfico N° 1, Mario Bunge define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos. El conocimiento como base de muchos procesos también forma parte de la Salud Pública, rama de la medicina donde una de sus funciones es la prevenir la enfermedad en la población y realizar Promoción de la Salud, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de esta última como medio necesario para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, estableciendo una serie de acciones que fomentan el conocimiento de diversas enfermedades que pudieran afectar su salud y la de su familia. El cáncer es una enfermedad que puede afectar a cualquier parte del organismo y es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales). Entre las neoplasias en aumento esta el Cáncer de Colon que consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales que se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso, las cuales pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor, si penetran en el torrente sanguíneo o linfático, pueden extenderse a

cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos, es un tipo de cáncer bastante común en muchos países, pero también de fácil detección y tiene un alto grado de curación, cuando se produce la sintomatología el cáncer suele estar avanzado y las posibilidades de supervivencia son escasas, entre los principales síntomas se presentan : cambios en los hábitos intestinales, sangrado rectal o en las heces, si bien el cáncer ataca a las personas sin importar sexo, raza, edad, condiciones socioeconómicas, las neoplasias de colon atacan a ciertos grupos en riesgo como es el caso de las personas sedentarias, con alimentación no saludable, que consumen sustancias nocivas como en el caso de los choferes que son una población amplia a nivel nacional y que se encuentra expuesta de enfermar porque en general poseen estilos de vida “poco saludables”, a ello se suma el déficit de conocimientos que pueden tener sobre la prevención de las enfermedades y las pocas actividades de prevención y promoción para estos temas, es por ello la importancia del Rol de la Enfermera en la Promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades, especialmente en el área de la Salud Ocupacional que tiene como objetivo realizar actividades tendientes a prevenir los riesgos en un área laboral determinada como en este caso de los choferes que debido a las horas que permanecen sedentarios y el tipo de alimentación que consumen generalmente fuera del hogar

aumenta la probabilidad entre otros factores a padecer la enfermedad. Por ello la labor de la Enfermera debe priorizar los grupos de riesgo, cuya función principal es brindar educación, incrementando los conocimientos o aportando la información necesaria a las personas y/o comunidad para que esta pueda cuidar su salud, su vida y así evitar o disminuir las consecuencias de la enfermedad, actividad que tiene como fin sensibilizar a las personas, básicamente orientada hacia el cuidado, en el apoyo de la construcción de condiciones de calidad de vida y en el mantenimiento de la salud de los grupos humanos y sobre todo de los grupos de riesgo.

Por lo expuesto, según los hallazgos obtenidos y la teoría confrontada se puede determinar que la mayoría de choferes 83.3% (50) (**Ver ANEXO “P”**) al no conocer sobre el cáncer de colon, tienen mayor riesgo a padecer esta enfermedad y/o a ser detectada tardíamente lo que expone a padecer de esta neoplasia.

Referente a los resultados del Grafico N° 2, como se ha venido mencionando anteriormente el Cáncer de Colon es una enfermedad que afecta la porción intermedia y más larga del intestino grueso y si bien van en aumento debido a múltiples factores, como lo menciona Winslow lo más importante es la promoción de la salud

porque en el caso de las neoplasias corresponde enfatizar la prevención a través de la educación que se brinde a diferentes grupos poblacionales enfatizando a aquellos en riesgo como son las personas que permanecen y tienen una vida muy sedentaria entre otros. Esta labor le corresponde prioritariamente al equipo de salud y sobre todo a la Enfermera ya que su función principal se encuentra orientada en el área preventivo promocional y consiste en el caso específico del Cáncer de Colon en la orientación, educación e información necesaria sobre estilos de vida saludable como: la alimentación nutritiva que incluye el consumo de fibra ya que previene la formación de tumores y refuerza el sistema inmune, la disminución del consumo de grasas y carnes pues causa irritación de las células de la mucosa e incrementan el riesgo de carcinoma de colon, el consumo de por lo menos 2 litros de agua diarios ya sea solo o en refresco, la realización de actividades físicas diarias por 30 minutos como mínimo entre las que se encuentran caminatas, footing, aeróbicos, asistir a gimnasios, evitando el sedentarismo y el consumo de sustancias nocivas como el alcohol, además de cumplir con un control médico anual así mismo otro de los aspectos importantes que muchas veces se le resta importancia es la parte afectiva tal como lo menciona Louise L. Hay “El cáncer es una enfermedad causada por un profundo resentimiento contenido durante mucho tiempo, hasta que

literalmente va carcomiendo el cuerpo. En la infancia sucede algo que destruye nuestro sentimiento de confianza, esta es una experiencia que jamás se olvida y el individuo vive complaciéndose de sí mismo y se hace difícil cultivar y mantener durante mucho tiempo relaciones significativas, con un sistema de creencias así, la vida se muestra como una serie de decepciones, un sentimiento de desesperanza, desvalimiento y la pérdida se adueña de nuestro pensamiento y nada nos cuesta culpar a otros de nuestros problemas, al gente que tiene cáncer es muy autocrítica, para mí la clave de la curación está en amarse y aceptarse”, por lo que se hace necesario que la persona aprenda a controlar y revertir sus emociones y sentimientos negativos como la ira, cólera, sentimientos a los cuales se encuentran expuestos los choferes por la propia dinámica y naturaleza de su ocupación, es por ello la importancia del Rol de la Enfermera en el ámbito comunitario sobre todo en la parte Preventivo - Promocional, ya que al brindar información necesaria sobre los estilos de vida a las personas, en un primer momento se modificarán algunas conductas pero con el proceso de concientización se irá progresando a medida que las personas conozcan más y sepan cómo cuidarse adecuadamente. Además de ello se debe tener presente que el proceso de salud no solo se refiere a un estado físico, sino también a un estado psicoemocional, donde influyen muchos aspectos, es deber de

Enfermería no solo cuidar del aspecto físico de la persona sino también del entorno para lo cual se debe valorar a la persona como un ser holístico como parte de la Salud Integral, por lo que se debe realizar la Promoción de la Salud Mental y así se estará disminuyendo enormemente los factores de riesgo psicoemocionales, el estar bien en casa, en el trabajo permite que la persona se desempeñe en cualquier lugar adecuadamente y disminuye así sus posibilidades de padecer cualquier enfermedad.

Por lo expuesto, según los hallazgos obtenidos y la teoría confrontada se puede determinar que la mayoría de choferes el 71.7% (43) (**Ver ANEXO “Q”**) al no conocer sobre las medidas preventivas del Cáncer de Colon como: la alimentación saludable, el consumo de agua, la realización de actividad física, el no consumo de sustancias nocivas, pueden incrementar el riesgo de padecer de Cáncer de Colon en este grupo poblacional, estos hallazgos nos hace reflexionar sobre la importancia del Rol Preventivo Promocional que debe realizar la Enfermera (o) en los diferentes ámbitos de su desempeño de su quehacer, especialmente en el de la Salud Ocupacional ya que la educación en cualquier etapa de la vida constituye un aspecto importante en el cambio de conductas y/o hábitos.

Capítulo IV

Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones

A. Conclusiones

Los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento nos dan a conocer lo siguiente:

1. En relación a los Conocimientos sobre el Cáncer de Colon se concluye que la gran mayoría de los choferes encuestados 87.5% (53) desconocen sobre qué es el cáncer de colon y como se trata, asimismo la mayoría de ellos 55% (33) desconocen aspectos referentes a la sintomatología y la prevención de la enfermedad, aspectos que son importantes porque contribuyen a que en este caso los choferes puedan detectar oportunamente algún signo o síntoma de alarma o

controlarse medicamente en forma oportuna como una de las medidas básicas de prevención por lo que con estos resultados podemos deducir que la población de choferes encuestados se encuentra en riesgo de enfermar por esta patología.

2. En relación a los Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon se concluye que la mayoría de los choferes encuestados 63% (38) al desconocer sobre la importancia de la alimentación saludable, del consumo de agua, sobre la realización de actividad física, las horas de sedentarismo en la actividad laboral y de la importancia de no consumo de sustancias nocivas, se exponen más directamente a padecer esta enfermedad.
3. Se acepta la Hipótesis nula que refiere: “Los choferes que laboran en la Empresa de Transporte desconocen sobre el Cáncer de Colon y sus medidas preventivas”, rechazándose la Hipótesis principal.

B. Limitaciones

1. Una de las principales limitaciones fue el tiempo para encontrar y realizar la encuesta a la totalidad de la población, ya que no coincidían nuestros horarios.
2. Los datos encontrados solo son válidos para estos grupos poblacionales.

C. Recomendaciones

1. Es necesario hacer conocer a la Empresa de Transporte y a sus trabajadores sobre los resultados encontrados en el presente trabajos, con el fin de promover actividades preventivo - promocionales, para mejorar los conocimientos en relación a prevención y fomentar estilos de vida saludables.
2. Realizar trabajos similares en donde no solo se tome la parte física de la persona sino además la parte psicoemocional a mayor profundidad, como indagar más sobre el nivel de estrés presente en los choferes, que no

solo influye en su salud sino que se ve reflejada en su trabajo diario.

3. Las Enfermeras de Salud Pública deben trabajar a nivel extramural con grupos poblacionales en riesgo como en el caso de los choferes fomentando estilos de vida saludable para ellos y sus familias.

4. La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos debe tomar en cuenta a estos grupos poblacionales y realizar sus trabajos de investigación para así aportar mayor información sobre las deficiencias que existen en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) WHO. Centro de Prensa, [en línea], [fecha de acceso 4 de Mayo del 2010], disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- (2) Pinillos Ashton Luis. Cáncer en el Perú. [en línea] [fecha de acceso 28 de Abril del 2010], disponible en :
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a01.pdf>
- (3) OMS. Acción Mundial Contra el Cáncer [en línea] [fecha de acceso 28 de Abril del 2010], disponible en :
<http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>
- (4) El Comercio. Nota de Prensa, [en línea] [fecha de acceso 7 de Abril del 2010], disponible en :
<http://www.elcomercio.com.pe/impres/otas/cada-ano-hay-dos-mil-nuevos-casos-cancer-colon/20090325/264101>
- (5) MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud en el Adulto y Adulto Mayor. [en línea] [fecha de acceso 7 de Abril del 2010], disponible en :
<http://www.minsa.gob.pe/porta/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mas.asp>

- (6) MINSA. Plan Nacional Concertado en Salud. Julio 2007. Pág : 13 - 21, 26 - 35, 56 - 57, 83 - 85.
- (7) Gonzáles y otros. Estudio Prospectivo Europeo sobre el Cáncer y Nutrición. Revista de Salud Publica N° 2. España. 2004. Pág: 167-176
- (8) Cabrera y otros. Información, Percepción de Riesgo y Ansiedad antes de recibir Consejo Genético en Predisposición Hereditaria al Cáncer. Enfermería Clínica. España. 2006. Pág: 112-118
- (9) Alias y otros. Conocimientos sobre Cáncer Colorrectal en Estudiantes Españoles. España. 2008.
- (10) Jannet Ricse Ascensio. Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama en Mujeres Usuarias del Centro de Salud Materno Infantil Tabalada de Lurín, Villa María del Triunfo 2006. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima - Perú. 2007
- (11) Olga Mendoza Solís. Conocimientos sobre Prevención de Cáncer Cervicouterino en las Usuarias del Centro de Salud Fortaleza, Vitarte – Lima 2006. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima - Perú. 2007
- (12) Barboza. Principios y Terapéutica Quirúrgica. 1ra Edición. Editorial Didi de Arteta. Lima. Perú. 1999. Pág: 484 - 885.
- (13) MINSA. Artículo Informativo, [en línea] [fecha de acceso 8 de Mayo del 2009], disponible en: <http://minsa.gob.pe>
- (14) E. Barboza. Cáncer de colon y recto. Tomo XXX Congreso, Academia de Cirugía Peruana, 1996. Pág:36.

- (15) Felipe Lobeto y otros. Carga de Mortalidad Asociada a la Inactividad Física en Bogotá. Revista de Salud Publica N°8 (Sup 2)28 – 41. Colombia.2006
- (16) Adrian Garofolo y otros. Dieta y Cáncer: Un Enfoque Epidemiológico. Revista de Nutrición Caripinas 491 – 505. dez. Brasil. 2004.
- (17) España y otros. “Factores de Riesgo Alimentario para Cáncer de colon Manizales. 1997 – 1999”. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales 2000
- (18) National Cancer Institute (NCI). Cancer Trends Progress Report Alcohol Consumption. 1998.
- (19) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Alcohol and Cancer – Alcohol Alert No. 21-1993.
- (20) National Cancer Institute (NCI). Alcohol Consumption and the Risk for Colorectal Cancer 20 April 2004
- (21) Brown, Anthony J. Alcohol, tobacco, and male gender up risk of earlier onset colorectal cancer. 2001.
- (22) T.R. Harrison. Medicina Interna. 3° Edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México. Pág: 1648-1651
- (23) López Blanco Ariel. Artículo Informativo. [en línea] [fecha de acceso 14 de Abril del 2010], disponible en :
<http://reflexoterapia.galeon.com/files/holistica.doc>

- (24) González, Barrull, y otros. ¿Puede ser el Deficit Afectiva causa de una Enfermedad?, [en línea] [fecha de acceso 17 de Abril del 2010], disponible en:
http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/deficit_afectivo.html
- (25) Diestres. Nota Informativa, [en línea] [fecha de acceso 13 de Abril del 2010], disponible en
<http://www.diestres.com/2008/08/efecto-de-nuestro-estado-emocional/>
- (26) L. Hay Louise. Usted Puede Sanar su Vida. 2 Edición. Editorial Urano. España. 1998. Pág: 107-118
- (27) M. Terris. Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas, en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540,
- (28) Sapag Jaime y Poblete Fernando. Artículo Informativo, [en línea] [fecha de acceso 24 de Abril del 2010], disponible en
http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/promocion_salud.html
- (29) MINSA. Documento Técnico. Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. Lima - Perú. 2006. Pág: 11 – 34
- (30) Ryle John, "Medicina social y Salud Pública", en "Desafíos de la Epidemiología. Publicación Científica N° 505, OPS, 1988
- (31) Gomero Cuadra, Raúl y otros. "Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional". Revista de Medicina Cayetano Heredia N° 17. 2006.
- (32) OPS, MINSA, DIGESA. "Manual de Salud Ocupacional". Lima - Perú. 2005. Pág: 9 - 10.

- (33) Parra, Manuel. "Conceptos Básicos en Salud Laboral". Oficina Internacional de Trabajo. Chile. 2003. Pág: 4.
- (34) Caldero, MA y otros. "Competencias Profesionales de la Enfermería del Trabajo". España. 2006
- (35) Universidad Andrés Bello de Chile. Artículo Informativo: Enfermería aborda el aumento del Cáncer de Colon y Recto, [en línea] [fecha de acceso 20 de Abril del 2010], disponible en <http://noticias.unab.cl/postgrado/enfermeria-aborda-el-aumento-del-cancer-de-colon-y-recto/>
- (36) García, Sixto y Rosales, Diógenes. Filosofía y Lógica. 8va Edición. Editorial Amaru Editores. Lima- Perú. 2002. Pág: 78-96.
- (37) Mario Bunge. "Epistemología". Barcelona – España. Editorial Ariel. 1980.
- (38) Benjamín Lahey. "introducción a la Psicología". Editorial Mc Graw Hill. 1999.
- (39) Jaime Llacuna Morena. "Prevención, Trabajo y Salud". Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene N° 1. Págs: 12 – 17. España. 2009.

:BIBLIOGRAFÍA

BARBOZA. Principios y Terapéutica Quirúrgica. 1ra Edición. Editorial Didi de Arteta. Lima. Perú. 1999.

BARBOZA E. Cáncer de colon y recto. Tomo XXX Congreso, Academia de Cirugía Peruana, 1996.

BUNGE MARIO. Epistemología. Barcelona – España. Editorial Ariel. 1980.

FATTORUSSO V. Y RITTER O. Vademécum Clínico. Editorial El Ateneo. 3ra Edición. 1989.

GARCÍA, SIXTO Y ROSALES, DIÓGENES. Filosofía y Lógica. 8va Edición. Editorial Amaru Editores. Lima- Perú. 2002.

GUYTON A, HALL J. Tratado de Fisiología Médica. 10ma Edición. Editorial Mac Graw Hill Interamericana. España. 2001.

HARRISON T.R. Medicina Interna. 3ra Edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México.

HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, BAPTISTA. Metodología de la Investigación. 3ra Edición. Mac Graw Hill Interamericana. 2003.

L. HAY LOUISE. Usted Puede Sanar su Vida. 2da Edición. Editorial Urano. España. 1998.

LAHEY BENJAMÍN. "Introducción a la Psicología". Editorial Mc Graw Hill. 1999

MINSA. Plan Nacional Concertado en Salud. Lima - Perú. Julio 2007.

MINSA. Documento Técnico. Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. Lima – Perú. 2006.

OPS, MINSA, DIGESA. "Manual de Salud Ocupacional". Lima - Perú. 2005.

PARRA, MANUEL. "Conceptos Básicos en Salud Laboral". OIT. Chile. 2003.

PINEDA, DE ALVARADO, DE CANALES. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2da Edición. OPS. 1994.

POLIT Y HUNGLER. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ta Edición. Mac Graw Hill Interamericana. 2000.

RYLE JOHN. "Medicina social y Salud Pública", en "Desafíos de la Epidemiología. Publicación Científica N° 505, OPS, 1988

TERRIS M. . Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas, en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- ANEXO A:** Instrumento
- ANEXO B:** Operacionalización de la Variable
- ANEXO C:** Tabla de Concordancia
- ANEXO D:** Tabla de Códigos
- ANEXO E:** Tabla Matriz sobre Conocimientos
- ANEXO F:** Medición de la Variable Conocimiento
- ANEXO G:** Distribución de los Choferes según Edad
- ANEXO H:** Distribución de los Choferes según Procedencia
- ANEXO I:** Distribución de los Choferes según Grado de Instrucción
- ANEXO J:** Distribución de los Choferes según Estado Civil
- ANEXO K:** Distribución de los Choferes según Religión
- ANEXO L:** Distribución de los Choferes según Tiempo de Experiencia Laboral
- ANEXO M:** Distribución de los Choferes según Tiempo de Antigüedad en la Empresa
- ANEXO N:** Distribución de los Choferes según Ocupación previa a trabajar en la Empresa
- ANEXO O:** Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas en los Choferes
- ANEXO P:** Conocimientos sobre el Cáncer de Colon en los Choferes
- ANEXO Q:** Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon en los choferes

ANEXO A

Entrevista – Encuesta

I.- Introducción

Muy buenos días Señor, mi nombre es Cristhine Valdez Junco, soy estudiante de Enfermería de la UNMSM y estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo: Saber cuáles son los conocimientos que tienen ustedes sobre el Cáncer de colon y sus medidas preventivas del a fin de proponer en la Empresa y a sus directivos Programas de Orientación, que les permita vivir cada día mejor su salud.

Los datos recolectados serán confidenciales y se le solicita su generosa colaboración, muchas gracias por anticipado su gentil colaboración.

II.- Datos Generales

A. En relación al entrevistado:

- Edad:.....
- Procedencia: a) Costa () b) Sierra () c) Selva ()
- Grado de Instrucción: a) Primaria: Incompleta () Completa ()
 b) Secundaria: Incompleta () Completa ()
 c) Superior Técnica: Incompleta () Completa ()
 d) Superior Universitaria: Incompleta () Completa ()
- Estado Civil: a) Soltero () d) Viudo ()
 b) Casado () e) Separado ()
 c) Conviviente() f) Divorciado ()
- Religión:
- Tiempo que labora como chofer:.....
- Tiempo que labora como chofer en la Empresa:.....
- Anteriormente ¿a qué se dedicaba?.....

III. Datos Específicos: Conocimientos

1. El cáncer de colon se define como una enfermedad que ataca principalmente a la porción:
 - a) Extrema del intestino delgado.
 - b) Extrema del intestino grueso.
 - c) Intermedia y más larga del intestino grueso.
 - d) Intermedia del intestino grueso.
 - e) No sabe

2. El cáncer de colon no presenta síntomas al inicio, pero luego en etapas más avanzadas se manifiesta con:
 - a) Cólico y cambio en los hábitos intestinales
 - b) Dolores de cabeza y vómitos
 - c) Cambios de carácter y dolor abdominal
 - d) Sangrado nasal y dolores de cabeza
 - e) No sabe

3. Entre los cambios de los hábitos intestinales más frecuentes del cáncer de colon se presentan principalmente:
 - a) Diarrea y gases
 - b) Estreñimiento y diarreas
 - c) Diarreas y dolor de estómago
 - d) Sensación de llenura y disminución del apetito
 - e) No sabe

4. Uno de los problemas frecuentes que presenta la persona con cáncer de colon es:
 - a) Sangrado rectal
 - b) Sangrado en las heces
 - c) Mucosidad de las heces
 - d) Sangrado rectal o sangre en las heces
 - e) No sabe

5. El cáncer de colon se detecta principalmente a través de:
 - a) Examen de heces
 - b) Examen de orina
 - c) Examen de sangre
 - d) Examen de sangre oculta en heces
 - e) No sabe

6. El examen que se realiza para poder detectar tempranamente el cáncer de colon es la revisión de :

- a) El Recto
- b) La Próstata
- c) El Abdomen
- d) Los Ganglios
- e) No sabe

7. Para determinar si existe alguna masa tumoral benigna o maligna en el colon se realiza:

- a) Broncofibroscopía
- b) Fibrocolonoscopia
- c) Endoscopia
- d) Laparoscopia
- e) No sabe

8. El cáncer de colon tiene cura::

Si () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 8.1.

8.1. Diga ¿Cómo se cura?.....

9. El tratamiento frecuente cuando el cáncer de colon es detectado tempranamente es:

- a) Cirugía
- b) Quimioterapia
- c) Radioterapia
- d) Antibióticoterapia
- e) No sabe

10. El cáncer de colon se puede prevenir:

Si () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 10.1.

10.1 Diga ¿Cómo se previene?.....

11. Entre las principales medidas preventivas del cáncer de colon tenemos la alimentación rica en:

- a) Carnes
- b) Grasa
- c) Fibras
- d) Azúcares
- e) No sabe

12. ¿Qué tipo de alimentos aumentan las probabilidades de padecer cáncer de colon?

- a) Con preservantes
- b) Frituras
- c) Frutas
- d) No sabe
- e) Otros. Especifique.....

13. Es importante el consumo de líquidos

Sí () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 13.1. y 13.2.

13.1. ¿Cuántos litros aproximadamente?

- a) 2 litros
- b) 1.5 litros
- c) 1 litro
- d) 500 ml
- e) 250 ml

13.2. ¿Qué tipo de líquidos?

- a) Refrescos de fruta
- b) Jugos
- c) Agua sola
- d) Gaseosas
- e) No sabe

14. ¿Qué tipo de actividad física conoce que reduciría la probabilidad de padecer cáncer de colon?

- a) Caminata
- b) Aeróbicos
- c) Footing
- d) No sabe
- e) Otros. Especifique.....

Si responde **No sabe** pasar a la pregunta 15.

14.1. ¿Con que frecuencia se debe realizar?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 2 veces por semana
- d) 1 vez por semana
- e) Durante el mes

14.2. ¿Qué tiempo se le debe dedicar a esta actividad?

- a) 15 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) 2 horas
- e) Más de 2 horas

15. ¿Conoce algún tipo de trabajo expondría más a las personas de padecer de cáncer de colon?

Sí () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 15.1.

15.1. ¿Qué tipo de trabajo sería este?.....

16. ¿Considera Ud. Que su trabajo lo expondría a padecer de cáncer de colon?

Sí () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 16.1.

16.1. ¿Por qué?.....

17. ¿Qué tiempo le debe dedicar usted a manejar y mantener una vida saludable?

- a) 18 horas al día
- b) 12 horas al día
- c) 9 horas al día
- d) 6 horas al día
- e) 3 horas al día

18. El cáncer de colon se encuentra relacionado con el consumo de sustancias nocivas como:

- a) Drogas
- b) Alcohol
- c) Tabaco
- d) No sabe
- e) Otros. Especifique.....

19. Considera Ud. El Control Médico como una medida preventiva

Sí () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 19.1.

19.1. ¿Cada cuánto tiempo Ud. Considera debe ser el control médico?

- a) 1 vez al mes
- b) 2 veces al mes
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año
- e) 2 veces al año

20. ¿Ud. Considera que los problemas como el estrés, la cólera, la ansiedad en el hogar, en el trabajo influiría en qué padezca cáncer de colon?

Sí () No () No sabe ()

Si responde **Sí** pasar a la pregunta 20.1.

20.1. ¿De qué manera influiría?.....

ANEXO B

Operacionalización de la Variable

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Dimensiones de la Variable	Indicadores	Valor Final	Definición Operacional de la Variable
<p>Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas</p>	<p>El cáncer de colon es una enfermedad crónica que ataca principalmente a las personas que tienen mayor tendencia al sedentarismo, una inadecuada dieta, problemas que afecten su estado psicoemocional se ven reflejados en su salud es por ello que la labor de prevención está orientado a la educación formal e informal a fin de motivar, transmitir conocimientos tendientes a disminuir la incidencia o prevenir este mal, en razón a que estos o sea los conocimientos son definidos</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Definición del cáncer de colon • Síntomas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios de los hábitos intestinales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarreas ✓ Estreñimiento ➤ Sensación de evacuación constante. ➤ Sangrado rectal o en los excrementos ➤ Debilidad ➤ Cólico ➤ Disminución del apetito ➤ Masa tumoral 	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p>	<p>Es la información que refieren tener los choferes sobre el cáncer de colon y las actividades que se deben realizar para no enfermar y que serán medidos mediante una encuesta en conoce o no conoce.</p>

	<p>como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser comunes ya que se basan en lo cotidiano o científico pues tienen una finalidad teórica que permiten comprender y explicar los fenómenos de la naturaleza que en este caso son puestas en práctica mediante las medidas preventivas que son consideradas acciones que realizan las personas para evitar enfermarse, entre ellas tenemos: alimentación saludable, realizar actividad física, realizarse el chequeo anual con el médico, etc, todo ello en busca de disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes Diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sangre oculta en heces ➤ Tacto rectal ➤ Fibrocolonoscopia • Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cirugía ➤ Quimioterapia ➤ Radioterapia • Estilos de Vida Saludable: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingesta de fibra ✓ Ingesta de grasa ✓ Consumo de carnes ✓ Consumo de: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Embutidos ❖ Enlatados ❖ Ahumados ❖ Recalentados ❖ Comidas quemadas ❖ Condimentos ➤ Consumo de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuencia ❖ Tipo ❖ Cantidad 		
--	---	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">➤ Actividad física<ul style="list-style-type: none">❖ Tipos❖ Frecuencia❖ Cantidad ➤ Actividad Laboral<ul style="list-style-type: none">❖ Tipo de trabajo❖ Horas de trabajo❖ Frecuencia ➤ Consumo de sustancias nocivas<ul style="list-style-type: none">❖ Alcohol❖ Drogas❖ Tabaco ➤ Control Médico<ul style="list-style-type: none">❖ Frecuencia❖ Importancia ➤ Esfera Psicoemocional<ul style="list-style-type: none">❖ Personal❖ Familiar❖ Laboral		
--	--	--	---	--	--

ANEXO C

Tabla de Concordancia

Prueba Binomial: Juicio de Expertos

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
7	1	1	0	1	1	1	1	0	0.145 (°)

° En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

ANEXO D
Tabla de Códigos

I. Datos Específicos: Conocimientos

2 = Correcto

0 = Incorrecto

Generalidades del Cáncer de Colon = Preguntas 1 - 10

Estilos de Vida Saludable = Preguntas 11- 20

N° de Ítems	Respuesta
1	C
2	A
3	B
4	D
5	D
6	A
7	A
8	Sí
9	A
10	Sí
11	C
12	B
13	Sí
13.1	A
13.2	A, B, C
14	A, B, C, E
14.1	A
14.2	B
15	Sí
16	Sí
17	B
18	B
19	SÍ
19.1	D
20	Sí

ANEXO E

Tabla Matriz sobre Conocimientos

N° Choferes	Generalidades del Cáncer de Colon											Medidas Preventivas										Puntaje Total (PP ₁ + PP ₂)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PP ₁	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		PP ₂
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6	8
2	0	2	0	0	2	2	0	0	0	2	8	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	6	14
3	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	16	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	14	30
4	0	2	0	2	2	2	0	2	0	0	10	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	8	18
5	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	16	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	16	32
6	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	12	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	6	18
7	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	16	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	14	30
8	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	14	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	18	32
9	2	2	0	0	0	2	2	2	0	2	12	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	16	28
10	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	12	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	16	28
11	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	14	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	14	28
12	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	18	32

13	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	8	0	2	0	0	2	0	0	0	2	0	6	14
14	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	10	2	2	2	2	2	2	0	2	2	18	28	
15	0	2	2	0	0	2	0	0	0	2	8	0	0	0	0	2	2	0	2	2	2	10	18
16	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	6	8
17	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0	8	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	8	16
18	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4	8
19	0	2	0	2	2	2	0	2	0	0	10	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	6	16
20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	6
21	0	2	0	2	2	0	0	0	2	0	8	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	10	18
22	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	10	0	2	0	2	0	2	0	0	2	0	8	18
23	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	6	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	6	12
24	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	8	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	8	16
25	0	2	0	0	2	2	0	2	0	2	10	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	6	16
26	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	12	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	8	20
27	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	8	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	14	22
28	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	14	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	14	28
29	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	8	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4	12

30	0	2	0	2	2	0	0	2	0	2	10	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	18	28
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	6	6
32	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	10	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	10	20
33	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	6	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	10	16
34	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	6	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	10	16
35	0	2	2	2	2	0	2	2	0	2	14	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	14	28
36	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	12	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	16	28
37	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	18	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	14	32
38	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	8	2	2	0	2	2	0	2	0	2	2	14	22
39	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	10	0	2	2	0	2	0	2	0	2	2	12	22
40	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	6	2	2	0	0	0	0	2	0	2	2	10	16
41	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	12	14
42	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4	10
43	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	10	14
44	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	6	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	6	12
45	0	2	0	0	2	2	0	2	2	0	10	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	4	14
46	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4	0	0	2	0	2	2	0	0	0	2	8	12

ANEXO F

Medición de la Variable Conocimiento

Se considera 70% en cada caso, ya que este es el porcentaje de preguntas que tienen importancia para determinar la puntuación de la Variable Conocimientos, para ello se realizó las siguientes operaciones:

- **Conocimiento Global:** (Total 40 puntos)

$$\begin{array}{l} 40 \text{ pts} \longrightarrow 100\% \\ X \longrightarrow 70\% \end{array} \quad X = \frac{40 \times 70}{100} = 28 \text{ puntos}$$

Conoce: 28 - 40 puntos

No Conoce: 0 - 26 puntos

- **Conocimiento sobre el Cáncer de Colon:** (Total 20 puntos)

$$\begin{array}{l} 20 \text{ pts} \longrightarrow 100\% \\ X \longrightarrow 70\% \end{array} \quad X = \frac{20 \times 70}{100} = 14 \text{ puntos}$$

Conoce: 14 - 20 puntos

No Conoce: 0 - 12 puntos

- **Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon:** (Total 20 puntos)

$$\begin{array}{l} 20 \text{ pts} \longrightarrow 100\% \\ X \longrightarrow 70\% \end{array} \quad X = \frac{20 \times 70}{100} = 14 \text{ puntos}$$

Conoce: 14 - 20 puntos

No Conoce: 0 - 12 puntos

Anexo G

Distribución de los Choferes según Edad en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.

Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Edad	Choferes	
	N°	%
30 - 34 años	20	33.3
35 - 39 años	6	10
40 - 44 años	16	26.7
45 - 49 años	2	3.3
50 - 54 años	4	6.7
55 - 59 años	10	16.7
60 años	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo H

Distribución de los Choferes según Procedencia en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.

Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Procedencia	Choferes	
	N°	%
Costa	38	63.3
Sierra	10	16.7
Selva	12	20
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo I

Distribución de los Choferes según Grado de Instrucción en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Grado de Instrucción	Choferes	
	N°	%
Primaria Incompleta	4	6.7
Primaria Completa	4	6.7
Secundaria Incompleta	12	20
Secundaria Completa	20	33.3
Superior Técnica Incompleta	6	10
Superior Técnica Completa	2	3.3
Superior Universitaria Incompleta	8	13.3
Superior Universitaria Completa	4	6.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo J

**Distribución de los Choferes según Estado Civil en la
Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010
Lima - Perú
2010**

Estado Civil	Choferes	
	N°	%
Soltero	16	26.7
Casado	28	46.7
Conviviente	10	16.7
Viudo	2	3.3
Separado	0	0
Divorciado	4	6.7
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo K

**Distribución de los Choferes según Religión en la Empresa de
Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.
Chorrillos. 2010
Lima - Perú
2010**

Religión	Choferes	
	N°	%
Católica	60	100
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo L

Distribución de los Choferes según Tiempo de Experiencia Laboral

en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Tiempo de Experiencia Laboral	Choferes	
	N°	%
5 - 9 años	10	16.7
10 - 14 años	12	20
15 - 19 años	12	20
20 - 24 años	12	20
25 - 29 años	4	6.7
30 - 34 años	4	6.7
35 - 39 años	4	6.7
40 años	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo M

Distribución de los Choferes según Tiempo de Antigüedad en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Tiempo de Antigüedad en la Empresa de Transporte	Choferes	
	N°	%
1 - 5 años	22	36.7
6 - 10 años	10	16.7
11 - 15 años	2	3.3
16 - 20 años	8	13.3
21 - 25 años	6	10
26 - 30 años	6	10
31 - 35 años	0	0
36 - 40 años	6	10
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Anexo N

**Distribución de los Choferes según Ocupación previa a trabajar en la
Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010
Lima - Perú
2010**

Ocupación Previa	Choferes	
	N°	%
Agricultura	4	6.7
Ambulante	8	13.3
Cargador	2	3.3
Chofer	22	36.7
Cobrador	4	6.7
Empleado	2	3.3
Estudiante	8	13.3
Mecánico	6	10
Ninguna	4	6.7
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

ANEXO O

Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A.

Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Conocimientos sobre el Cáncer de Colon y sus Medidas Preventivas	Choferes	
	N°	%
Conoce	13	21.7
No conoce	47	78.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

ANEXO P

Conocimientos sobre el Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales

Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Conocimientos sobre el Cáncer de Colon	Choferes	
	N°	%
Conoce	10	16.7
No conoce	50	83.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales
Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

ANEXO Q

Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon en los Choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010

Lima - Perú

2010

Conocimientos sobre Medidas Preventivas del Cáncer de Colon	Choferes	
	N°	%
Conoce	17	28.3
No conoce	43	71.7
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a los choferes que laboran en la Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima S.A. Chorrillos. 2010