

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO

SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**PROGRAMA EDUCATIVO “ADECUÁNDOME A MI
NUEVA REALIDAD” Y EL NIVEL DE ADAPTACION
AL TRATAMIENTO DE OSTOMÍA EN USUARIOS
EXTERNOS COLOSTOMIZADOS DE UN HOSPITAL
NACIONAL DEL CALLAO-2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA:
MG. MARÍA DOLORES RAMOS FIESTAS**

CALLAO – 2015

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- _____
- _____
- _____
- _____

PRESIDENTE

SECRETARIA

MIEMBRO

MIEMBRO

ASESORA: _____

Nº de Libro:

Nº de Acta:

Fecha de Aprobación de tesis:

Resolución de sustentación de la Sección de Post Grado

Nº _____-2015-SPGFCS

DEDICATORIA

A Dios, a mi amada familia, mi esposo Cesar Marcial y a mis tres hijos que son la razón de mi existir y progreso.

A la Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional del Callao por formar profesionales de la salud competitivos y con principios y valores éticos.

La autora

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional del Callao.

A la Dra. Arcelia Rojas Salazar, por su innegable colaboración y modelo de profesional en el campo de la gerencia en salud.

A la Dra. Ana María Yamunaqué Morales por ser modelo de constancia y exigencia profesional.

La autora.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.1. Identificación del problema	14
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Objetivos de la investigación	20
1.4. Justificación	21
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Antecedentes del estudio	23
2.2. Bases epistémicas	27
2.2.1. La andragogía	27
2.2.2. Paradigma epistemológico de la Investigación	28
2.3. Bases filosóficas	30
2.3.1. Ideas fuerza de la andragogía	30
2.4. Bases científicas	32
2.4.1. Modelo de la adaptación de Callista Roy	32
2.4.2. Teoría sobre el déficit de autocuidado	37
2.4.3. Modelo integrado de autocuidado	38
2.4.4. Teoría sobre el aprendizaje social	40
2.5. Bases culturales: programa educativo en los usuarios externos colostomizados	41
2.5.1. Definición de programa	41
2.5.2. Programa educativo	41
2.5.3. Indicadores metodológicos del programa educativo	42
2.5.4. Estructura y desarrollo del programa educativo	43
2.6. Bases culturales: nivel de adaptación de los usuarios externos colostomizados	44
2.6.1. Definición de ostomía	44
2.6.2. Colostomía	45

2.6.3.	Tipos de colostomía	45
2.6.4.	Paciente colostomizados	46
2.6.5.	Problemas frecuentes del paciente colostomizado	46
2.6.6.	Definición de adaptación	48
2.6.7.	Fases del proceso de adaptación	49
2.6.8.	Adaptación de los usuarios externos colostomizados.....	49
2.6.9.	Dimensiones de la adaptación.....	51
2.6.10.	Programas educativos enfocados a la adaptación del paciente colostomizados	53
2.7.	Definición de términos básicos	54
III.	VARIABLES E HIPÓTESIS.....	59
3.1.	Definición de variables.....	59
3.2.	Operacionalización de variables	60
3.3.	Hipótesis general y específicas de la investigación.....	61
IV.	METODOLOGÍA	66
4.1.	Tipo de investigación	66
4.2.	Diseño de investigación	67
4.3.	Población y muestra	67
4.4.	Técnicas de instrumento de recolección de datos.....	70
4.4.1.	Validación del instrumento.....	71
4.5.	Procedimientos de recolección de datos.....	72
4.6.	Procedimientos estadístico y análisis de datos	75
V.	RESULTADOS.....	77
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	104
6.1.	Contratación de hipótesis con los resultados	104
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	112
VII.	CONCLUSIONES	119
VIII.	RECOMENDACIONES	121
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	124
X.	ANEXOS	128

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 5.1. Características demográficas de los usuarios externos colostomizados según grupos de estudio. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	77
Tabla 5.2. Descripción de las edades de los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	78
Tabla 5.3. Características sociales de los grupos; experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	81
Tabla 5.4. Tiempo de tratamiento con la ostomía en los grupos; experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	83
Tabla 5.5. Descripción de la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	85
Tabla 5.6. Descripción de la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	87
Tabla 5.7. Proporciones del nivel de adaptación fisiológica frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	89
Tabla 5.8. Descripción de la adaptación en la dimensión psicológica, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	90
Tabla 5.9. Descripción de la adaptación en la dimensión psicológica, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	92
Tabla 5.10. Proporciones del nivel de adaptación psicológica frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	94
Tabla 5.11. Descripción de la adaptación en la dimensión social, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	95
Tabla 5.12. Descripción de la adaptación en la dimensión social, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y	

	control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	97
Tabla 5.13.	Proporciones del nivel de adaptación social frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	99
Tabla 5.14.	Proporciones de la adaptación según dimensiones durante la preintervención en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	100
Tabla 5.15.	Proporciones de la adaptación según dimensiones durante la pos-intervención en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	101
Tabla 5.16.	Descripción de la adaptación, durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	102
Tabla 5.17.	Proporciones del nivel de adaptación al tratamiento de ostomía durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	103
Tabla 6.1.1	Prueba de normalidad de Shapiro wilk para las distribuciones de contraste de las variables en estudio, según el momento antes y después de la-intervención, de los usuarios externos colostomizados del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	104
Tabla 6.1.2	Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía durante la posintervención en el grupo experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	105
Tabla 6.1.3	Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	107
Tabla 6.4.4	Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	110
Tabla 6.5.5	Prueba de wilcoxon para comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión	

social durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015. 112

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 5.1.	Representación gráfica de las edades de los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	79
Figura 5.2.	Representación gráfica del género de los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	80
Figura 5.3.	Representación gráfica del tiempo de tratamiento con la ostomía en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	83
Figura 6.1.1	Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	106
Figura 5.5.	Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	108
Figura 5.6.	Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la posintervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	110
Figura 5.7.	Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la posintervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.	112

RESUMEN

El estudio se realizó en el Hospital Daniel Alcides Carrión en el 2015, cuyo objetivo fue demostrar las diferencias que existen en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibió el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control. Fue un estudio experimental con dos grupos (experimental y control), de tipo prospectivo, longitudinal, y analítico; con una muestra probabilística, conformada por 25 pacientes colostomizados, a quienes se les aplicó una entrevista, y una escala de adaptación, validados y confiabilizados. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos. El análisis inferencial fue mediante la prueba de t de Student y Wilcoxon, previa prueba de normalidad de Shapiro, para un $p \leq 0,05$, apoyados en el PASW V22. Los resultados revelaron que en el grupo experimental hubo adaptación de nivel integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención, observándose diferencias significativas [$t= -4,89$; $p= 0,00$] respecto al grupo control. En la dimensión psicológica el grupo experimental también tuvo adaptación de nivel integrada al tratamiento de ostomía durante la pos- intervención, siendo la diferencia significativa [$t= -3,68$; $p= 0,001$] respecto al grupo control. Hubo adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la pos-intervención en el grupo experimental respecto al grupo control, hallándose diferencias significativas [$Z=-3,254$; $p=0,001$] por lo que se tuvo que rechazar las hipótesis nulas. Se concluyó que el grupo experimental tuvo adaptación de nivel integrado al tratamiento de ostomía como consecuencia de la aplicación del programa educativo “Adecuándome a mi nueva realidad”

respecto al grupo control que recibió la educación habitual [t= -5,50; p= 0,00], con lo que se demuestra la eficacia de la intervención.

Palabras clave. *Adaptación, colostomía, calidad de vida, programa educativo, cuidado de enfermería. (fuente: DeCS BIREME).*

ABSTRACT

The study was conducted in the Daniel Alcides Carrión Hospital in 2015 , whose aim was to demonstrate the differences in treatment adaptation colostomy ostomy among users of the experimental group received the educational program " adecuándome my new reality " regarding colostomists users the control group. It was an experimental study with two groups (experimental and control), prospective , longitudinal type , and analytical ; with a probability sample , consisting of 25 colostomy patients, who were applied an interview , and a range of adaptation, validated and confiabilizados . The ethical aspects are taken into account. The inferential analysis was by Student t test and Wilcoxon , after Shapiro test for normality , for $p \leq 0.05$, supported by the PASW V22 . The results revealed that the experimental group was composed adapting treatment level ostomy physiological dimension during post-intervention, significant differences were observed [$t = -4.89$; $p = 0.00$] compared to the control group. The psychological dimension in the experimental group also had integrated adaptation ostomy treatment level during the post-intervention, with the significant difference [$t = -3.68$; $p = 0.001$] compared to the control group. There were ostomy adaptation treatment in the social dimension in the post-intervention in the experimental group than the control group, we found significant differences [$Z = -3.254$; $p = 0.001$] so he had to reject the null hypothesis. It was concluded that the experimental group had built adaptation of ostomy treatment level as a result of the implementation of the educational program "Adecuándome my new

reality" in the control group received the usual education [t = -5.50; p = 0.00], and so the effectiveness

Keywords. Adaptation , colostomy , quality of life , education program , nursing care. (source : MeSH NLM).

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

En lo concerniente a las colostomías, es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial, estos son de naturaleza digestiva (estómago e intestino), vinculada generalmente a estadios avanzados de problemas oncológicos que derivan en una ostomía (1).

Pese a los avances y esfuerzos realizados para la conservación del colon, todavía se sigue realizando las colostomías, a un gran número de la población con la intención de tratar las patologías causantes, así como reducir el dolor o las molestias derivadas de éstas (2).

La creación de un estoma supone un gran impacto en las diversas esferas de la vida del paciente. Según Agapito, Reaño (3), la ostomía origina una sensación de pérdida y daño irreversible que puede desencadenar una situación de crisis, donde para llegar a la adaptación se requiere seguir un largo proceso. Al ser la ostomía una situación muy tediosa, el personal de salud tiene escaso conocimiento en el tema; adicional a ello la falta de tiempo y la sobrecarga laboral, ocasiona que el personal se dedique únicamente a los cuidados físicos, sin educar a la persona, en la cual los pacientes se adaptan muy difícilmente.

El paciente con ostomía posee una alteración fisiopatológica y se enfrenta a una nueva situación en la que aparecerán nuevas necesidades que tendrá que cubrir. Dependiendo de su respuesta al proceso, de su capacidad de adaptación y superación, de la respuesta de su entorno familiar, social y laboral, y de la

actuación de los profesionales sanitarios, puede o no ser considerada como enferma (4).

Aparte de las alteraciones fisiológicas, predominan las de nivel psicológico, siendo las de mayor frecuencia los problemas emocionales, estados de ansiedad y depresión, seguidos de rechazo al estoma y percepción que tienen de su propia imagen e incluso en conductas de aislamiento; todo lo cual, podría dificultar su integración y reinserción a su vida conyugal, familiar, laboral y social (3). Un reducido grupo acepta su nueva situación y finalmente otro pequeño grupo demuestra una actividad ritualista en torno a los cuidados.

Finalmente hay la presencia de ansiedad y angustia permanente como alteración psicológica, aunque no se da normalmente. Las alteraciones sociales que detectamos en nuestra revisión son la reducción de relaciones y capacidad de hacer amigos, manifestada en algunos casos como alteración del ocio.

En consecuencia la realización de una ostomía y a su adaptación genera en la persona diversas reacciones, que son determinadas fundamentalmente por el cambio de su imagen corporal y la modificación del sistema de eliminación intestinal, condicionando un profundo cambio en su estilo de vida (5).

Como consecuencia el usuario, al no cuidar el dispositivo y no mantener un cuidado adecuado del estoma sumado a esto los inadecuados estilos de vida, puede llegar a presentar hemorragia o hematoma, supuraciones periestomales, edema y necrosis, obstrucción, derivación insuficiente, retracción del estoma, evisceración paraostomal, dermatitis periestomal.

Así mismo Ferreira (6), resalta que el paciente al encontrarse en muchas ocasiones sin conocimiento previo, al no haber recibido ningún tipo de

Información por parte del personal de salud, desconocía lo que era un estoma, más allá del orificio que observaban en la pared abdominal. Pensaban que hubiese sido beneficiosa una información adicional después de la intervención lo que conlleva a una serie de vivencias que generan dificultades de adaptación (4).

Los programas de educación sanitaria incluyen información y apoyo técnico dirigido a conseguir la destreza suficiente en el manejo de la ostomía, sin embargo, solamente se refieren a la forma de evacuación y cambio de bolsas de forma informal, esporádica y frecuentemente unos días antes del alta, refieren no haber recibido información por parte del personal de salud, observándose la existencia de muchas dudas sobre cómo realizar sus cuidados; todo lo cual aumenta el miedo y la inseguridad, influyendo negativamente en el proceso de adaptación (3).

En relación a la adaptación de los pacientes colostomizados, durante el periodo post operatorio, además de afrontar los cambios que produce la cirugía, tiene que aprender a convivir con una situación que desconoce y que es considerada una experiencia traumática (5). En consecuencia la realización de una ostomía y a su adaptación genera en la persona diversas reacciones, que son determinadas fundamentalmente por el cambio de su imagen corporal y la modificación del sistema de eliminación intestinal, condicionando un profundo cambio en su estilo de vida (5).

Al respecto, Gómez refiere (7), que la ausencia de conocimiento previo de este tipo de situaciones tornan a las personas susceptibles, vivenciando la falta de adaptación y la depresión como resultados comunes. Esto fue remarcado con

los estudios de Vélez, (8) quien en el 2014 estimó en el Hospital Teófilo Dávila que los pacientes que acuden a la consulta externa para curación y cambio de la funda de colostomía, de los cuales aproximadamente el 70% de ellos no mantienen prácticas del autocuidado.

A esto, se suma que las estancias hospitalarias más cortas que tienen lugar en la actualidad, sobre todo donde hay programas de alta precoz, hacen que el paciente tenga escaso tiempo para adaptarse y ser competente para el autocuidado de su estoma al alta hospitalaria (9).

Por ello Martín, Panduro, Crespillo, Rojas, González (10), resaltan que a adaptación conlleva asumir todos estos cambios y, en función de ellos, reorganizar la vida. El proceso comienza en el entorno hospitalario, es el postoperatorio mediato cuando la persona toma realmente conciencia de su nueva situación, debiendo enfrentarse a ella, asumirla e iniciar el reajuste personal, tiene que aprender a convivir con una situación que desconoce y que es considerada una experiencia traumática (5).

Todo ello, inevitablemente van a influir en un su nuevo modo y calidad de vida. Por lo que la atención a estos pacientes debe realizarse de forma holística y desde el momento del diagnóstico con el objetivo de reducir el impacto y mejorar la adaptación a su nueva vida (2).

En este sentido, la educación es la clave del éxito, un paciente informado se convierte en un aliado (5), que según Agapito, Reaño (3) los problemas que presenta el paciente ostomizado podrían ser solucionados con una correcta intervención educativa al alta; puesto que si el profesional de salud quiere brindar un cuidado holístico debe de valorar los diversos factores que pueden interferir

en el proceso enseñanza – aprendizaje, entre ellos tenemos enfermedad de base, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor.

En consecuencia, los motivos que impulsaron el desarrollo de este trabajo, principalmente fueron la importancia y necesidad de aplicar un programa educativo dentro de un marco metodológico y basado en evidencia científica, suponiendo la mejora del cuidado de los pacientes, y fue el interés el ampliar los conocimientos teóricos respecto al cuidado de enfermería a pacientes ostomizados, así como el aprendizaje de la realización de un programa educativo basados en este (2).

En base a la problemática expuesta, es que se planteó el siguiente estudio, asumiendo que la adaptación de la persona ostomizada constituye una prioridad para su cuidado. Por ello y para confrontar esta realidad, se aplicó un programa educativo formalizado para las personas ostomizadas, de forma individualizada, a fin de mejorar su capacidad de adaptación.

Con esta investigación se pretende visualizar cómo las funciones asistenciales y educativas que las enfermeras llevan a cabo diariamente, permiten cambios de conducta en la vida cotidiana de los pacientes crónicos. Con este trabajo se pretende dar a conocer al resto de profesionales, las intervenciones educativas en los pacientes colostomizados.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Existen diferencias en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015?

Problemas específicos

- ¿Existen diferencias entre el nivel de adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio?
- ¿Se observan diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio?
- ¿Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Demostrar las diferencias que existen en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.

Objetivos específicos

- Comparar el nivel de adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.
- Medir las diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.
- Evaluar las diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

1.4. Justificación

Desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, los seres humanos son el foco de las actividades de la enfermera.

Teórica

Como profesionales de la salud tenemos la misión de detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones de estos pacientes y planificar actividades para su recuperación, rehabilitación y adaptación social lo antes posible (11).

La investigación busca aplicar programas de educación, para encontrar explicaciones al comportamiento del paciente colostomizado que pueden afectar su reinserción a la vida social, lo que la hace relevante para el campo de la salud (8).

Esta investigación servirá de base para futuras investigación, con mayor alcance poblacional, así mismo es de suma relevancia ya que en el contexto de Perú no existen estudios enfocados en la presente investigación, que será de gran aporte los resultados que emita.

Practica

El presente estudio se justifica debido a que intenta brindar a los profesionales de salud en general y en especial a los que trabajan con pacientes colostomizados, información sobre la afectividad del presente programa, sabiendo que esta trae muchas repercusiones biológicas, psicológicas y emocionales en la vida del paciente (12).

Así mismo mejorar la capacidad de autocuidado y calidad de vida de los pacientes colostomizados y sus familias (13)

Los resultados obtenidos, permitirán diseñar estrategias para fortalecer las prácticas de autocuidados en el paciente colostomizado, mediante la planificación y ejecución de actividades de enseñanza, que le garanticen la aplicación de procedimientos específicos, direccionados al cuidado de la piel del área del estoma, cuidados del dispositivo, evitar complicaciones, en tanto que practicar hábitos de vida saludables(8).

Social

Para los usuarios externos será un beneficio, ya que contribuirá con su autocuidado como pacientes colostomizado disminuyendo así su reingreso al centro por alguna complicación, lo que se traduce en la disminución de los costos por hospitalización y tratamiento (8).

Así mismo el programa servirá como un buen plan de intervención educativa, ya que radica en la necesidad de mejorar la calidad de vida de la persona colostomizada (14). Así como dotarlos de las herramientas necesarias para que pueda desempeñar las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente lo más pronto posible (4).

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A continuación se presentan algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirven de enlace y de referentes para este estudio. Posteriormente, se consideran los principales enfoques teóricos que sustentan la investigación, analizándolas y relacionándolas con el tema de estudio.

Antecedentes internacionales

En España (Jaén), 2015 Villalba (13), realizó un estudio denominado “Programa de educación para la salud dirigido a personas colostomizadas e ileostomizadas y familiares”, cuyo objetivo fue mejorar la capacidad de autocuidado y calidad de vida de los/as pacientes colostomizados/as e ileostomizados/as y sus familias. La muestra estuvo conformada por 10 pacientes, a quienes aplicaron un programa de 4 talleres grupales.

En Ecuador (Machala), 2014 Vélez (8), ejecutó un estudio descriptivo y transversal titulado “Prácticas de autocuidado en pacientes colostomizados, tratados en la consulta externa de cirugía del Hospital Teofilo Davila. Tercer trimestre del 2014”, cuyo propósito fue determinar las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes colostomizados, atendidos en la consulta externa de cirugía. Con una muestra de 30 pacientes que asistieron a la mencionada consulta, a quienes les aplicaron un instrumento conformado por 21 ítems,

representativos de los indicadores. Concluyeron que existen algunas dificultades en el manejo del autocuidado de los pacientes.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual representó un aporte valioso en la descripción del problema y las bases conceptuales.

En México (San Luis de Potosí), 2013 Almendárez, Landeros, Hernández, Galarza, Guerrero (15), realizaron un estudio de intervención previo y posterior titulado “Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de Enfermería”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa en un hospital de segundo nivel. La muestra fue por conveniencia en 13 pacientes enterostomizados, a quienes les aplicaron una encuesta antes de la intervención y tres posteriores a esta; validado por expertos con una confiabilidad con alfa de Cronbach = 0.670. Concluyeron que los conocimientos sobre prácticas de autocuidado incrementaron y mostraron vigencia posterior a la intervención educativa de enfermería, aspectos que promueven la adaptación del paciente a su condición de salud y mejoran su calidad de vida.

Este antecedente, posee cercanía con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual apoyo en el desarrollo de la descripción del problema.

En España (Madrid), 2011 Hernández (14), desarrolló un estudio experimental tipo ensayo clínico titulado “Impacto de un plan de intervención en la calidad de vida del paciente ostomizado”, cuyo propósito fue demostrar que realizando un correcto plan de intervención educativo en pacientes ostomizados y familiares, al alta, mejora la calidad de vida de éstos y disminuye la carga del cuidador, ansiedad y depresión de sus familiares. La muestra estuvo constituida por 115 pacientes por cada cohorte con un 15% de pérdidas. La metodología consistió en realizar una intervención educativa y resolución de problemas en la cohorte de intervención, mientras que en la cohorte control, los pacientes y familiares, no tendrán apoyo específico de personas expertas en ostomía, y su seguimiento fue realizado por el cirujano, oncólogo y médico de familia, a quienes aplicaron escalas de: calidad de vida a los pacientes y carga del cuidador y ansiedad y depresión al cuidador principal, para evaluar el impacto del plan de intervención educativa, al mes, a los 6 meses y al año. Las conclusiones fueron que los pacientes ostomizados necesitan de buena información para adaptarse a su nueva condición.

El presente antecedente, posee proximidad con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual apoyo en el desarrollo de la descripción del problema y bases conceptuales.

En España (Zaragoza), 2010 Pat, Espinosa, Sánchez, Cruz, Cano, Gabriel, et al (16), desarrollaron un estudio cuasi-experimental titulado “Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía”, cuyo propósito fue analizar el efecto que tiene la intervención educativa

de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. La muestra estuvo conformado por 110 personas ostomizadas de cuatro hospitales, a quienes les aplicaron un instrumento que fue validado por expertos en el área. Para el análisis de datos utilizaron estadística descriptiva e inferencial por medio de la X². Resultados. Las conclusiones fueron que la intervención educativa en personas ostomizadas planificada, estandarizada y evaluada, es fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual representa un aporte valioso en la descripción del problema y bases conceptuales.

Antecedentes nacionales

En Chiclayo, 2012-2103 Agapito, Reaño (3), ejecutaron un estudio cuantitativo, cuasi-experimental de secuencia temporal longitudinal con diseño de un solo grupo con pre y pos test titulado “Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo”, cuyo objetivo fue determinar la influencia del programa educativo a domicilio en la adaptación de la persona ostomizada. La muestra fue no probabilística, conformada por 20 personas ostomizadas, a quienes midieron el nivel de adaptación al proceso de ostomización antes y después de aplicar el programa educativo, usando un cuestionario tipo Likert, conformado por 25 reactivos y usando las categorizaciones de comprometido, compensatorio e integrado de la teórica Sor Callista Roy. Los resultados revelaron que antes aplicar el programa el 65% se encontraba en el nivel comprometido, el 35% en

el nivel compensatorio y 0% en el integrado, posterior al programa el 80% se encuentra en el nivel compensatorio y el 20% en el nivel integrado. El resultado registrado en el post test resultó con diferencia estadísticamente significativa de “t” -12.67 $p > 0,05$. Concluyeron que la adaptación en la mayoría de personas ostomizadas fue producto de la aplicación del programa educativo individualizado.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual representa un aporte valioso en la descripción del problema y las bases conceptuales.

2.2. Bases epistémicas

2.2.1. La andragogía

La andragogía empieza a vislumbrarse como un proceso totalizador; Malcom Knowles (17) la especificará a partir de la siguiente referencia: Una definición internacional de educación de adultos fue propuesta en 1966 en una reunión de veintiséis educadores que representaban ocho países. Su conclusión fue que (...) la educación de adultos es un proceso por el cual las personas que ya no asisten a la escuela de tiempo completo (...) prosiguen actividades secuenciales y organizadas con la intención consciente de producir cambios en información, conocimientos, comprensión, destrezas, apreciación y actitudes (...) el verdadero propósito de la educación de adultos es ayudar a la gente a comprender la racionalidad del orden y la seguridad en un mundo de rápidos cambios y a construir sus fines realmente en términos adecuados, y ayudar a las personas a comprender su problema, descubrir los recursos a su alcance, y

encontrar el camino a la solución de sus problemas y el alcance de sus fines dentro de situaciones corrientes.

2.2.2. Paradigma epistemológico de la Investigación

La investigación está basada en la complementariedad paradigmática por lo que no sólo se orienta a presentar números o palabras, sino en la forma de analizar, interpretar, describir, explicar los conocimientos a adquirir en el recorrido del estudio.

Atendiendo a estas consideraciones, se aplicará el paradigma positivista según González (18), dado la necesidad de someter a prueba las hipótesis planteadas al comprobar el efecto de las estrategias de fortalecimiento personal en el incremento de la satisfacción laboral del personal asistencial del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique. Lima; 2015. En tal sentido, el presente trabajo se ubica en el enfoque del Racionalismo Crítico, que plantea que la obtención del conocimiento se logra a través de la aplicación de un método de investigación que contemple la importancia de la razón intersubjetiva y el trabajo deductivo. Precisa realizar una deducción rigurosa a partir de principios establecidos a priori; para ello se requiere establecer un fundamento teórico y, a partir de ese marco conceptual, comienza el trabajo deductivo a fin de obtener una teoría científica. La teoría científica se constituye en un conjunto de deducciones lógicas que, a través de sus derivaciones concretas, admiten ser observadas en condiciones específicas, permitiendo comparar su grado de verosimilitud (19).

Las bases epistemológicas de este modelo se encuentran en: Bunge (1985), Popper (1985), Lakatos (1978), Bachelard (1973), entre otros. La vía metodológica del Racionalismo Crítico tiene, por lo menos, dos modalidades, una fuerte o dura y otra débil o blanda (ver Bunge, 1985, acerca de las diferencias entre teorías formalizadas y no formalizadas o entre teorías profundas y poco profundas). La primera, es típica de los sistemas teóricos de la lógica, la matemática y la física; exige tratamientos axiomáticos o, en todo caso, altamente formalizados, donde las deducciones son estrictamente controladas por mecanismos lógico-matemáticos, explícitos y bien definidos. La segunda, en cambio, es típica del razonamiento deductivo cotidiano, donde se llega a ciertas proposiciones por vía de un encadenamiento con otras proposiciones anteriores, dadas por verdaderas que sirven de base, de punto de partida y de referencia de validez (19).

En el campo de las ciencias de la salud, existen muchos ejemplos que ilustran esta modalidad blanda del racionalismo deductivista, como es el caso en la mayoría de los trabajos aristotélicos y del cogito ergo sum cartesiano (la misma "Lógica de la Investigación Científica" de Karl Popper, en general, constituye otro buen ejemplo). Esta modalidad prescinde de la minuciosidad de las proposiciones encadenadas y se vale más bien del pensamiento global, de la capacidad de reflexión y del razonamiento espontáneo (19).

El Modelo Epistemológico seleccionado como soporte de este trabajo, es el Racionalismo Crítico de base teórico deductiva y de orientación lógica; su método asociado es el deductivo (19).

La investigación vista desde la óptica del Racionalismo se entiende como un proceso de razonamiento. En este sentido, el valor del conocimiento viene dado por su capacidad generalizante y universal, mucho más que en su génesis a partir de situaciones particulares. En esta posición se establece la desconfianza en las evidencias positivas como dato inicial de construcción de teorías (negación de la inducción). Importa más bien el papel del razonamiento en la derivación de enunciados decrecientemente generales. Bajo esta concepción epistemológica se pretende conocer la realidad a partir de la elaboración de cuadros amplios de conocimientos que puedan ser contrastados con hechos observables. Se trata de conocer el efecto de las estrategias ADAPTACIÓN AL USO DE LA COLOSTOMÍA, Lima; 2015, tomando como punto de partida un conjunto de postulados teóricos previamente seleccionados que permiten, mediante enlaces de razonamiento con los hechos observables a partir de las hipótesis deductivas, dar solución a la problemática planteada.

2.3. Bases filosóficas

2.3.1. Ideas fuerza de la andragogía

La promoción de la salud, dota de capacidades de autocuidado a las personas, familias y comunidades a fin de atender sus demandas básicas de salud. Este sustento teórico sirve de base para las acciones que en el hospital de estudio se pueden implementar, un componente es la educación sanitaria a los casos con fines de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, cuya fundamentación se basa en la andragogía, mediante, las ideas fuerza de la andragogía (19).

Idea fuerza 1. El reconocimiento de que los estudiantes o agentes de aprendizaje son sujetos adultos con la capacidad de asumir responsabilidades en todos los ámbitos de la vida; por ello en los procesos educativos andragógicos, la actividad se centra en el aprendizaje del sujeto siendo él quien tiene que asumir la responsabilidad de sus procesos de aprendizaje. Aprende debido a que quiere aprender para transformar su situación personal y social (19).

Idea fuerza 2. Los intereses y necesidades del adulto deben ser compatibles con las demandas económicas, políticas y culturales de la sociedad. La andragogía responsabiliza al adulto de sus aprendizajes, en un proceso de formación a lo largo de la vida, esto se relaciona estrechamente con el empleo de los avances tecnológicos y la consecuente mejora del nivel económico y social (19).

Idea fuerza 3. La confrontación permanente entre teoría y práctica y el análisis del proceso constituye un aspecto importante del proceso andragógico, al obligar a los docentes o andragogos y estudiantes o agentes de aprendizaje, a desarrollar su creatividad crítica e innovadora (19).

Idea fuerza 4. Las instituciones educativas que diseñan y desarrollan procesos andragógicos, tienen la responsabilidad de crear y recrear valores hacia el trabajo socialmente útil. Por ello debe existir una vinculación estrecha entre los procesos de trabajo y los hechos andragógicos (19).

2.4. Bases científicas

2.4.1. Modelo de la adaptación de Callista Roy

El modelo de adaptación de Roy, refiere que los pacientes con tratamiento prolongados son afectados tanto en su ambiente interno como externo, en consecuencia el ambiente se constituye en estímulo. Estos estímulos al entrar en el sistema activan los procesos de afrontamiento para mantener la adaptación con respecto a los cuatro modos adaptativos y como resultado estos pacientes tienen una respuesta de comportamiento (20).

Los estímulos comunes que pueden influir en el nivel de adaptación son: los culturales que involucran, pertenencia étnica, sistemas de creencia, participación de la familia, estructuras y tareas, la etapa de desarrollo que comprende la edad, sexo, tareas, herencia, factores genéticos, longevidad y visión, la integridad de los modos adaptativos y el nivel de adaptación. Otro estímulo importante es la eficacia del aspecto cognator, que involucra la opinión, el conocimiento, la habilidad y por último otros factores ambientales que incluyen la gerencia médica, el uso de drogas, alcohol, tabaco, estabilidad política y económica (20).

Durante todo el proceso de cuidado ya sea en el hospital o en casa, la enfermera puede identificar una serie de comportamientos (o respuestas humanas) que son resultado de la influencia positiva o negativa del medio ambiente que lo rodea, algunos expresan sentimientos de inutilidad, apatía, falta de interés para participar en su cuidado (20).

El comportamiento que manifiesta una amenaza a la integridad de un paciente con colostomía es la preocupación inicial de enfermería, cuya prioridad es evaluar los estímulos negativos para incidir en ellos e identificar los positivos para potencializarlos. La intervención de enfermería se centra en los estímulos que influyen en el comportamiento o capacidad de afrontamiento hacia los estímulos. Numerosas son las complicaciones que pueden derivar tanto de la ejecución como del cierre de una colostomía. Entre las más importantes están: el edema, necrosis abscesos pericostomicos y fístulas hemorragias, perforación del asa por enema, diarrea y dermatitis, retracción, evisceración, eventración diarrea y dermatitis (20).

Las cirugías del colon son intervenciones muy frecuentes que suponen un importante trabajo en cualquier servicio de cirugía digestiva. Por ello, creemos que todo profesional de enfermería debe conocer las posibles complicaciones, para reconocer su aparición de forma precoz y resolverlas de manera adecuada (20).

Merle Mishel propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad, basado en los modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner. Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman²⁶ sobre estrés y valoración del afrontamiento. Lo que lo hace exclusivo es que Mishel considera el marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad (21).

Ella conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos

relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto haciendo imposible predecir los resultados, lógicamente todo ello producido por la falta de información y conocimiento (21).

Si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación.

La dificultad para adaptarse dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para poder manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla (si se valora como oportunidad) o para reducirla (si se valora como un peligro) (21).

De acuerdo a lo anterior, en la TIM, que se publicó por primera vez en 1988 se incluyeron varios postulados relevantes. Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial o Teoría Original de Incertidumbre de Mishel (TOIM) dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología. Dichos postulados son los siguientes:

- 1) Que la incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, y cuya función, es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- 2) Que la incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Por otra parte otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento:

- 1) Que la adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento (bien para reducir el nivel de incertidumbre si se ve como un peligro, o bien para verla como una oportunidad).

2) Que la relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

La propia Mishel se cuestionó estos dos postulados en su reconceptualización de la teoría, publicada en 1990 y que surgió como resultado de los descubrimientos contradictorios que se obtuvieron al aplicar la teoría a enfermos crónicos. Mientras que la formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre normalmente sólo se contempla como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa, Mishel y otros autores constataron que las personas también consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de la vida (21).

Descontenta con los modelos lineales tradicionales de que hablaba la teoría original, Mishel adoptó la teoría del caos, que es más dinámica, para explicar el modo en que la sensación prolongada de incertidumbre puede servir de catalizador para hacer cambiar la perspectiva que una persona tiene de la vida y de la enfermedad. La teoría del caos contribuyó con tres postulados, que vienen a sustituir la parte lineal de los resultados del modelo:

1. Las personas como sistemas biopsicosociales, normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.
2. Las fluctuaciones significativas en los sistemas alejados del estado de equilibrio aumentan la receptividad del sistema para que cambie.

3. Las fluctuaciones producen la reestructuración que se repite en todos los niveles del sistema.

En la Teoría de Incertidumbre de Mishel Reconceptualizada (TIMR), ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de la misma se interpretan como un peligro o como una oportunidad de cambio, sin embargo la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables (21).

La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir (21).

Lo ideal sería que en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad. Este nuevo punto de vista de la incertidumbre como un fenómeno natural es una nueva visión del mundo en el que la inestabilidad y las fluctuaciones se consideran naturales e incrementan notablemente el rango de posibilidades que tiene la persona. Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente letales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida,

incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir como consecuencia de estas situaciones “inciertas” (21).

2.4.2. Teoría sobre el déficit de autocuidado

Según Vélez (8), es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Así mismo Vega (22), refiere que el autocuidado es el medio para llevar a cabo las acciones que constituyen dicho autocuidado; estos se van desglosando, primero, en los requisitos universales del autocuidado, los cuales debiendo ser comunes para todos, en estos pacientes cambia, ya que la eliminación es un patrón que se ve alterado por una intervención quirúrgica en donde sus heces en vez de salir por el tránsito normal salen por el abdomen. Luego, en los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo se reflejan los esfuerzos que hacen estas personas para seguir adelante con su situación de salud sin amedrentar su integridad personal.

Respecto al autocuidado Rojas, Pérez, Lluch, Cabrera (23), argumentan que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción

En el caso del paciente colostomizado, las conductas de autocuidado han de centrarse en la enseñanza de medidas para el cuidado del estoma, de la piel, así como de los dispositivos, la identificación de complicaciones en el

postoperatorio, además de medidas para un apropiado estilo de vida, que les permita su inclusión en la sociedad en el menor tiempo posible, alimentarse adecuadamente y realizar actividades físicas de manera permanente, mientras dure la colostomía.

Finalmente, respecto a los requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud, Orem los define como las acciones que se generan luego de vivir un proceso de enfermedad siendo capaces de utilizar un sistema de autocuidado si aplican los conocimientos necesarios para ello. En este caso, son las actitudes y adaptación ante su vida con un estoma llevando cuidado de ello para sentir normalidad después de un gran cambio (24).

2.4.3. Modelo integrado de autocuidado

Merino (25) hace referencia a un complejo sistema de gestión de cuidados que pretende dar respuesta a las necesidades de autocuidado de las personas a lo largo de su ciclo vital de forma integral e integrada; donde el centro de atención de este Modelo es el autocuidado y la salud percibida que presentan los pacientes colostomizados.

El modelo integrado de autocuidado específico surge de la teoría del autocuidado y déficit de autocuidado de Orem y otros autores como Roy y Peplau, entre otras y sirve de hilo conductor para el proceso asistencial de pacientes colostomizados (25).

La integración de autocuidado y salud se fundamenta en el concepto de autocuidado como el repertorio de acciones deliberadas que persigue un propósito, la promoción, el mantenimiento y recuperación del bienestar y la salud

y para ello es necesario conocer si se ha logrado en sus distintos aspectos y grados tanto en su proceso como en sus resultados haciéndose explícito los mecanismos por los que el autocuidado contribuye a la salud y el bienestar; la premisa es que los autocuidados contribuyen al bienestar y la salud de las personas, esto significa identificar: las necesidades y problemas específicos; cómo se enfrentan y adaptan a este problema de salud; sus competencias en autocuidados para fomentar mantener y recuperar su salud; cómo son estos autocuidados y los factores que lo condicionan; la medida de los autocuidados y el instrumento que nos permita identificar los déficits de autocuidados y el riesgo de padecerlos y cómo se distribuyen en la población afectada (25).

De esta forma, puede conocerse el impacto de estos autocuidados en el bienestar percibido ya que éste es un resultado sensible; determinar este impacto, orienta las intervenciones que deben desarrollarse para: modificar los factores condicionantes; determinar la prescripción de autocuidados terapéuticos en función de los perfiles de mujeres post identificados; predecir y confirmar las necesidades de autocuidado de los distintos grupos; y establecer los programas adecuado al grupo identificado. De forma interactiva a nivel individual y/o grupal e integrando el apoyo mutuo (25).

Parte de premisas como la relación del déficit de autocuidados con una baja percepción de la salud de forma directa e indirecta y la influencia positiva que ejercen los sistemas de salud y educación referente a la adaptación de los usuarios externos colostomizados.

2.4.4. Teoría sobre el aprendizaje social

Partiendo de la base de que las personas no están equipadas con un repertorio de conductas innatas y por ende, hay que aprenderlas, por ello Bandura, Reviere (26), destaca la relación de las influencias de la experiencia con los factores fisiológicos como supuesto; lo que conlleva al primero de los aprendizajes, referido a las consecuencias de la respuesta y del que se derivan los efectos positivos o negativos de las acciones.

De estas respuestas resultan tres funciones que explican y detallan cómo se aprende a través de las consecuencias: normativa (básicamente proporcionan información), motivacional (por las consecuencias que prevén de sus respuestas), reforzante (para regular las conductas aprendidas, no crearlas); el aprendizaje por medio de modelos tiene un lugar destacado como el segundo de los aprendizajes que se muestra en la obra, ya que la mayor parte de las conductas se aprenden a través de la observación por medio del modelado (26).

Desde la teoría del aprendizaje social se muestran los cuatro procesos que dirigen y componen la conducta: atención (a partir de los rasgos significativos de la conducta), retención (sobre todo de aquellas conductas que han servido de modelos en un determinado momento), reproducción motora (supone la conversión de las representaciones simbólicas en las acciones apropiadas), motivacional (según las consecuencias observadas para una mayor efectividad) (26).

La teoría del aprendizaje social alega su importancia en la evolución y añadiendo otras dimensiones como la moral; de este modo, se intenta mitigar o

justificar el error cometido en una conducta desde el razonamiento moral (26). Por ende la presente teoría es de suma relevancia, ya que a partir de los aspectos ya mencionados que conforman este modelo, los pacientes colostomizados deben de aprender para poder adaptarse a su nueva realidad

2.5. Bases culturales: programa educativo en los usuarios externos colostomizados

2.5.1. Definición de programa

Taylor (27), denota que, el programa se basa en la aplicación racional de la mente humana en la toma de decisiones anticipatoria, con base en el conocimiento previo de la realidad, para controlar las acciones presentes y prever sus consecuencias futuras, encausadas al logro de un objetivo plenamente deseado satisfactorio.

En el mismo sentido Martí (28), denota que un programa es un documento que permite organizar y detallar un proceso de aprendizaje. El programa brinda orientación respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad y los objetivos a conseguir (29).

2.5.2. Programa educativo

Según Santiesteban (30), es el conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetivos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras. Por ello un programa efectivo se va

difundiendo e implementando en el mayor número de centros, y a extensión para conseguir su consolidación dentro del sistema educativo (31).

De tal modo Gros (32), resalta que los programas educativos se caracterizan por su condición de experimentalidad, en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que los justifican.

Así mismo Monclús, Sebán (33), argumentan que el objetivo general del programa es contribuir, mediante el aprendizaje permanente, al desarrollo y una mayor cohesión social, garantizando al mismo tiempo la afectividad en la adaptación de los pacientes colostomizados.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (34), es indispensable contar con objetivos claros y medibles que permitirán guiar la ejecución del programa de tal manera que en el seguimiento que debe hacerse del mismo, se detecten los problemas para poder corregirlo sobre la marcha.

2.5.3. Indicadores metodológicos del programa educativo

Al respecto Dueñas (35), refiere que en la confección del programa educativo se consideran los siguientes indicadores metodológicos:

Determinación de los objetivos: trata de alcanzar objetivos generales y específicos, que van a estar en función de las necesidades de enseñanza que presenta los pacientes colostomizados, por lo que deben ser enunciados con claridad, precisión y concisión.

Preparación del contenido: requiere una cuidadosa selección de los temas, los cuales van a estar determinados por las necesidades educativas concretas que experimentan el grupo de pacientes colostomizados.

Selección de los métodos: se deben priorizar aquellos métodos (instrumentos o herramientas del quehacer educativo que se hallan presentes en todo el desarrollo del programa), que faciliten el logro consecuente de los objetivos trazados. Preparación de la enseñanza (actividad del educador) y del aprendizaje (actividad del educando).

Selección y elaboración de los medios de enseñanza: los medios de enseñanza son los recursos materiales (pizarra, láminas, retroproyector, etc.) de que se vale el profesional, para facilitar al paciente la mejor comprensión de los contenidos del programa. Por la función estratégica que desempeñan los medios de enseñanza, éstos deben estar subordinados a los objetivos propuestos.

Vinculación de la enseñanza en el trabajo: la labor instructivo-formativa que desarrolla el profesional de salud debe tener un carácter teórico-práctico inobjetable. Por lo tanto, debe existir una íntima y estrecha relación entre el contenido de la enseñanza y la actividad práctica.

Distribución del tiempo: debe ajustarse a un tiempo determinado, que dependerá de situaciones multifactoriales, y que en modo alguno no debe ser excedido o violentado.

2.5.4. Estructura y desarrollo del programa educativo

A continuación se muestra el desarrollo y la estructura del programa educativo desde el punto de vista metodológico de la OPS (34), el cual comprende:

Introducción: debe despertar el interés de los educandos por la realización de las tareas incluidas en el programa correspondiente, ya que se ha diseñado para dar satisfacción a sus necesidades básicas.

Desarrollo: el desarrollo del programa educativo tiene dos etapas bien delimitadas: transmisión y adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades, y la consolidación de conocimientos y desarrollo de habilidades.

Evaluación: la evaluación, sistemática y permanente, desempeña una función decisiva en el contexto de la educación para la salud, ya que le permite al profesional de salud, conocer si los objetivos del programa han sido cumplidos o no y cuáles son las dificultades objetivo-subjetivas que presentan los educandos, para de inmediato- actuar sobre ellas hasta su eliminación definitiva.

Señalamiento de las tareas: con base en el hecho de que la educación para la salud se complementa y enriquece en el hogar, el centro laboral, la comunidad, los pacientes colostomizados deben realizar determinadas tareas.

2.6. Bases culturales: nivel de adaptación de los usuarios externos colostomizados

2.6.1. Definición de ostomía

La ostomía, es el procedimiento quirúrgico que crea una apertura artificial en el cuerpo; permite la comunicación entre un órgano interno y el exterior, con el fin de eliminar los productos de desecho del organismo (3).

Una ostomía se define como la comunicación con el exterior de la luz de un órgano, ejemplo: gastrostomías, yeyunos-tomías, ileostomías, colostomías,

entre otras (5). Los estomas se clasifican según el tiempo de permanencia en estomas temporales y estomas permanentes y/ o definitivos (14, 36).

2.6.2. Colostomía

Al respecto Hernández (14) denota que se denomina colostomía si la parte de intestino que se aboca es el colon. Así mismo es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal dando lugar a una salida artificial del contenido fecal (8, 37).

La colostomía es un tratamiento quirúrgico alternativo en caso de neoplasias colorectales, problemas inflamatorios, diverticulitis, vólvulos, lesiones traumáticas, entre otros (38).

2.6.3. Tipos de colostomía

Según Vélez (8), una colostomía puede ser temporera o permanente y puede realizarse en cualquier porción del intestino grueso (colon).

Colostomía transversa: se sitúa en el abdomen superior, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo. Algunos padecimientos del colon como la diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción, herida, o defectos congénitos pueden llevar hacia una colostomía transversa. Este tipo de colostomía permite que las heces salgan del colon antes de que lleguen al colon descendente (8).

Colostomía ascendente: se localiza en el lado derecho del abdomen. El desecho es muy líquido. Se utiliza una bolsa vaciable para colostomías de este tipo. Este tipo de colostomía raramente es usada, dado que una ileostomía es

mejor estoma cuando el desecho es muy líquido. Cuando una colostomía se encuentra en la mitad derecha del colon, solamente permanece una porción corta del colon (8).

Colostomía descendente: localizada al fin del colon descendente, la colostomía descendente se encuentra en el lado inferior izquierdo del abdomen. Generalmente, el desecho es firme y puede ser regulado (8).

2.6.4. Paciente colostomizados

Los pacientes colostomizados por su estado modifican ciertos aspectos de su vida diaria, en lo referente a su estilo de vida personal, higiene personal, actividad física y sexual, y alimentación que le permitan un adecuado control de su organismo, a fin de evitar entre otras situaciones digestivas, el estreñimiento, la aparición de diarreas, la generación de flatos (gases) por el exceso de residuos provenientes de la ingestión alimentaria, así como la prevención de infecciones, mediante el cumplimiento de medidas de autocuidado referidas al cuidado del estoma, de la piel, del dispositivo y a los cambios en el estilo de vida, que le garanticen apropiados niveles de bienestar en salud (8).

Del mismo modo Marques, Beserra, Guimaraes, Oliveira (39) refieren, que el sentimiento que más prevalece entre pacientes ostomizados es la ansiedad y la incertidumbre en relación a su vida futura.

2.6.5. Problemas frecuentes del paciente colostomizado

Según Hernández (14), se distinguen 4 problemas frecuentes en los pacientes colostomizados

Problemas físicos: problemas de ajuste técnico en el manejo de la ostomía son consecuencias de la necesidad de aprendizaje de nuevas habilidades de autocuidado, contemplando la importancia de la dieta, ya que las necesidades nutricionales variarán de acuerdo a la cantidad y tracto intestinal extirpado, a nivel de la dieta se tendrán en cuenta los alimentos que son irritantes para el intestino, aquellos que producen flatulencias, etc.

Problemas emocionales: la alteración de la imagen corporal y de la autoestima, el rechazo de la ostomía, la alteración sexual, estados de ansiedad o depresión son posibles causas de desajuste emocional pudiendo desencadenar alteraciones somáticas.

Problemas de relación familiar: la familia tiene un papel importante en la vida de estas personas. La condición de persona ostomizada incide directamente en la calidad de vida del cuidador principal que se ve mermada, sobre todo en lo que se refiere a su tiempo libre. La problemática de ajuste familiar puede ser debida bien por rechazo como por sobreprotección del grupo familiar. Igualmente la afectación sexual puede alterar el equilibrio de convivencia familiar. Éstas son razones más que suficientes para hacernos pensar en que la educación sanitaria debe abarcar también a la familia, además los familiares, por regla general, muestran un gran interés en recibir más información sobre la situación de la persona ostomizada.

Problemática socio-laboral: el ostomizado deja de realizar actividades que normalmente eran habituales en su vida, perdiendo interés en recuperarlas. Mientras se encuentra en el hospital, está protegido pero en el momento de enfrentarse a la sociedad generalmente existe temor. Si se aísla en su casa,

aumentará la afectación psicológica y cada vez tendrá más miedo a salir, aislándose cada vez más.

2.6.6. Definición de adaptación

Es un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con su afección y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección. La adaptación al no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida (40).

Por ello la adaptación ocurre en los pacientes colostomizados, de forma que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento como puede ser la bolsa que llevan como parte de su estética, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado e importancia para ellos (41).

En suma Crespillo, Martín (42), resaltan que la adaptación es un proceso dinámico que se inicia con la realización del estoma y debe continuar cuando se sale del entorno protegido que es el hospital; el retorno al ambiente socio-familiar de cada individuo impone nuevos retos para la adaptación y nuevas fuentes de estrés.

Así mismo se inicia un largo camino para la persona ostomizada en el que debe asumir en solitario los cuidados del estoma, la vuelta a la vida social, reanudar la actividad sexual, las actividades de ocio o comenzar a trabajar. Todo

ello exige un esfuerzo de reajuste para ir superando las dificultades que impone su nueva condición (43).

2.6.7. Fases del proceso de adaptación

Para adaptarse al cambio el paciente experimentará según Noda, Alfonso, Fonte, Valentín, Reyes (5), diferentes fases que a continuación se presentan

Shock o escepticismo: la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse, un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

Depresión reactiva: las oportunidades de expresar estos sentimientos, acerca de la situación, pueden fortalecer la relación terapéutica y ayudar al paciente durante su proceso de rehabilitación.

Reconocimiento y aceptación: representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.

Adaptación o resolución: los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.

2.6.8. Adaptación de los usuarios externos colostomizados

Según Chaura, Benavides, Villanueva, Jiménez, Abdo, Hernández (44), la adaptación al estoma depende de diversos factores por ejemplo la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras.

Cada persona vive el hecho de tener una ostomía de forma distinta, pero en general provoca importantes cambios negativos en su vida debido a la modificación física visible, donde se experimentan cambios a nivel higiénico-dietético, en la sexualidad, en la imagen corporal, en la forma de vestir, en las relaciones y el ocio; estos cambios pueden conllevar sentimientos de autorrechazo, infravaloración, no aceptación de la imagen y la realidad, baja autoestima, ansiedad, angustia, impotencia, depresión, temor al rechazo y aislamiento; por lo expuesto la adaptación a esta condición es muy complejo (13).

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido (5).

En relación Hernández (14), resalta que al abandonar el hospital tras la cirugía que le ha convertido en ostomizado, el paciente se enfrenta, en demasiadas ocasiones, a la severa dificultad de encontrar asistencia sanitaria

especializada para su atención, el adiestramiento en su autocuidado, la prevención de complicaciones y el asesoramiento sobre las múltiples cuestiones a las que debe hacer frente para integrarse en la vida cotidiana.

Asimismo en la adaptación se deben de tomar en cuenta los aspectos biopsicosociales que conlleva esta intervención para el paciente ostomizado, donde se produce un cambio en el estilo de vida, que repercute en todas las áreas de paciente: problemas en el autocuidado, disminución del autoestima, cambio del esquema corporal, alteraciones de la relaciones familiares y laborales, etc (45).

Todo esto va a suponer un gran esfuerzo de adaptación, y será el personal de salud quienes son los responsables de ayudar a que cada paciente, a que se enfrente a este nuevo cambio, dando unos cuidados integrales, individualizados y de calidad (46).

2.6.9. Dimensiones de la adaptación

A continuación se distinguen las tres dimensiones principales según Agapito, Reaño (3).

Fisiológica: Consiste en lo físico es la integridad operativa, centrado en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir tales necesidades; de acuerdo a este modo se demuestro que las personas ostomizadas tenían mayor deficiencia en este modo, puesto que la educación no fue dada en un momento oportuno, por ello se evidencio un déficit del cuidado ya mencionado anteriormente, razón por la cual se ejecutaron cuatro sesiones educativas con respecto a conceptos básicos,

complicaciones, cuidados de la piel periestomal así como de la bolsa, alimentación, baño y vestimenta, logrando mejorar este modo adaptativo.

Psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo. Incluye también creencias personales, espirituales y religiosas. Así mismo el paciente tras la colostomía puede presentar alteraciones emocionales: disminución de la autoestima, síntomas de ansiedad, problemas sexuales, falta de comunicación, incertidumbre ante el futuro, síntomas depresivos, aislamiento, rechazo, sentimientos de inutilidad por incapacidad laboral y dependencia (47).

Como lo señala Rico, Respreto, Molina (48), en el caso de pacientes colostomizados, ellos pueden sumergirse en numerosas ocasiones, en la ansiedad como trastorno que casi siempre cursa como ataques de angustia, con o sin agorafobia, y trastornos depresivos.

Social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, el desempeño laboral, la vestimenta, etc.

En suma Feliu, Cruzado, López, Martínez (49), resaltan que ante la enfermedad, como el diagnóstico, así como los tratamientos empleados para prolongar la supervivencia de los pacientes colostomizados pueden tener consecuencias negativas para la adaptación a la vida cotidiana. La vida del paciente puede verse alterada por el deterioro social, debido a diferentes factores como pueden el desarrollo de anemia severa, ansiedad, depresión y alteraciones en la calidad de vida.

2.6.10. Programas educativos enfocados a la adaptación del paciente colostomizados

La adaptación a la colostomía exige la presencia en mayor o menor medida de programas educativos como estrategias dirigidas a la solución de los problemas que se suscitan; en este grupo se incluyen comportamientos como buscar información, acudir a los profesionales en busca de ayuda técnica, aprender el manejo del estoma, implicarse en el autocuidado o analizar los problemas que pueden ocasionar en su rutina buscando soluciones para ellos; cuando se prescinde totalmente de este tipo de programas educativos, la persona delega los cuidados en otra persona no capacitada, alterando su grado de autonomía y tendiendo al aislamiento social (50).

Tal como refiere Gaviria, Vinaccia, Riveros, Quiceno (51), el programa específico, cuyo objetivo general es la atención integral al paciente ostomizado y a su familia, son educar al paciente y a la familia en los cuidados del estoma, detectar y prevenir complicaciones y prestar apoyo psicológico; la cual forma parte de un proceso de atención en las fases de preoperatorio, postoperatorio y seguimiento tras el alta hospitalaria por medio de protocolos de actuación y registros que ayudan a evaluar posteriormente los resultados obtenidos; donde conseguir los objetivos supone un equipo multidisciplinar expertos en los cuidados del estoma, enfermeras de hospitalización, cirujanos, familia, psicólogos.

2.7. Definición de términos básicos

- **Actividades de la vida diaria:** Se consideran a cinco acciones que están dirigidas a satisfacer fundamentalmente las necesidades de alimentación, vestido, higiene, movilización y eliminación.
- **Adaptación:** es un proceso y resultado, por lo que las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno, mediante la reacción ante sus estímulos para así mantener su integridad.
- **Alcaloide:** Es un compuesto químico que posee nitrógeno procedente del metabolismo de aminoácidos.
- **Aminoácidos:** son compuestos orgánicos que se combinan para formar proteínas.
- **Autoconcepto:** conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; el cual se forma por la percepción interna y por las percepciones de las reacciones de los demás individuos
- **Autocuidado:** Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.
- **Bolsas de colostomías:** Son sistemas colectores o dispositivos que se adaptan a la ostomía del paciente con la finalidad de recepcionar el contenido intestinal.
- **Bolsas de dos piezas:** Formadas por una placa que se adhiere a la piel y una bolsa que encaja en la placa. Pueden estar abiertas o cerradas en

la parte inferior y éstas a su vez pueden tener un filtro. Abierta: se vacía cuando lo precise. Se cambia la bolsa cada 24/48 horas y el disco cada 3 ó 4 días. Cerrada: se cambia la bolsa cuando esté por la mitad y el disco cada 3 ó 4 días.

- **Bolsas de una pieza:** Donde la bolsa y el disco forman una unidad; pueden estar abiertas o cerradas en la parte inferior y estas a su vez pueden tener un filtro. Los cerrados están termo sellados y es necesaria una bolsa para cada utilización. En los abiertos, el extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa, se cierran mediante una pinza. Cerrada: se cambia cuando el contenido esté por la mitad. Abierta: se cambia cada 24 o 48 horas y se vacía cuando el contenido esté por la mitad. Para vaciar la bolsa se debe abrir la pinza y limpiar la parte inferior de esta con papel higiénico.
- **Capacidad de autocuidado:** Conjunto de habilidades y conocimientos de autocuidado que presenta el individuo para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar
- **Cicatrización:** es un proceso reparativo complejo que conduce a la regeneración del epitelio, así como al reemplazo de la dermis por un tejido fibroso constituido por colágeno con características diferentes al normal.
- **Colitis ulcerativa:** se caracteriza por la inflamación de la mucosa del colon y recto que cursa con brotes caracterizados por diarrea y hemorragia rectal.
- **Colostomía en asa:** Es un procedimiento que permite desviar el tránsito intestinal en forma temporal, sin desviarlo en forma completa. Tiene la ventaja sobre otras colostomías que es de fácil cierre ya que solo requiere una cirugía local. Las heces pueden ser semilíquidas, pastosas o sólidas. Se utiliza normalmente en caso de una urgencia médica cuando se prevé

una oclusión, consiste normalmente en amplios estomas temporales contruidos en el colón transverso, la ostomia en asa tiene 2 aberturas a través de la estoma, el extremo proximal drena las heces, mientras que la porción distal drena moco.

- **Colostomía terminal:** La colostomía será terminal cuando se derive totalmente el tránsito intestinal el que consistirá en una estoma formado con el extremo proximal del intestino y con la porción distal del tracto gastrointestinal resecada o cerrada mediante sutura dejada en la cavidad abdominal. Se realiza en un lugar de fácil manejo para el paciente y lo más distal posible ya que las deposiciones son más formadas. El lugar más adecuado para este tipo de colostomía es en el cuadrante inferior izquierdo, por debajo del ombligo. La mayoría de casos es en pacientes con cáncer coló rectal.
- **Colostomía:** Es definida como la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso.
- **Colostomía:** es una incisión (corte) en el colon (intestino grueso) para crear una abertura artificial o “estoma” a la parte exterior del abdomen.
- **Dolor:** es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.
- **Eficacia:** es la relación existente entre el producto y el resultado dentro del proceso de regeneración celular.
- **Enfermedad de Crohn:** es un proceso inflamatorio crónico que puede localizarse en el tramo digestivo.
- **Erosión:** degradación de las capas de la piel.
- **Escala del det:** guía clínica utilizada para evaluar las alteraciones de la piel periestomal, relacionadas al porcentaje del área afectada y el grado

de severidad ocasionada por el uso de dispositivos colectores o por reacción a fluidos corporales efluentes del estoma.

- **Estenosis:** es el estrechamiento de la luz del estoma; se considera normal durante los primeros meses tras la intervención, se produce por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomal.
- **Estoma:** palabra griega, significa boca o abertura.
- **Hemostático:** es el conjunto de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos.
- **Hernia:** se trata de una debilitación de la pared abdominal que empuja hacia fuera tanto a la ostomía como a la piel de su alrededor. esta situación dificulta la colocación correcta de la bolsa, por lo que es conveniente el uso del cinturón y de fajas para controlar la presión abdominal, evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.
- **Homeostasis:** es el proceso por el cual el cuerpo intenta estabilizar los cambios internos con los externos para mantener una condición estable y constante.
- **Ileostomía:** es una incisión (corte) en el íleon (intestino delgado) para crear una abertura artificial o “estoma” a la parte exterior del abdomen.
- **Nutrición del paciente colostomizado:** el paciente colostomizado no necesita de una dieta especial. inmediatamente después de la operación, pudiera requerir de un dieta particular, no obstante, pasado el período de recuperación, en la mayoría de los casos el paciente puede volver a una dieta normal.
- **Ostomia:** es la derivación quirúrgica de una víscera (generalmente el intestino o las vías urinarias) para que aflore en la piel en un punto

diferente al orificio natural de excreción con la finalidad de expulsar los productos de deshechos del organismo.

- **Paciente ostomizado:** es la persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.
- **Paciente:** es la persona que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.
- **Periestomal:** es la dimensión de la piel que rodea de la ostomía.
- **Piel:** es un tejido vivo y flexible que cubre todo el cuerpo protegiendo sus estructuras y órganos internos de los agentes nocivos en su exterior.
- **Polímero:** es una molécula compleja que resulta de la unión entre varias moléculas simples de la misma sustancia.
- **Programa educativo:** es una intervención que permite organizar y detallar un proceso pedagógico, el programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.
- **Retracción:** se llama así al hundimiento de la estoma hacia la cavidad abdominal. en estos casos se puede producir un escape de heces que favorece la irritación de la piel. se aconseja el empleo de pasta niveladora para igualar la superficie y facilitar una adhesión correcta del anillo adhesivo de la bolsa.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de variables

Programa Educativo “Adecuándome a mi nueva realidad”:

Proceso de enseñanza aprendizaje que permite orientar a un grupo de personas para lograr alcanzar los objetivos y mejorar las conductas que deben de manifestar el usuarios sobre los contenidos, actividades a desarrollar así como las estrategias y recursos a emplear para este fin.

El programa educativo de rehabilitación de pacientes ostomizados tuvo como finalidad contribuir a la rehabilitación emocional, física, y psicológica, proporcionándole enseñanza en el pre y post operatorio sobre la cirugía a realizarse, sus implicaciones, su imagen corporal y así crearle confianza en sí mismo e involucrar a la familia a que participe junto con el paciente.

3.1.2. Variable Dependiente

Nivel de adaptación:

Proceso dinámico que se inicia con la realización del estoma y que cuando se sale del entorno protegido del ambiente hospitalario al entorno socio-familiar de cada paciente colostomizado este logra ser consciente de integración o con su entorno, mediante la reacción ante sus estímulos para así mantener su integridad frente a la enfermedad.

3.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Aplicación del Programa educativo "adecuando a mi nueva realidad"	Proceso de enseñanza aprendizaje que permite orientar a un grupo de personas para lograr alcanzar los objetivos y mejorar las conductas que deben de manifestar el usuarios sobre los contenidos, actividades a desarrollar así como las estrategias y recursos a emplear para este fin.	Metodología	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo - Dinámica de grupo - Exposición participativa - Demostración y re demostración. 	Alto Medio Bajo U media u> u<
		Contenido	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Higiene - Cuidado de la piel y estoma - Manejo de dispositivo - Actividad física 	
		Duración	Enero a agosto del 2015	

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
----------	-----------------------	-------------	-------------	--------------------

Nivel de Adaptación	Proceso dinámico que se inicia con la realización del estoma y que cuando se sale del entorno protegido del ambiente hospitalario al entorno socio-familiar de cada paciente colostomizado este logra ser	Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Higiene - Cuidado de la piel y estoma - Manejo de dispositivo - Actividad física 	Muy adecuado Bueno regular
		Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Autoconcepto -Interdependencia 	

	consciente de integración o con su entorno, mediante la reacción ante sus estímulos para así mantener su integridad frente a la enfermedad.			
		Social	-Desempeño -Interrelación	

3.3. Hipótesis general y específicas de la investigación

Hipótesis general

H0: No existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.

Ha: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.

Hipótesis específicas

H0₁: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

Hi₁: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

H0₂: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

Hi₂: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

H0₃: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los

usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

Hi₃: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

Hipótesis general

H₀: A = B

H₀: A ≠ B

Donde A: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en el grupo experimental.

Donde B: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en el grupo control.

= hay igualdad

≠: hay diferencias

Hipótesis específicas

H₀: A = B

$H_{i1}: A \neq B$

Donde A: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión fisiológica en el grupo experimental.

Donde B: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión fisiológica en el grupo control.

= hay igualdad

\neq : hay diferencias

$H_0: A = B$

$H_{i2}: A \neq B$

Donde A: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión psicológica en el grupo experimental.

Donde B: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión psicológica en el grupo control.

= hay igualdad

\neq : hay diferencias

$H_0: A = B$

$H_{i3}: A \neq B$

Donde A: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión social en el grupo experimental.

Donde B: Adaptación al tratamiento de ostomía compensatorio en la dimensión social en el grupo control.

= hay igualdad

≠: hay diferencias

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

El enfoque de la presente investigación fue el cuantitativo, puesto que se empleó un análisis estadístico para la comprobación de las hipótesis planteadas.

El tipo de estudio fue establecido, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen:

Por la intervención de la investigadora, el presente estudio fue de tipo **experimental** ya que existió intervención por parte del investigador, que se consigna como variable independiente (programa educativo), buscando variación posterior a la intervención en la variable dependiente (nivel de adaptación).

Fue **prospectivo** porque los datos fueron recolectados a propósito de la investigación en tiempo presente.

Fue **longitudinal** porque la variable principal del estudio (nivel de adaptación) fue medida en dos momentos de tiempo (antes y después). Se aplicó un pre-test y un post-test a los dos grupos, control – experimento donde se evaluó la adaptación que presentan los usuarios colostomizados en las tres dimensiones físicas psicológicas y sociales, luego se aplicó la Intervención Educativa al grupo experimento y por último se evaluó la efectividad de éste mediante la aplicación del mismo test a los dos grupos control y experimento (post-test).

Fue **analítico**, ya que se buscó establecer relaciones de tipo causa – efecto, explicando la variabilidad que ocurre en la variable dependiente luego de la intervención (manipulación de la variable independiente).

4.2. Diseño de investigación

El Diseño de investigación fue experimental, tal como se muestra en el siguiente esquema:

$$\begin{array}{l} \text{Ge: } O_1 \text{ _____ } X \text{ _____ } O_2 \\ \text{Gc: } O_3 \text{ _____ } X \text{ _____ } O_4 \end{array}$$

Donde:

Ge: Grupo Experimental
Gc: Grupo Control
O₁ y O₂: Aplicación del Pre test
X: Programa educativo
O₃ y O₄: Aplicación de Post test

4.3. Población y muestra

4.2.1. Población

La población estuvo constituida por una población infinita para estudios experimentales, puesto no se conoce en qué porcentaje de la población el programa educativo es efectivo.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Para el grupo experimental

Criterios de inclusión:

- Usuarios colostomizados, que se encontraron en un estado de LOTEPE (lúcido, orientado en espacio, persona y tiempo).
- Mayores de edad.
- Usuarios permanentes que asisten a los consultorios externos del hospital en estudio.
- Usuarios que aceptaron firmar el consentimiento informado, comprometiéndose a asistir a las sesiones del programa educativo de manera responsable.

Criterios de exclusión:

- Usuarios con un tiempo menor de un mes colostomizados.
- Usuarios que no aceptaron el consentimiento informado.

Para el grupo control**Criterios de inclusión:**

- Usuarios colostomizados, que se encontraron en un estado de LOTEPE (lúcido, orientado en espacio, persona y tiempo).
- Usuarios que vienen recibiendo los cuidados habituales de enfermería.
- Usuarios que asisten al programa de forma esporádica.
- Usuarios que aceptaron firmar el consentimiento informado, para participar como grupo control

Criterios de exclusión:

- Usuarios que no aceptaron el consentimiento informado.

Delimitación:

- Delimitación espacial: las sesiones del programa educativo se desarrollaron en el 7ª piso sala de reuniones del servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión.
- Delimitación temporal: se desarrolló en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2015.

Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Los pacientes con ostomias

Unidad de muestreo

La unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco muestral

Se usó el registro de pacientes que colostomizados

Tipo y tamaño de la muestra

La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico, usando la fórmula para muestra desconocida y para variables categóricas; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; tal como se muestra a continuación:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
1- $\alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas	1- $\alpha/2=$	0.975
$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2} =$	1.960
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0.200
1- β = Poder estadístico	1- $\beta =$	0.800
$Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\beta} =$	0.842
p_1 = Prevalencia en el primer grupo	$p_1 =$	0.600
p_2 = Prevalencia en el segundo grupo	$p_2 =$	0.220
p = Promedio de la prevalencia	$p =$	0.410
Tamaño de cada grupo	$n =$	25.08

Se trabajó con una muestra de 25 pacientes para cada grupo de estudio.

4.4. Técnicas de instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo Lickert (anexo 04), instrumento creado por la investigadora del presente estudio, partiendo del instrumento de Callista Roy, se realizó algunas modificaciones a dicho instrumento que fue aplicado antes y después de implantar el programa adaptación, sus contenidos en su mayoría fueron preguntas cerradas, abarcando datos generales como: grupo atareo, estado civil, nivel educativo y contenidos propios de la adaptación. Preguntas sobre adaptación que corresponden al modo fisiológico (10 preguntas) y los modos psicosociales correspondientes al autoconcepto, rol de desempeño y de interdependencia (15 preguntas).cuyos valores finales fuero determinados por la prueba estadística del chi cuadrado siendo este: efectividad del programa educativo adecuado, bueno y regular (anexo 6)

4.4.1. Validación del instrumento:

Validación por juicio de expertos

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a la revisión por los expertos y jueces quienes evaluaron de manera independiente cada reactivo considerado en la escala de la adaptación, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Pertinencia: los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.

Suficiencia: los ítems de cada dimensión son suficientes.

Claridad: los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.

Vigencia: los ítems de cada dimensión son vigentes.

Objetividad: los ítems se verifican mediante una estrategia

Estrategia: el método responde al objetivo del estudio.

Consistencia: los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

Los expertos revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio (médicos cirujanos, enfermeras especialistas y docentes de investigación). Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de instrucciones y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Al final los jueces indicaron su conformidad con los instrumentos de medición.

Consistencia interna (confiabilidad)

Para determinar la consistencia interna de la escala de adaptación, se realizó una prueba piloto a una muestra de 15 pacientes, con características similares de la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba Alfa de Crombach; para la variable adaptación, tal como se muestra a continuación:

Cuadro 01: cálculo de la confiabilidad de la escala de la adaptación

Dimensión	Alfa
I. Fisiológicas	0, 81
li. Psicológico	0,74
lii. Social	0,96
Total	0,89

Cada una de las dimensiones de la escala de la adaptación, tuvieron una confiabilidad aceptable y alta, ello garantizó su aplicabilidad a la muestra en estudio.

4.5. Procedimientos de recolección de datos

Para la realización del estudio se llevó a cabo un proceso de recolección de datos, el cual tuvo que ser autorizado por las autoridades correspondientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Una vez obtenida la autorización se procedió a aplicar el instrumento y el programa previa explicación y firma del consentimiento informado.

El pre test, se aplicó a los usuarios colostomizados que asisten a consultorios externos al grupo experimental, en la sala de sesiones del 7 piso del Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión, además de acordar las siguientes sesiones para iniciar programa adaptación. Las sesiones fueron realizadas dos veces por semana siendo estas 6 sesiones con una duración en promedio de 1 hora con 45 minutos donde se aplicaron diversas estrategias metodológicas como: la exposición, discusión, lluvias de ideas, Phillips 66, trabajos en pequeños grupos y demostraciones, se utilizó como materiales didácticos: diapositivas en Power Point de cada tema, trípticos, imágenes de alimentos y papelógrafos insumos para el cuidado de la piel y estoma etc. Finalmente se realizó una segunda evaluación (post-test) al grupo experimental con un tiempo de 30 minutos, para valorar los resultados de la Intervención Educativa realizado a los 7 días después de la última sesión.

Procedimientos de la investigación

Se aplicó la intervención basada en el criterio de que los métodos desarrollados científicamente tienen más posibilidades de ofrecer buenos resultados.

Los cuidados de las enfermeras a pacientes con tratamiento de ostomía o colostomizados son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas. Tras el diagnóstico de enfermería y educativo, la enfermera, pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que no todas las estrategias resultan efectivas. La adaptación a la ostomía exige la presencia en mayor o menor

medida de estrategias dirigidas a la solución de problemas. En este grupo se incluyen comportamientos como buscar información, acudir a los profesionales en busca de ayuda técnica, aprender el manejo del estoma, implicarse en el autocuidado o analizar los problemas que pueden ocasionar en su rutina buscando soluciones para ellos. Cuando se prescinde totalmente de este tipo de actitudes, la persona delega los cuidados en otra persona, alterando su grado de autonomía y tendiendo al aislamiento social (10).

Haciendo un breve recorrido por las teorías desarrolladas por las grandes pensadoras enfermeras, nos encontramos continuas referencias a los cuidados de pacientes colostomizados.

Como objetivo general de las intervenciones de enfermería está conseguir un estado de bienestar del paciente con tratamiento de ostomía, promoviendo una conducta que fomente su adaptación a través de la educación planificada.

Los objetivos específicos fueron: 1) Enseñar a resolver con el paciente, situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con la colostomía. 2) Aportar a los profesionales de enfermería, los beneficios de las intervenciones educativas y conocimientos como expertos en cuidados. 3) Adaptar las materias del programa de formación a la estructura del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Estos aspectos de las intervenciones enfermeras consisten en diseñar una metodología con arreglo a la Enfermería Basada en la Evidencia, para que la enfermera reconozca los datos presentados y tenga fácil acceso a la formación. Analizar los estudios elegidos sobre los Cuidados es fundamental para, integrar datos, monitorizar resultados, tabular las características y aplicar las conclusiones. Formar a las enfermeras en la aplicación de las técnicas de

escucha-transmisión, provoca sinergia al compartir con el equipo objetivos comunes, desde el buen hacer profesional; actuando con empatía siempre *desde, con, por y para* el paciente (52).

4.6. Procedimientos estadístico y análisis de datos

Análisis descriptivo: se empleó tanto para las variables de caracterización, como la variable de estudio y sus dimensiones, donde se detalló las comparaciones por momentos (variables de estudio) y la magnitud alcanzada (variables de caracterización). Asimismo, se analizaron todas las variables descriptivamente de acuerdo a su escala de medición [categórica (nominal u ordinal) o numérica (intervalo o razón)]; se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, a fin de facilitar la comprensión, en cada caso tratamos de que el estímulo visual sea simple y resaltante.

Análisis inferencial: se hizo en dos etapas: en la primera etapa se realizó el análisis de la normalidad de las puntuaciones de las variables de interés, a través de la prueba de Shapiro-Wilk. En la segunda etapa se efectuó el análisis bivariado antes y después de la intervención; para ello se utilizó la prueba de t de student y la prueba de Wilcoxon, el cual es una prueba no paramétrica para comparar la mediana de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas.

Para las pruebas de hipótesis se tuvo en consideración un nivel de significación de $p < 0.05$. En el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 22,0 para Windows.

Consideraciones Éticas

El siguiente trabajo de investigación se desarrolló siguiendo los lineamientos de la ética profesional, respetando la autoría de las investigaciones citadas en la siguiente investigación el cual brindará un gran aporte a la sociedad incrementando de esta manera el conocimiento acerca del tema a tratar pudiendo ser usados en un futuro cercano. Durante la aplicación del instrumento se respetó y cumplió los principios de ética.

- **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los usuarios colostomizados entrevistados que la investigación es anónima.

- **Privacidad**

Toda la información recibida en el estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto, respetando la intimidad de los pacientes colostomizados.

- **Consentimiento**

Solo se trabajó con los usuarios colostomizados que aceptaron voluntariamente participar del programa educativo.

- **Rigor científico**

Se respetaron las pautas del método científico, tal como lo establecen las exigencias de un diseño experimental utilizando como variable independiente al programa de educación en los pacientes colostomizados considerados para contrastar resultados de un pre test y post test.

V. RESULTADOS

Tabla 5.1.

Características demográficas de los usuarios externos colostomizados según grupos de estudio. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Característica demográficas	n=25			
	Experimental		Control	
	fi	%	fi	%
Grupo de edad				
Adulto joven (20-39)	1	4,0	3	12,0
Adulto medio (40-49)	6	24,0	5	20,0
Adulto maduro (50-59)	7	28,0	7	28,0
Adulto mayor (60-74)	11	44,0	10	40,0
Género				
Masculino	13	52,0	11	44,0
Femenino	12	48,0	14	56,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.1 se aprecia las características demográficas de los usuarios externos colostomizados según grupo: experimental y control del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, donde cerca de la mitad del grupo experimental [44,0% (11)] fueron adultos mayores entre 60 a 74 años, mientras que en el grupo control los adultos mayores lo conformaron un 40,0% (10).

Respecto al género alrededor de mitad del grupo experimental [52,0% (13)] estuvo representado los masculinos, y el grupo control estuvo conformado por féminas con un 56,0% (14).

Tabla 5.2.

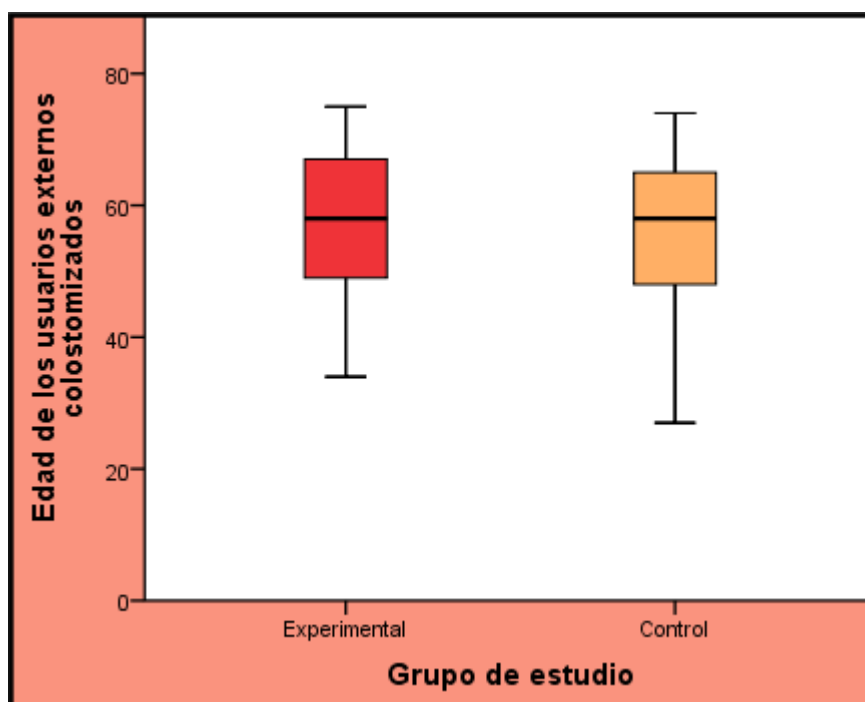
Descripción de las edades de los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Grupo	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Experimental	58,16	58	11,52	34	75	49
Control	55,48	58	12,37	27	74	45

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Figura 5.1.

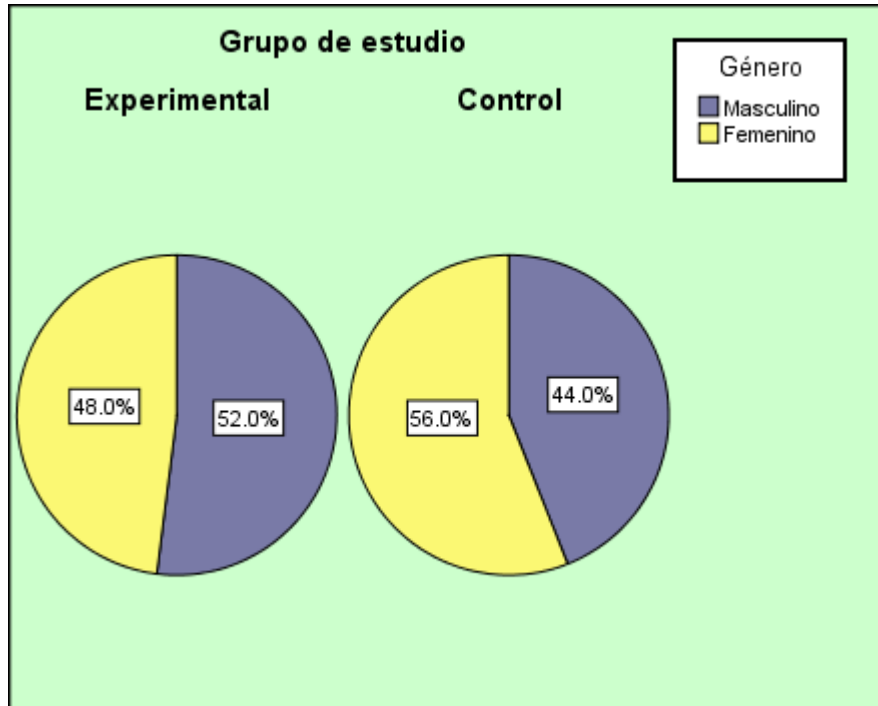
Representación gráfica de las edades de los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



La figura 5.1, muestra el promedio de edades de los grupos experimental y control en estudio, en la que se observa que en el grupo experimental la edad mínima fue 34 y la máxima 75 años, en tanto la media y mediana se aproximan a los 58 años (DE +/- 11,52).

Por otro lado, la edad mínima en el grupo control fue 27 y la máxima de 74 años, el promedio de las edades del grupo control fue 55 años y la mediana 58 años con desviación estándar de 12,37 años.

Figura 5.2.
Representación gráfica del género de los grupos experimental y control
usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides
Carrión, Callao – 2015.



En la presente figura 5.2 se observa el género de los grupos de estudio, en la cual, el grupo experimental evidenció predominio por encima del 50% que fueron del género masculino [52,0% (13)] y la proporción restante [48,0 % (12)] la conformaron las féminas.

En cambio en el grupo control, el género que preponderó fue el de las féminas con un 56,0 % (14), y 44,0% (11) fueron del género masculino.

Tabla 5.3.

Características sociales de los grupos; experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Característica sociales	n=25			
	Experimental		Control	
	fi	%	fi	%
Grado de escolaridad				
Primaria	3	12,0	4	16,0
Secundaria	6	24,0	6	24,0
Superior no universitario incompleto	4	16,0	2	8,0
Superior no universitario completo	7	28,0	8	32,0
Superior universitario incompleto	3	12,0	2	8,0
Superior universitario completo	2	8,0	3	12,0
Ocupación				
Empleador	6	24,0	9	36,0
Empleado	12	48,0	4	16,0
Trabajador independiente	3	12,0	5	20,0
Jubilado	4	16,0	7	28,0
Ingreso económico promedio				
750 soles	11	44,0	8	32,0
De 751 a 1500 soles	9	36,0	8	32,0
De 1500 soles a más	5	20,0	9	36,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la presente tabla 5.3 se observa las características sociales de los grupos: experimental y control en estudio, donde más de la cuarta parte del grupo experimental [28,0% (7)] tuvo grado de escolaridad superior no universitario completo; frente al 32,0% (8) del grupo control que poseen el mismo grado de escolaridad.

En cuanto a la ocupación cerca de la mitad del grupo experimental [48,0% (12)] fueron empleados; mientras que el 36,0% (9) del grupo control fueron empleadores.

Así mismo, el ingreso económico promedio del grupo experimental fue de 750 soles en el 44,0% (11), a comparación del grupo control que perciben un sueldo de 1500 soles a más en 36,0% (9) de ellos.

Tabla 5.4.

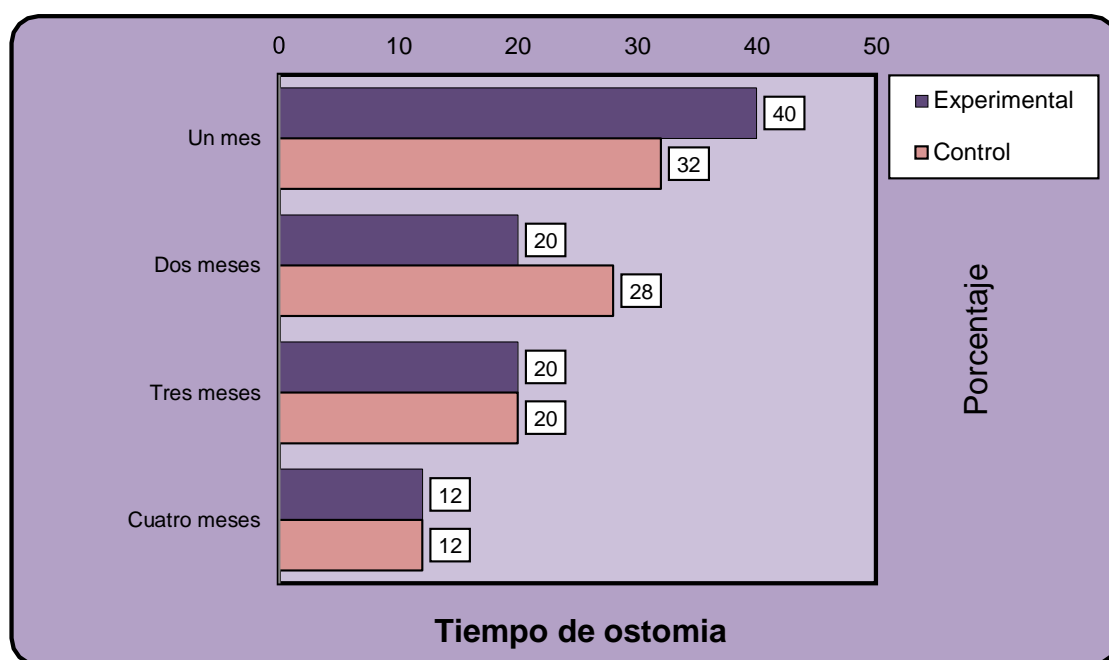
Tiempo de tratamiento con la ostomía en los grupos; experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Tiempo de tratamiento con la ostomía	n=25			
	Grupos			
	Experimental		Control	
	fi	%	fi	%
Un mes	10	40,0	8	32,0
Dos meses	5	20,0	7	28,0
Tres meses	5	20,0	5	20,0
Cuatro meses	3	12,0	3	12,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Figura 5.3.

Representación gráfica del tiempo de tratamiento con la ostomía en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



En la tabla 5.4 y figura 5.3 se muestra el tiempo de tratamiento con la ostomía en los grupos: experimental y control en estudio, en la cual se aprecia que el grupo experimental tiene como tiempo de ostomía aproximadamente un mes el 40,0% (10), frente al 32,0% (8) del grupo control; seguido del 20% (5) del

grupo experimental que llevan dos meses de tratamiento, en tanto en el grupo control más de la cuarta parte [28,0% (7)] el tiempo es de dos meses.

DESCRIPCIÓN DE LA ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO DE OSTOMÍA EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Tabla 5.5.

Descripción de la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión fisiológica	Grupos	N	Media	DE	Media na
Realiza de manera independiente la eliminación de las heces, el lavado y cambio de la bolsa de ostomía.	Experimental	25	1,60	0,71	1
	Control	25	2,00	0,87	2
Realiza personalmente el lavado de la estoma y el cuidado la piel.	Experimental	25	1,92	0,76	2
	Control	25	2,44	0,71	3
Le resulta fácil realizar el cambio de la bolsa de ostomía.	Experimental	25	1,72	0,74	2
	Control	25	2,32	0,85	3
Puede resolver los problemas que se le presentan cuando lleva puesta la bolsa de ostomía o cuando la cambia, sin ayuda de otras personas.	Experimental	25	1,68	0,75	2
	Control	25	2,24	0,88	3
Siente que puede realizar su higiene personal: ducha, igual que antes de que presente el estoma.	Experimental	25	1,68	0,75	2
	Control	25	2,40	0,76	3
Se viste normalmente tan igual como antes de que le practiquen la cirugía y presente el estoma	Experimental	25	1,84	0,80	2
	Control	25	2,20	0,76	2
Consume la misma dieta (cantidad, tipo, frecuencia, etc.) que cuando antes de presentar el estoma.	Experimental	25	1,76	0,83	2
	Control	25	2,24	0,88	3
Siente que puede manejar de forma adecuada las manifestaciones físicas (dificultad para conseguir el sueño, inquietud, nerviosismo) en caso se le presenten.	Experimental	25	1,84	0,80	2
	Control	25	2,16	0,80	2
Afronta adecuadamente los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión que pudieran surgir por la presencia del estoma en su cuerpo.	Experimental	25	1,32	0,63	1
	Control	25	2,48	0,77	3
Se interesa por su aspecto personal, llevando el estoma como algo propio, sin verlo como un impedimento.	Experimental	25	1,44	0,71	1
	Control	25	1,96	0,79	2

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la presente tabla 5.5 acerca de la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pre-intervención, se apreció (en una escala de 1-5) en el grupo experimental que los usuarios externos "nunca" realizan personalmente el lavado de la estoma y el cuidado de la piel con un promedio de 1,92 (DE= 0,76), así mismo se visten normalmente tan igual como antes de que le practicaran la cirugía y presentará el estoma y sienten que puede manejar de forma adecuada las manifestaciones físicas (dificultad para conseguir el sueño, inquietud, nerviosismo) en caso de su existencia con una media de 1,84 (DE= 0,80) respectivamente.

Mientras que en el grupo control "algunas veces" afrontaban adecuadamente los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión que pudieran surgir por la presencia del estoma en su cuerpo con una media de 2,48 (DE= 0,77), en el mismo sentido realizaban personalmente el lavado de la estoma y el cuidado de la piel con un promedio de 2,44 usuarios (DE= 0,71).

Tabla 5.6.

Descripción de la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión fisiológica	Grupos	N	Media	DE	Media na
Realiza de manera independiente la eliminación de las heces, el lavado y cambio de la bolsa de ostomía.	Experimental	25	2,08	0,86	2
	Control	25	2,00	0,87	2
Realiza personalmente el lavado de la estoma y el cuidado la piel.	Experimental	25	2,40	0,71	3
	Control	25	2,40	0,76	3
Le resulta fácil realizar el cambio de la bolsa de ostomía.	Experimental	25	2,36	0,86	3
	Control	25	2,24	0,88	3
Puede resolver los problemas que se le presentan cuando lleva puesta la bolsa de ostomía o cuando la cambia, sin ayuda de otras personas.	Experimental	25	2,20	0,87	2
	Control	25	2,16	0,90	2
Siente que puede realizar su higiene personal: ducha, igual que antes de que presente el estoma.	Experimental	25	2,40	0,76	3
	Control	25	2,16	0,85	2
Se viste normalmente tan igual como antes de que le practiquen la cirugía y presente el estoma	Experimental	25	2,16	0,85	2
	Control	25	2,32	0,75	2
Consume la misma dieta (cantidad, tipo, frecuencia, etc.) que cuando antes de presentar el estoma.	Experimental	25	2,16	0,90	2
	Control	25	2,24	0,88	3
Siente que puede manejar de forma adecuada las manifestaciones físicas (dificultad para conseguir el sueño, inquietud, nerviosismo) en caso se le presenten.	Experimental	25	2,12	0,83	2
	Control	25	2,32	0,75	2
Afronta adecuadamente los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión que pudieran surgir por la presencia del estoma en su cuerpo.	Experimental	25	2,52	0,71	3
	Control	25	2,44	0,82	3
Se interesa por su aspecto personal, llevando al estoma como algo propio, sin verlo como un impedimento.	Experimental	25	2,04	0,79	2
	Control	25	1,92	0,81	2

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.6 se muestra la adaptación en la dimensión fisiológica, durante la pos-intervención, donde se halló que en el grupo experimental los

usuarios externos "algunas veces" afrontan adecuadamente los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión que pudieran surgir por la presencia del estoma en su cuerpo con una media de 2,52 (DE= 0,71), así mismo realizan personalmente el lavado de la estoma y el cuidado de la piel con un promedio de 2,40 (DE= 0,71), y también sienten que puede realizar su higiene personal: ducha, igual que antes de que presente el estoma con una media de 2,40 (DE= 0,76).

En caso del grupo control "algunas veces" afrontan adecuadamente los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión que pudieran surgir por la presencia del estoma en su cuerpo con una media de 2,44 (DE= 0,82), en el mismo sentido realizan personalmente el lavado de la estoma y el cuidado de la piel con un promedio de 2,40 (DE= 0,76)

Tabla 5.7.

Proporciones del nivel de adaptación fisiológica frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Nivel de adaptación fisiológica al tratamiento de ostomía	Intervención	n=25			
		Experimental		Control	
		fi	%	fi	%
Comprometido	Pre	12	48,0	1	4,0
	Post	3	12,0	4	16,0
Compensatorio	Pre	11	44,0	12	48,0
	Post	11	44,0	7	28,0
Integrado	Pre	2	8,0	12	48,0
	Post	11	44,0	14	56,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la presente tabla 5.7 se observa el nivel de adaptación fisiológica al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: de estudio, donde se evidenció que cerca de la mitad del grupo experimental [48,0% (12)] se mostraron comprometidos en la pre-intervención, luego de la postintervención cerca a la mitad de los usuarios [44,0% (11)] alcanzaron un nivel compensatorio.

Por otro lado el grupo control en la pre-intervención tuvieron un nivel compensatorio un 48,0% (12), y en la posintervención más de la mitad de ellos [56,0% (14)] se integraron al tratamiento.

Tabla 5.8.

Descripción de la adaptación en la dimensión psicológica, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión psicológica	Grupos	N	Media	DE	Media na
Se siente capaz de mirarse al espejo y aceptar la presencia del estoma en su cuerpo.	Experimental	25	1,60	0,76	1
	Control	25	2,00	0,58	2
Percibe que es una persona respetada y ejerce autoridad sin ser discriminado por contar con el estoma.	Experimental	25	1,32	0,63	1
	Control	25	2,12	0,78	2
No tiene vergüenza de qué dirán sus familiares con respecto al estoma que presenta.	Experimental	25	1,76	0,83	2
	Control	25	1,88	0,83	2
No tiene vergüenza de qué dirán sus amigos con respecto al estoma que presenta.	Experimental	25	1,56	0,71	1
	Control	25	1,96	0,74	2
Le da igual el hecho de que la gente se entere de su estoma.	Experimental	25	1,68	0,69	2
	Control	25	2,00	0,71	2
Considera que puede superar la situación del estoma.	Experimental	25	1,76	0,93	1
	Control	25	2,12	0,93	2
Siente que cuenta con el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida.	Experimental	25	1,80	0,91	1
	Control	25	2,16	0,80	2
Siente que cuenta con el apoyo de sus amigos en su nuevo estilo de vida.	Experimental	25	1,60	0,82	1
	Control	25	2,36	0,86	3

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.8 se observa la adaptación en la dimensión psicológica, durante la preintervención, en la que se evidencia que en el grupo experimental "nunca" sentían el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida con un promedio de 1,80 (DE= 0,91), del mismo modo no tenían vergüenza de qué dirán sus familiares con respecto al estoma que presenta y consideraron que podía superar la situación del estoma con una media de 1,76 (DE= 0,83; DE= 0,93) respectivamente.

En el grupo control “algunas veces” sentían que contaban con el apoyo de sus amigos en su nuevo estilo de vida con una media de 2,36 (DE= 0,86), en el mismo sentido sentían que contaban con el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida con un promedio de 2,16 (DE= 0,80).

Tabla 5.9.

Descripción de la adaptación en la dimensión psicológica, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión psicológica	Grupos	N	Media	DE	Media na
Se siente capaz de mirarse al espejo y aceptar la presencia del estoma en su cuerpo.	Experimental	25	2,00	0,58	2
	Control	25	2,08	0,57	2
Percibe que es una persona respetada y ejerce autoridad sin ser discriminado por contar con el estoma.	Experimental	25	2,24	0,72	2
	Control	25	2,36	0,70	2
No tiene vergüenza de qué dirán sus familiares con respecto al estoma que presenta.	Experimental	25	2,00	0,87	2
	Control	25	1,96	0,84	2
No tiene vergüenza de qué dirán sus amigos con respecto al estoma que presenta.	Experimental	25	2,04	0,74	2
	Control	25	1,96	0,74	2
Le da igual el hecho de que la gente se entere de su estoma.	Experimental	25	2,04	0,74	2
	Control	25	2,12	0,73	2
Considera que puede superar la situación del estoma.	Experimental	25	2,24	0,88	3
	Control	25	2,28	0,89	3
Siente que cuenta con el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida.	Experimental	25	2,20	0,76	2
	Control	25	2,24	0,78	2
Siente que cuenta con el apoyo de sus amigos en su nuevo estilo de vida.	Experimental	25	2,32	0,85	3
	Control	25	2,52	0,77	3

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

La tabla 5.9 reporta la adaptación en la dimensión psicológica durante la pos-intervención, en los grupos de estudio, donde se aprecia que los usuarios externos del grupo experimental "algunas veces" sienten que cuenta con el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida con un promedio de 2,32 (DE= 0,85), del mismo modo perciben que es una persona respetada y ejerce autoridad sin ser discriminado por contar con el estoma y consideran que puede

superar la situación del estoma con una media de 2,24 (DE= 0,72; DE= 0,88) respectivamente.

Por otro lado, el grupo control “algunas veces” sentían que contaban con el apoyo de sus amigos en su nuevo estilo de vida con una media de 2,52 (DE= 0,77), así mismo, percibían que eran una persona respetada y ejercían autoridad sin ser discriminado por contar con el estoma, en un promedio de 2,36 (DE= 0,70).

Tabla 5.10.

Proporciones del nivel de adaptación psicológica frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación psicológica al tratamiento de ostomía	Intervención	n=25			
		Experimental		Control	
		fi	%	fi	%
Comprometido	Pre	14	56,0	5	20,0
	Post	3	12,0	3	12,0
Compensatorio	Pre	9	36,0	13	52,0
	Post	16	64,0	14	56,0
Integrado	Pre	2	8,0	7	28,0
	Post	6	24,0	8	32,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

La tabla 5.10 sobre el nivel de adaptación psicológica frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control en estudio, se observó que durante la pre-intervención alrededor de la mitad del grupo experimental [56,0% (14)] se mostraron comprometidos, mientras que en la pos-intervención alcanzaron un 64,0% (16) en el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía de tipo compensatorio.

En tanto el grupo control el 52,0% (13) tuvieron un nivel compensatorio en la pre-intervención, mientras que en la pos-intervención 56,0% (14) de los usuarios permanecieron en el nivel compensatorio.

Tabla 5.11.

Descripción de la adaptación en la dimensión social, durante la pre-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión social	Grupos	N	Media	DE	Media na
Realiza sus actividades cotidianas como trabajo, viajes, paseos, juegos con sus hijos, etc., sin considerar al estoma como una carga limitante.	Experimental	25	1,68	0,80	1
	Control	25	2,08	0,81	2
Realiza sus actividades cotidianas de manera independiente sin sentirse una carga pesada para su familia y sociedad.	Experimental	25	1,68	0,69	2
	Control	25	2,08	0,76	2
Se relaciona normalmente con personas que no conoce.	Experimental	25	1,68	0,80	1
	Control	25	2,24	0,83	2
Ha consultado con un especialista para que le ayude a superar su nueva situación.	Experimental	25	1,60	0,82	1
	Control	25	2,16	0,85	2
Comparte con otras personas ostomizadas su experiencia para que la ayuden a superar la situación.	Experimental	25	1,56	0,71	1
	Control	25	2,08	0,76	2
Se siente capaz de tener actividad sexual ahora que tiene un estoma en su cuerpo.	Experimental	25	1,64	0,70	2
	Control	25	2,04	0,84	2
Mantiene relaciones sexuales con su pareja ahora que presenta un estoma.	Experimental	25	1,52	0,65	1
	Control	25	2,04	0,84	2

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la presente tabla **5.12** respecto a la adaptación en la dimensión social, se observa durante la pre-intervención, que el grupo experimental "nunca" realizaban sus actividades cotidianas como trabajo, viajes, paseos, juegos con sus hijos, etc., sin considerar al estoma como una carga limitante, realizaban sus actividades cotidianas de manera independiente sin sentir una carga pesada para su familia y sociedad, y se relacionan normalmente con personas que no conocían con un promedio de 1,658 (DE= 0,80; DE= 0,69; DE= 0,80).

En el grupo control “algunas veces” se relacionaban normalmente con personas que no conocían con una media de 2,24 (DE= 0,83), en el mismo sentido ha consultado con un especialista para que le ayude a superar su nueva situación con un promedio de 2,16 (DE= 0,85).

Tabla 5.13.

Descripción de la adaptación en la dimensión social, durante la pos-intervención, en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en la dimensión social	Grupos	N	Media	DE	Media na
Realiza sus actividades cotidianas como trabajo, viajes, paseos, juegos con sus hijos, etc., sin considerar al estoma como una carga limitante.	Experimental	25	2,20	0,82	2
	Control	25	2,16	0,80	2
Realiza sus actividades cotidianas de manera independiente sin sentirse una carga pesada para su familia y sociedad.	Experimental	25	2,12	0,78	2
	Control	25	2,16	0,75	2
Se relaciona normalmente con personas que no conoce.	Experimental	25	2,24	0,83	2
	Control	25	2,24	0,83	2
Ha consultado con un especialista para que le ayude a superar su nueva situación.	Experimental	25	2,28	0,84	3
	Control	25	2,48	0,71	3
Comparte con otras personas ostomizadas su experiencia para que la ayuden a superar la situación.	Experimental	25	2,08	0,81	2
	Control	25	2,20	0,82	2
Se siente capaz de tener actividad sexual ahora que tiene un estoma en su cuerpo.	Experimental	25	2,04	0,84	2
	Control	25	2,28	0,79	2
Mantiene relaciones sexuales con su pareja ahora que presenta un estoma.	Experimental	25	2,16	0,85	2
	Control	25	2,32	0,80	3

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.12 sobre la adaptación en la dimensión social, durante la posintervención, se evidenció que en el grupo experimental los usuarios externos “algunas veces” han consultado con un especialista para que le ayude a superar su nueva situación con un promedio de 2,28 y desviación estándar 0,84, del mismo modo se relacionaban normalmente con personas que no conocían con un promedio de 2,24 (DE= 0,83).

En caso del grupo control “algunas veces” han consultado con un especialista para que le ayude a superar su nueva situación con un promedio de

2,48 (DE= 0,71), y mantienen relaciones sexuales con su pareja ahora que presentan un estoma con un promedio de 2,32 y desviación estándar 0,80.

Tabla 5.14.

Proporciones del nivel de adaptación social frente al tratamiento de ostomía durante los momentos del estudio en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación social al tratamiento de ostomía	Grupos	n=25			
		Grupos			
		Experimental		Control	
		fi	%	fi	%
Comprometido	Pre	18	72,0	4	16,0
	Post	4	16,0	2	12,0
Compensatorio	Pre	3	12,0	14	56,0
	Post	13	52,0	12	48,0
Integrado	Pre	4	16,0	7	28,0
	Post	8	32,0	11	44,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.13 sobre el nivel de adaptación social al tratamiento de ostomía, durante los momentos del estudio se halló que una gran proporción del grupo experimental [72,0% (18)] se mostraron comprometidos en la preintervención, mientras que en la posintervención más de la mitad de los usuarios [52,0% (13)] tenían un nivel de adaptación al tratamiento compensatorio.

Por otro lado el grupo control más de la mitad [56,0% (14)] tuvieron un nivel compensatorio durante la pre-intervención, mientras que en la pos-intervención el 48,0% (12) mostró un nivel compensatorio.

Tabla 5.15.

Proporciones de la adaptación según dimensiones durante la preintervención en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Dimensiones de la variable adaptación	Grupos	N	Media	DE	Mediana
Fisiológica	Experimental	25	16,80	5,18	17
	Control	25	22,44	4,30	23
Psicológica	Experimental	25	13,08	4,42	12
	Control	25	16,60	3,89	16
Social	Experimental	25	11,36	3,60	10
	Control	25	14,72	3,09	15

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.14 respecto a las dimensiones de la variable adaptación, durante la pre-intervención los resultados demuestran que el grupo control tiene mejor adaptación al tratamiento a diferencia del grupo experimental.

En la dimensión fisiológica alcanzan un promedio general de 22,44 (DE= 4,30), en la psicológica 16,60 (DE 3,89) y en la dimensión social 14,72 (DE 3,09) en comparación al grupo experimental que mostraron valores promedios inferiores.

Tabla 5.16.

Proporciones de la adaptación según dimensiones durante la pos-intervención en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación en las dimensiones	Grupos	N	Media	DE	Mediana
Fisiológica	Experimental	25	22,44	5,20	23
	Control	25	22,20	5,38	24
Psicológica	Experimental	25	17,52	3,60	18
	Control	25	17,08	3,64	16
Social	Experimental	25	15,84	3,22	16
	Control	25	15,12	3,60	16

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

En la tabla 5.15 respecto a la adaptación y sus dimensiones durante la pos-intervención se evidenció en el grupo experimental, mostró mejor adaptación al tratamiento en todas las dimensiones mencionadas.

Tabla 5.17.

Descripción de la adaptación, durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Adaptación	Grupos	N	Media	DE	Mediana
Adaptación antes	Experimental	25	41,24	12,14	42
	Control	25	53,8	9,53	56
Adaptación después	Experimental	25	55,56	10,28	58
	Control	25	54,64	9,17	56

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Respecto a la adaptación, durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados en estudio, se halló que en la pre-intervención el grupo control muestran un nivel mayor en cuanto a la adaptación del tratamiento de ostomía; por otro lado luego de la intervención el grupo experimental mostró una mejor adaptación.

Tabla 5.18.

Proporciones del nivel de adaptación al tratamiento de ostomía durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Nivel de adaptación al tratamiento de ostomía	Momentos del estudio	n=25			
		Grupos			
		Experimental		Control	
		fi	%	fi	%
Comprometido	Pre	12	48,0	3	12,0
	Post	1	4,0	4	16,0
Compensatorio	Pre	10	40,0	15	60,0
	Post	14	56,0	9	36,0
Integrado	Pre	3	12,0	7	28,0
	Post	10	40,0	12	48,0

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Acerca del nivel de adaptación al tratamiento de ostomía durante los momentos de estudio en los grupos: experimental y control en estudio, se puede decir que el grupo experimental en la pre-intervención el 48,0% (12) se muestra comprometido, mientras que en la post intervención tuvieron un nivel compensatorio en más de la mitad [56,0% (14)] de ellos.

Por otro lado, en el grupo control más de la mitad [60,0% (15)] de la muestra en estudio, tuvieron un nivel compensatorio en la preintervención, mientras que en la posintervención el 48,0% (12) mostraron un nivel integrado.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contratación de hipótesis con los resultados

Resultados inferenciales

Tabla 6.1.1

Prueba de normalidad de Shapiro wilk para las distribuciones de contraste de las variables en estudio, según el momento antes y después de la-intervención, de los usuarios externos colostomizados del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Distribuciones de contraste	Grupos	Intervención	Shapiro Wilk	
			S	p-valor
Adaptación	Experimental	Pre	0,916	0,041
		Pos	0,965	0,527
		Control	Pre	0,934
Fisiológico	Experimental	Pre	0,917	0,044
		Pos	0,957	0,362
		Control	Pre	0,980
Psicológica	Experimental	Pre	0,835	0,001
		Pos	0,965	0,525
		Control	Pre	0,975
Social	Experimental	Pre	0,896	0,015
		Pos	0,907	0,026
		Control	Pre	0,920
		Pos	0,867	0,004

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Respecto a las distribuciones que contrastan las variables a fines con el planteamiento de las hipótesis de investigación, y teniendo la necesidad de cumplir con el requisito indispensable para medidas paramétricas, se observó según el contraste de Shapiro Wilk; que no todos resultaron ser normales (p-valor > 0,050), y dado que el objetivo del estudio fue relacionar distribuciones, se empleó un contraste estadístico paramétrico, siendo la prueba t de student el elegido para probar la hipótesis; y el alternativo fue el estadístico no paramétrico la prueba de wilcoxon.

Tabla 6.1.2.

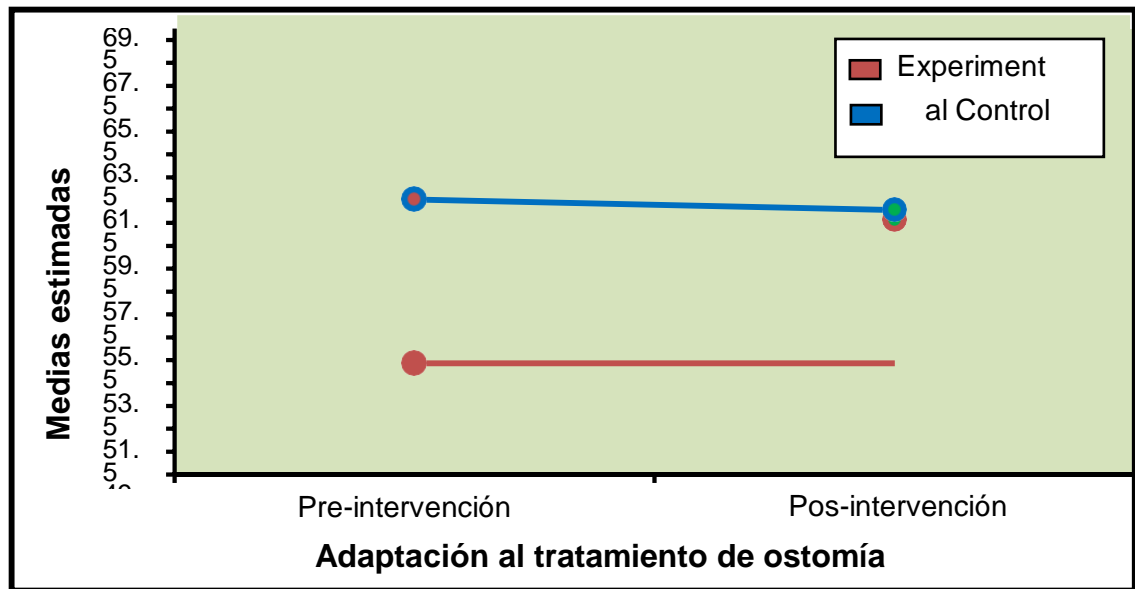
Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía durante la posintervención en el grupo experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Prueba t para la comparación de medias	Valor de prueba = 25			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Promedio de adaptación del grupo experimental (momento posterior a la intervención)	(-18,43 - - 8,37)	2,44	-5,50	0,00

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Al analizar la adaptación al tratamiento de ostomía durante la posintervención en el grupo experimental y control de los usuarios externos colostomizados en estudio, se evidenció que existe un error típico de la media de 2,44 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias de la de la adaptación al tratamiento de ostomia, estos fueron significativos [t= - 5,50; p= 0,00], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación del grupo experimental en el nivel integrado, mediante la aplicación del programa de educación.

Figura 6.1.1.
Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



En la presente figura se visualiza la adaptación al tratamiento de ostomía durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control en estudio, se observa que el grupo experimental tuvo un incremento evidente en la adaptación al tratamiento de ostomía, en comparación del grupo control en la cual el incremento de su adaptación fue mínimo.

Tabla 6.1.3.

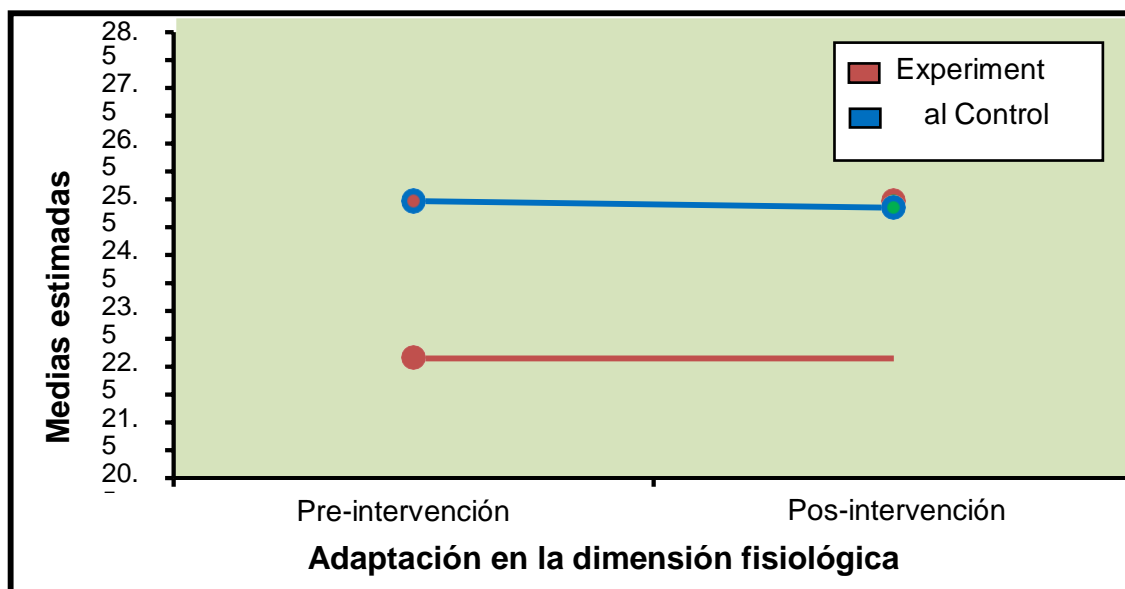
Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Prueba t para la comparación de medias de dos muestras	Valor de prueba = 25			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Promedio de adaptación en la dimensión fisiológica del grupo experimental (momento posterior a la intervención)	(-8,02 - -3,26)	1,16	-4,89	0,00
Promedio de adaptación en la dimensión fisiológica del grupo control (momento posterior a la intervención)	(-2,05 – 0,210)	0,547	-1,68	0,11

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Al evaluar la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante el momento de la posintervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados en estudio, se halló en el grupo experimental, un error típico de la media de 1,16 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomia, estos resultaron ser significativos [t= -4,89; p= 0,00]. Por otro lado, en el análisis del grupo control, hubo un error típico de la media de 0,547 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomia, estos no fueron significativos [t= -1,68; p= 0,11], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación del grupo experimental de nivel integrada, este hecho denota la eficacia del programa de educación aplicado.

Figura 6.1.2.
Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



En la presente figura acerca la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados en estudio, se aprecia que el grupo experimental tuvo un incremento evidente en la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica, a comparación del grupo control que sufrió una leve disminución.

Tabla 6.1.4.

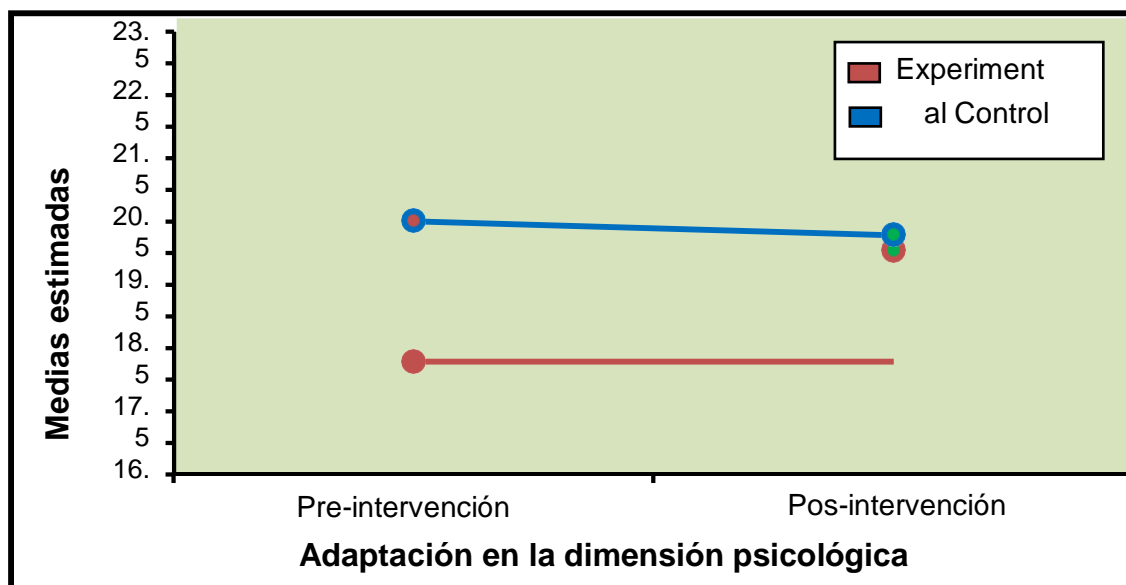
Prueba t de Student de comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

Prueba t para la comparación de medias de dos muestras	Valor de prueba = 25			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Promedio de adaptación en la dimensión psicológica del grupo experimental (momento posterior a la intervención)	(-6,23 - -1,76)	1,09	-3,68	0,001
Promedio de adaptación en la dimensión psicológica del grupo control (momento posterior a la intervención)	(-2,05 – 0,01)	0,546	-2,05	0,051

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Analizando la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la posintervención entre los grupos experimental y control en estudio, cuyos resultados evidenciaron en el grupo experimental, un error típico de la media de 1,09 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomia en la dimensión psicológica, estos resultados ser significativos [t= -3,68; p= 0,001]. Mientras que en el análisis del grupo control, existe un error típico de la media de 0,546 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomia, estos no fueron significativos [t= -2,05; p= 0,051], por ello se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación del grupo experimental de nivel integrada, a diferencia del grupo control. Ello demuestra la efectividad de la aplicación del programa de educación.

Figura 6.1.3.
Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la posintervención entre los grupos experimental y control de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



En la presente figura se visualiza la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante los momentos del estudio entre los grupos experimental y control en estudio, se observa que el grupo experimental tuvo un incremento evidente de adaptación al tratamiento de ostomía, a comparación del grupo control en la cual el incremento de su adaptación fue leve.

Tabla 6.1.5.

Prueba de wilcoxon para comparación de medias de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.

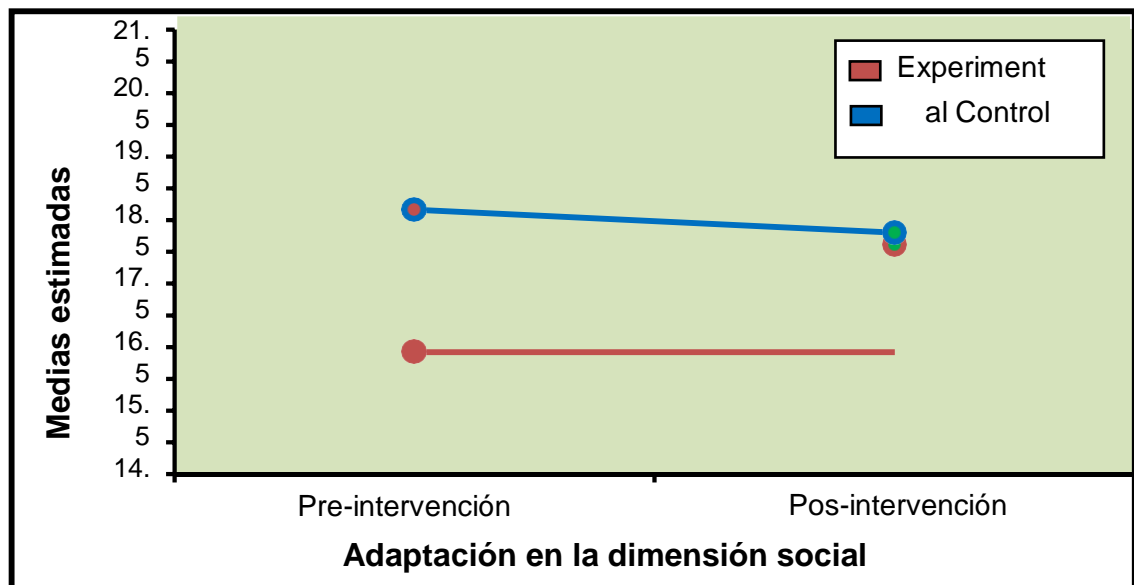
Comparación de medias	Z	p-valor
Promedio de adaptación del grupo experimental (momento posterior a la intervención)	-3,254	0,001
Promedio de adaptación del grupo control (momento posterior a la intervención)	-0,889	0,374

Fuente. Encuesta de medición del nivel de adaptación de la persona ostomizada (Anexo 4).

Al analizar la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control en estudio, se halló que, al aplicar la prueba de Wilcoxon para la relación de las medidas de la adaptación en el grupo experimental los resultados fueron significativos [$Z=-3,254$; $p=0,001$].

Por otro lado, el análisis en el grupo control los resultados, estos no fueron significativos [$Z= -0,889$; $p= 0,374$], por ello no pudo rechazar la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación del grupo experimental integrada, a diferencia del grupo experimental. Esta situación demuestra la efectividad del programa de educación aplicado.

Figura 6.1.4.
Representación gráfica de las medias estimadas de la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la posintervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2015.



Finalmente, en la presente figura se visualiza la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control en estudio, se observa que el grupo experimental tuvo un incremento evidente en la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social, en comparación del grupo control que evidenció un incremento mínimo.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

Antes de iniciar la discusión, se señala que los instrumentos de investigación utilizados fueron pertinentes para el presente estudio. Además, se reconoce que el diseño experimental, aplicado no permite generalizar los resultados, siendo muy singular para la realidad de Lima; por lo que futuras investigaciones deberán abordar diseños de mayor alcance inferencial y poder

generalizar los resultados. Mientras tanto, se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido, de que las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativas a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p < 0,05$.

La presente investigación partió de la premisa de que la experiencia de vida de los pacientes portadores de una colostomía es un fenómeno que se torna necesario de ser comprendido por los profesionales que forman parte del proceso de atención de enfermería a personas con este tipo de alteraciones. El abordaje de este tipo de pacientes debe traspasar el ámbito puramente biológico para transitar hacia un enfoque biopsicosocial, donde la enfermera encuentra un campo especial de acción, de modo tal que la consejería y apoyo en la toma de decisiones se torna de relevancia en la atención integral del usuario (53).

En principio todo ostomizado tiene un déficit de conocimientos ante la nueva situación. Sufren a lo largo de su vida un continuo proceso de adaptación consistente en adecuar su vida al nuevo elemento, llegando difícilmente a controlarlo por el desconocimiento sobre el tema que poseen, al respecto Fuentes (54), admite que es imprescindible la labor del profesional de la salud en la atención biopsicosocial del paciente ostomizado y la importancia de la educación sanitaria para la autonomía, adaptación y aceptación de éste. En este punto, el rol de la enfermera es fundamental para facilitar el proceso de adaptación, asistiendo, educando y conteniendo al paciente y a su familia, favoreciendo el equilibrio con su entorno (55).

El ostomizado se encuentra sujeto al estoma, por lo tanto precisa de una adecuada información y un adiestramiento, tanto práctico como teórico, que le

permita desenvolverse con conocimiento y soltura en el manejo de su ostomía; no sólo a nivel físico o técnico, sino readaptándose a su nueva imagen corporal y vida social. En un porcentaje elevado los problemas psicológicos y sociales van a disminuir o solventarse a medida que la persona recupere la autoconfianza y la autoestima (4).

A continuación se discuten los resultados obtenidos, se compararán con los de otras investigaciones, que estudiaron el mismo fenómeno, para identificar los hallazgos similares y aquellos otros que sean diferentes (56).

De modo general se comprobó en el grupo experimental la existencia de adaptación de nivel integrado al tratamiento de ostomía como consecuencia de la aplicación del programa educativo “Adecuándome a mi nueva realidad”, respecto al grupo control que recibió educación habitual del cuidado de la colostomía, como usuarios externos colostomizados del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, donde se evidenció diferencias significativas entre ambos grupos. Este resultado se explica por la eficacia del programa que fue planificado, ejecutado y evaluado sostenida y eficientemente, habiéndose definido los objetivos, métodos de enseñanza y actividades de retroalimentación de las sesiones. También, la creación de un ambiente adecuado, los momentos de relajación propiciados, el intercambio de experiencias personales que permitió el aporte activo de todos sus participantes generaron un clima de confianza, logrando una adaptación de los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el 2015. Además, el programa aplicado se considera de fácil aplicación tal como Gil, Arias, Barbosa (57), reconocen que el programa de intervención para pacientes con colostomía

por cáncer de colon, es novedoso y viable para los escenarios en el cual se aplican. Además, como la colostomía genera impacto en el paciente, dado que un segmento del intestino se ha exteriorizado a través de la pared abdominal, se suscitan una serie de vivencias que generan dificultades de adaptación, donde la depresión resulta común (58). A esto, se suma el escaso tiempo para adaptarse y adquirir competencias para el autocuidado de su estoma, por el alta hospitalaria precoz (59).

En consecuencia el programa cubre los vacíos que se generan en el aspecto emocional, pudiendo representar un gran apoyo psicológico hecho que es reconocido por Berra, Bustingorry, Henze Díaz, Rajmil, Butinof(41, 60), considerando de valiosa importancia el apoyo psicosocial a pacientes con colostomía permanente, que se sustenta en el modelo de auto-ayuda considerando complementario la participación de la comunidad que beneficia a los pacientes con colostomía permanente, lo que también es reconocido por Pat, Espinosa, Sánchez, Cruz, Cano, Gabriel, et al (16) señalando que la intervención educativa en personas ostomizadas planificada, estandarizada y evaluada, es fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar.

En la misma línea, Hevia (61), afirma que la educación a la persona ostomizada permite la adaptación y su autocuidado por lo que el personal de salud en general debe tener la formación necesaria, es decir, debe haber adquirido la competencia para entregar esta educación; y además debe existir cultura de autocuidado del paciente ostomizado, es decir, se debe programar el tiempo necesario para que le enseñe los contenidos correspondientes y le entregue una atención especializada.

También, Hernández (14), reconoce que la educación sanitaria es el medio con el que el personal experto en ostomías, informará al paciente y a la familia, motivando su autocuidado, a enfrentarse a los problemas emocionales y la ayuda en el proceso de reinserción socio-laboral.

Los hallazgos del presente estudio se apoyan en el modelo de adaptación de Roy, en tanto que los pacientes con tratamiento de ostomía son afectados tanto en su ambiente interno como externo, en consecuencia el ambiente se constituye en estímulo que al entrar en el sistema, activan los procesos de afrontamiento para mantener la adaptación (62).

Del mismo modo, la teoría de la incertidumbre de Mishel, expresa un modelo para hacer frente a la enfermedad, dado a la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto haciendo imposible predecir los resultados, lógicamente todo ello producido por la falta de información y conocimiento (21).

Además, el paradigma de la comunicación establece una relación directa entre el proceso de comunicación y el desarrollo de los pueblos (63), en este sentido, el programa “adecuándome a mi nueva realidad” permite la asimilación de información que posibilita la adaptación comprometida e integrada..

Por su parte Rodríguez, Muñoz, Fandiño, Gutiérrez (64) señalan que los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. Del mismo

modo, la teoría del aprendizaje social, concede gran importancia al refuerzo por quienes realizan una acción y luego experimentan sus consecuencias.

Entre los estudios que coinciden con el presente hallazgo tenemos a Agapito, Reaño (3) cuyos resultados de su investigación evidenciaron el efecto favorable de un programa educativo individualizado donde lograron que las personas ostomizadas se encuentren en un 80% en nivel compensatorio y un 20% en el nivel máximo de integrado.

Por su parte Almendárez, Landeros, Hernández, Galarza, Guerrero (15), evidenciaron que los conocimientos sobre prácticas de autocuidado en alimentación y cuidado de la ostomía fueron incrementados después de la intervención de un programa, obteniendo diferencias significativas en los promedios ($t = -3.570$, $t = -6.390$, $t = -3.695$, respectivamente y $p < 0.05$); aspectos que promovieron la adaptación del paciente a su condición de salud.

Así mismo, los estudios de Agapito, Reaño (3), concluyeron que la aplicación del programa tuvo efecto en la mayoría de los participantes, quienes pasaron a un nivel compensatorio e integrado de 35% a 50% en el modo fisiológico.

Finalmente, la investigación desarrollada en los usuarios externos colostomizados del Hospital Nacional del Callao, ponen en evidencia el valor de la educación del profesional de enfermería en la adaptación fisiológica, psicológica y social. Pues, la función fisiológica de la evacuación intestinal, tiene una estrecha relación con la formación de la personalidad del individuo.

Por tanto, el programa, permite el proceso de recuperación-adaptación al nuevo estado. Con una educación individualizada se logra que el paciente

potencie hábitos saludables, con conocimientos sobre la situación y la vivencia personal-familiar de cada ostomizado y con una actuación interdisciplinar, basada sobre todo en la prevención de alteraciones.

VII. CONCLUSIONES

De modo general se comprobó la existencia de adaptación al tratamiento de ostomía durante la pos-intervención (Aplicación del Programa Educativo “Adecuándome a mi nueva realidad”) en el grupo experimental respecto al grupo control (quienes recibieron educación habitual del cuidado de la colostomía) usuarios externos colostomizados del hospital de estudio, donde se evidenció diferencias significativas [$t= -5,50$; $p= 0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación del grupo experimental en el nivel integrado, mediante la aplicación del programa de educación.

Al comparar la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica durante el momento de la posintervención entre los grupos experimental y control usuarios externos colostomizados en estudio, se halló diferencias significativas [$t= -4,89$; $p= 0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación de nivel integrada del grupo experimental, este hecho denota la eficacia del programa de educación aplicado.

Analizando las diferencias en la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica durante la posintervención entre los grupos experimental y control en estudio, se observó que el grupo experimental, hubo promedios superiores en la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión psicológica, estos resultados ser significativos [$t= -3,68$; $p= 0,001$], por ello se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a la adaptación de nivel integrada del

grupo experimental, a diferencia del grupo control. Ello demuestra la efectividad de la aplicación del programa de educación.

Al analizar la adaptación al tratamiento de ostomía en la dimensión social durante la pos-intervención entre los grupos experimental y control en estudio, se halló que, que la diferencia de medidas de la adaptación en el grupo experimental los resultados fueron significativos [$Z=-3,254$; $p=0,001$] por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula. Este resultado demuestra la efectividad del programa de educación aplicado.

VIII. RECOMENDACIONES

Para las autoridades de la salud

- Considerar que la oferta de adiestramiento debe ser realizado por personal preparado, planificado desde el momento del diagnóstico y prolongarse hasta después del alta.
- Implementar programa educativo en el servicio con apoyo extramural de modo individualizado en el que intervenga el equipo multidisciplinario y se realice seguimiento, evolución y reinserción en su vida cotidiana.
- Capacitar al personal sobre el manejo y cuidado del paciente con ostomía según el modelo de Callista Roy.

Para los profesionales de enfermería

- Motivar a las diferentes profesionales de la salud a implementar el cuidado integral a personas con enterostomía en pre y post grado.
- Mejorar la atención integral de la persona ostomizada, y con ello brindar cuidados apropiadas en pre y post operatorio y asegurar que la persona vaya a su domicilio con teoría y práctica que le ayuda a adaptarse a este nuevo estilo de vida.
- Implementar acciones educativas tales como talleres permanentes, relacionados con el intestinal, a fin de que la totalidad de los paciente colostomizados manejen de manera efectiva su propio autocuidado.

- Trabajar de manera sistemática, es decir, cada vez que los pacientes ostomizados asistan a su consulta, o crear clubes de apoyo para tratar lo referido a los cuidados del estoma donde un porcentaje importante no realiza los mismos.
- Las enfermeras deben ayudar a las personas para que aprendan actividades, mediante el proceso de enseñanza aprendizaje, dirigidas a satisfacer sus necesidades y a vivir con los efectos de los cuadros y estados patológicos, en un estilo de vida que favorezca el desarrollo personal continuado. Aplicar durante los cuidados de enfermería el modelo de adaptación, porque permite identificar las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes, contribuyendo a la planificación de las intervenciones requeridas para manejar los estímulos y conseguir su adaptación.

A los pacientes

Los pacientes ostomizados deberán aprender a vivir con el estoma, deberán reorganizar su imagen corporal, adaptarse a lo que la pérdida de continencia conlleva (fugas, olores, gases...), solventar la incidencia del estoma y/o del tipo de intervención en su vida sexual, y volver a la dinámica familiar, social y laboral.

Para el conocimiento científico

- Validar o desarrollar instrumentos de medición más precisos y culturalmente congruentes, para determinar el nivel de adaptación de las personas y grupos.
- Ampliar el conocimiento sobre la efectividad de los programas de educación y el nivel de adaptación de los pacientes colostomizados.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez DY, Burbano LM, Gálvis BE, Eraso CO. Cuidados de enfermería que requieren Las personas colostomizadas según sus necesidades interferidas al reanudar su vida social. San Juan de Pasto 2008-2009. Revista UNIMAR. 2014;28(1).
2. Crespo Villazán. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado [Internet]. [Consultado 2015 Dic 20]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3940/CrespoVillazanL.pdf?sequence=1> [
3. Agapito Esquerre KF, Reaño Pérez LD. Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2012-2013. [Tesis de grado Licenciado en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012-2103.
4. Pulido Justicia R. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2001(10):100-8.
5. Noda Sardiñas CL, Alfonso Alfonso LE, Fonte Sosa M, Valentín Arbona FL, Reyes Martínez ML. Problemática actual del paciente con ostomía. Revista Cubana de Medicina Militar. 2001;30(4):256-62.
6. Ferreira Umpiérrez AH. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013;22(3):687-94.
7. Gómez Ayala AE. El paciente ostomizado: consejo farmacéutico. Farmacia profesional. 2006;20(8):50-5.
8. Vélez D. Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados, tratados en la consulta externa de cirugía del Hospital Teófilo Dávila. Tercer trimestre del 2014. [Tesis de grado Licenciado en Enfermería]. Machala: Universidad de Machala. Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud. Carrera de Enfermería; 2014.
9. Torralba M. Afrontamiento en personas colostomizados [Internet]. [Consultado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://invenio2.unizar.es/record/10804/files/TAZ-TFG-2013-267.pdf>.
10. Martín Muñoz B, Panduro Jiménez RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index de Enfermería. 2010;19(2-3):115-9.
11. Barbero Juárez FJ, Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. Nure Investigación. 2004(7):1-10.
12. Villajuan Reyes EJ. Calidad de vida del paciente Ostomizado que asiste a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2006. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. EAP Enfermería; 2006.

13. Villalba Latorre D. Programa de educación para la salud dirigido a personas colostomizadas e ileostomizadas y familiares. [Tesis de grado en Enfermería]. Jaén: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
14. Hernández Fernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2011;3(2):504-33.
15. Almendárez Saavedra JA, Landeros López M, Hernández Castañón MA, Galarza Maya Y, Guerrero Hernández MT. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;23(2):91-8.
16. Pat Castillo L, Espinosa Estevez JM, Sánchez Bautista M, Cruz Castañeda O, Cano Garduño MA, Gabriel Rivas J, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Enfermería Universitaria. 2011;7(2).
17. Knowles M, Holton E, Swanson R. Andragogía: El aprendizaje de los adultos [Andragogy: Adult learning](M. Izquierdo Castañeda, Trans.). Oxford University Press. 2001;3(8):45-56.
18. González N. Prevalencia del estrés en la satisfacción laboral de los docentes universitarios [Internet]. [Consultado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Revistaelectronicadehumanidadeseducacionycomunicacionsocial/2008/no4/7.pdf>. [
19. Díaz A. Investigación universitaria, clima y cultura organizacionales. [Tesis Doctoral]. Caracas: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez; 2003.
20. Ruiz Tovar J, Morales Castiñeiras V, Lobo Martínez E. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. Cirugía y Cirujanos. 2010;78(3):283-91.
21. Torres Ortega CM. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. [Tesis Doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2013.
22. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007;4(4):28-35.
23. Rojas Gallo A, Pérez Pimentel S, Lluch Bonet A, Cabrera Adán M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2009;25(3-4):0-.
24. Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado: Guía básica ilustrada. México: Manual Moderno. 2001;34(6):45-89.
25. Merino Navarro D. Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama [Internet]. [Consultado 2015 Dic 15]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26552/1/Tesis_Merino%20Navarro.pdf [
26. Bandura A, Rivière A. Teoría del aprendizaje social. Espasa-Calpe Madrid. 1982;7(3):56-65.
27. Taylor B. Planeación estratégica [Internet]. [Consultado 2015 Dic 17]. Disponible en: http://www.ingenieria.unam.mx/~jkuri/Apunt_Planeacion_internet/TEMAIL.1.pdf.
28. Martí Lahera Y. Diseño de programas de alfabetización informacional*. Acimed. 2007;15(3):0-.

29. Fernández Salinero MC. Las competencias en el marco de la convergencia europea: Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encounters in Theory and History of Education*. 2008;7(4):345.
30. Santiesteban ML. Programa educativo para la superación de los directores de las escuelas primarias del municipio Playa. *Nurse*. 2003;3(5):34-46.
31. Trilla J. Animación sociocultural: teorías, programas y ámbitos. *Codig*. 2003;4(8):34-41.
32. Gros B. Diseños y programas educativos. *Invest*. 1997;12(3):45-67.
33. Monclús Estella A, Sebán Vera C. La enseñanza en competencias en el marco de la educación a lo largo de la vida y la sociedad del conocimiento. *Revista iberoamericana de educación*. 2008(47):159-84.
34. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud [Internet]. [Consultado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluacion%20para%20el%20planeamiento%20de%20programas%20de%20educacion%20para%20la%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [
35. Dueñas Becerra J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas*. *Educación Médica Superior*. 1999;13(1):92-8.
36. Sanjinez Ticona M. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de las colostomias realizadas en pacientes mayores de 14 años del servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2011. [Tesis de grado Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2006-2011.
37. Sola Laín M, Nuño Morer F. Plan de cuidados de enfermería a pacientes colostomizados tras el alta hospitalaria [Internet]. [Consultado 2015 Dic 15]. Disponible en: <https://zaquan.unizar.es/record/13603/#>.
38. Herrera E, Sujeli M. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la Consulta de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliti Martins. Noviembre 2002. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. EAP de Enfermería; 2003.
39. Marques Andrade de Souza AP, Beserra da Costa Santos I, Guimarães Oliveira Soares MJ, Oliveira de Santana I. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados-João Pessoa, Brasil. *Gerokomos*. 2010;21(4):183-90.
40. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina clínica*. 2001;116(20):789-96.
41. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MdP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos argentinos de pediatría*. 2009;107(4):307-14.
42. Crespillo Díaz AY, Martín Muñoz B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. *Index de Enfermería*. 2012;21(1-2):43-7.

43. Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdrán Mañas M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería*. 2013;22(4):209-13.
44. Chaura Guindic L, Benavides Leon J, Villanueva Herrero J, Jiménez Bobdilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*. 2011;79(2):149-55.
45. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Delgado C, Fariña Rodríguez AM, Huertas Clemente MJ, Gutiérrez Fernández Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*. 2013;7(3).
46. Amezcua M, Carricondo A. Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm*. 2000;28(29):26-34.
47. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*. 2006;3(1):189-94.
48. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 2005;3(1):73-86.
49. Feliu J, Cruzado JA, López Santiago S, Martínez V. Calidad de vida, estado emocional, anemia y astenia en pacientes de cáncer de colon tratados con cirugía. *Psicooncología*. 2011;8(1):101-11.
50. Ramos Sánchez ME, Carracedo Arrastio J, Domínguez Domínguez S, Piñeiro Guimerans M, Rezola Aldaz B. Guía de información prequirúrgica a los pacientes que van a ser sometidos a una cistectomía con estoma. *Enfuro*. 2011(119):13-7.
51. Gaviria AM, Alpi SV, Riveros MF, Quinceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*. 2007(20):50-75.
52. de Torres Aured ML, Martínez ML-P, Maeso AD, de Torres Olson C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. *Nutr clín diet hosp*. 2008;28(3):9-19.
53. Ferreira A. Proceso de atención al paciente ostomizado: gestión de cuidados integrales. Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala; 2011. [
54. Fuentes Cihuela T. Caso clínico: aplicación del proceso enfermero en el paciente colostomizado en la consulta de estomaterapia del Hospital Royo Villanova [Internet]. [Consultado 2015 Dic 15]. Disponible en: <http://invenio2.unizar.es/record/10719/files/TAZ-TFG-2013-187.pdf> [
55. Coelho SMS, Mendes I. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*. 2011;15:845-50.
56. Psicoactiva.com. Trastornos ansiosos [Internet]. [Consultado 2015 Dic 20]. Disponible en: <http://www.psicoactiva.com/ansiedad.htm> [
57. Gil Gómez AL, Arias Tavera LJ, Barbosa Fontecha Y. Programa de intervención para pacientes con colostomía por cáncer de colon [Internet]. [Consultado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://repository.ucatolica.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/10983/2048/RAE%20INSTITUCIONAL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

58. Constantino L, Lázaro E, Sosa M. Problemática actual del paciente con ostomía. *Rev Cubana Med Milit.* 2001;30(4):256-61.
59. Black P. Stoma care nursing management: cost implications in community care. *British journal of community nursing.* 2009;14(8):350-5.
60. Cheng F, Xu Q, Dai X-d, Yang L-l. Evaluation of the expert patient program in a Chinese population with permanent colostomy. *Cancer nursing.* 2012;35(1):E27-E33.
61. Hevia H. Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado. *Medwave.* 2009;9(04).
62. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan.* 2002;2(1):19-23.
63. Ríos Hernández I. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación-ISSN 0718-4867.* 2011;4(1):123-40.
64. Rodríguez JM, Muñoz E, Fandiño-Losada A, Gutiérrez MI. Evaluación de la estrategia de comunicación " Mejor hablemos" para promover la convivencia pacífica en Cali, 1996-2000. *Rev Salud Publica.* 2006;8(3):168-84.

X. ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao- 2015

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>¿Existen diferencias en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015?</p>	<p>Demostrar las diferencias que existen en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.</p>	<p>H0: No existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.</p> <p>Ha: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio</p>	<p>Aplicación del Programa Educativo</p>	<p>Única</p>	<p>Población Infinita Muestra : 25 pacientes colostomizados que se atienden actualmente en consultorios del H.N.AD.A.C grupo experimental y 25 grupo control. Dicho tamaño muestra fue seleccionado por un muestro probabilístico, aleatorio simple. Técnica: Encuesta Instrumento: TES T- ADAPTACIÓN</p>

		<p>o</p> <p>o</p> <p>integrado al tratamiento de la</p>			<p>Procesamiento estadístico y análisis de datos.- Programa estadístico SPSS , donde los</p>
--	--	---	--	--	---

		ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental que recibe el programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control que recibe la orientación habitual en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el 2015.			resultados de las variables del pre y post-test fueron analizados por la estadística inferencial de la prueba de T de Student y Wilconxon, para dos muestras relacionadas e independientes y de la estadística descriptiva con frecuencias simples donde se evaluó la efectividad de la Intervención.
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existen diferencias entre el nivel de adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> Comparar el nivel de adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del 	<ul style="list-style-type: none"> H01: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio. 	Adaptación	Adaptación Física Adaptación Psicológica. Adaptación Social	

colostomizados del grupo control del hospital de estudio?	hospital de estudio.				
---	----------------------	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se observan diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio? • ¿Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los 	<ul style="list-style-type: none"> • Medir las diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio. • Evaluar las diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrada al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo 	<p>Hi1: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión fisiológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.</p> <p>H02: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de</p>			
--	--	--	--	--	--

usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio?	experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.	estudio. Hi2: Existen diferencias en la adaptación			
--	--	---	--	--	--

		<p>comprometido/compensatorio o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión psicológica entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.</p> <p>H03: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio</p> <p>o integrado al tratamiento de la ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.</p> <p>Hi3: Existen diferencias en la adaptación comprometido/compensatorio</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>o</p> <p>o</p> <p>integrado al tratamiento de la</p>			
--	--	---	--	--	--

		ostomía en la dimensión social entre los usuarios colostomizados del grupo experimental respecto a los usuarios colostomizados del grupo control del hospital de estudio.			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado sobre la ejecución del estudio de investigación titulado “Programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao- 2015”, realizado por la investigadora: María Dolores Ramos Fiestas, cuyo objetivo de la investigación Determinar la efectividad del Programa de Adaptación de los usuario externos colostomizados del hospital Daniel Alcides Carrión Provincia constitucional del Callao. El tiempo aproximado que usted se tomará para responder las preguntas será 30 minutos. Dicho estudio será llevado a cabo de manera anónima y confidencial por lo que los resultados obtenidos del estudio no serán revelados, ni perjudicarán a usted como participante.

Yo,.....acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el objetivo de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral o escrita a las preguntas planteadas.

Las investigadoras se comprometen a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo individual, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

ANEXO 3

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

La investigadora de la tesis intitulada “Programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao- 2015”; para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado.

Se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente

Mg. Maria Ramos Fiestas.

ANEXO 4

GUÍA DE ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL DE ADAPTACIÓN DE LA PERSONA OSTOMIZADA

El presente instrumento ha sido diseñado, con el propósito de recopilar información sobre **“Programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao- 2015”** se agradece la colaboración al dar respuesta a la totalidad de los planteamientos, si tiene alguna duda consultar con la investigadora. La información que se proporcione será totalmente confidencial y sólo se manejan resultados globales.

DATOS GENERALES:

Sexo: Masculino () Femenino () **Edad:** _____ Adulto Joven () Adulto Maduro () Adulto Mayor ()

Grado de instrucción:

Sin Nivel	
Inicial	
Primaria	
Secundaria	
Sup. No Univ Incompleta	
Sup. No Univ Completa	
Sup. Univ Incompleta	
Sup. Univ Completa	

Categoría Ocupacional

Empleador	
Empleado	
Trabajador Independiente	
Trabajador Domestico	
Trabajador Fam. no Remunerado	
Desempleado	
Jubilado	

Ingreso Económico Promedio

< del sueldo mínimo	
Sueldo mínimo	
De uno a dos sueldo	
Más de dos sueldos	

Tiempo de Ostomía:

Un Mes	
Dos Meses	
Tres Meses	
Cuatro Meses	
Más de 4 meses	

ESCALA DE ADAPTACIÓN

Instrucciones: Marque con un aspa la respuesta que considere correcta.

N°	ÍTEMS	Siempre 3	Algunas veces 2	Nunca 1
1	Usted realiza de manera independiente la eliminación de las heces, el lavado y cambio de la bolsa de ostomía.			
2	Usted realiza personalmente el lavado del estoma y el cuidado la piel.			
3	A usted le resulta fácil realizar el cambio de la bolsa de ostomía.			
4	Usted puede resolver los problemas que se le presentan cuando lleva puesta la bolsa de ostomía o cuando la cambia, sin ayuda de otras personas.			
5	Usted siente que puede realizar su higiene personal: ducha, igual que antes de que presente el estoma.			
6	Usted sigue vistiéndose igual que antes de que le practiquen la cirugía y presente el estoma.			
7	Usted sigue con la misma dieta (cantidad, tipo, frecuencia, etc.) que consumía antes de presentar el estoma.			
8	Usted siente que puede manejar de forma adecuada las manifestaciones físicas (dificultad para conseguir el sueño, inquietud, nerviosismo) en caso se le presenten.			
9	Usted se siente triste, ansioso, deprimido por la presencia del estoma en su cuerpo.			
10	Usted sigue interesándose por su aspecto personal, llevando al estoma como algo propio, sin verlo como un impedimento.			
11	Se siente capaz de mirarse al espejo y aceptar la presencia del estoma en su cuerpo.			
12	Usted cree que sigue siendo una persona respetada y teniendo la misma autoridad a pesar del estoma que presenta, sin ser discriminado.			
13	Usted se presenta con sus familiares sin sentir vergüenza del qué dirán con respecto al estoma que presenta.			
14	Usted se presenta a sus amigos sin sentir vergüenza del qué dirán con respecto al estoma que presenta.			
15	Le da igual el hecho de que la gente se entere de su estoma.			

16	Considera usted que puede superar esta situación.			
17	Siente que cuenta con el apoyo de sus familiares en su nuevo estilo de vida.			
18	Siente que cuenta con el apoyo de sus amigos en su nuevo estilo de vida.			
19	Usted realiza sus actividades cotidianas como trabajo, viajes, paseos, juegos con sus hijos, etc., sin considerar al estoma como una carga limitante.			
20	Usted realiza sus actividades cotidianas de manera independiente sin sentirse una carga pesada para su familia y sociedad.			
21	Usted se relacione con personas que no conoce.			
22	Ha consultado con un especialista para que le ayude a superar esta nueva situación.			
23	Usted comparte con otras personas ostomizadas su experiencia para que la ayuden a superar la situación.			
24	Se siente capaz de tener actividad sexual ahora que tiene un estoma en su cuerpo.			
25	Mantiene relaciones sexuales con su pareja ahora que presenta un estoma.			

ANEXO 5

FICHA DE RESUMEN DE LA OPINIÓN DE LOS JUECES DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Programa educativo “adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao- 2015”

CRITERIOS	Jueces de expertos								suma	RESULTADO S
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0.03125
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?	1	1	0	1	0	1	1	1	6	0.109375
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625

0.571875 0.0571875

Se ha considerado:

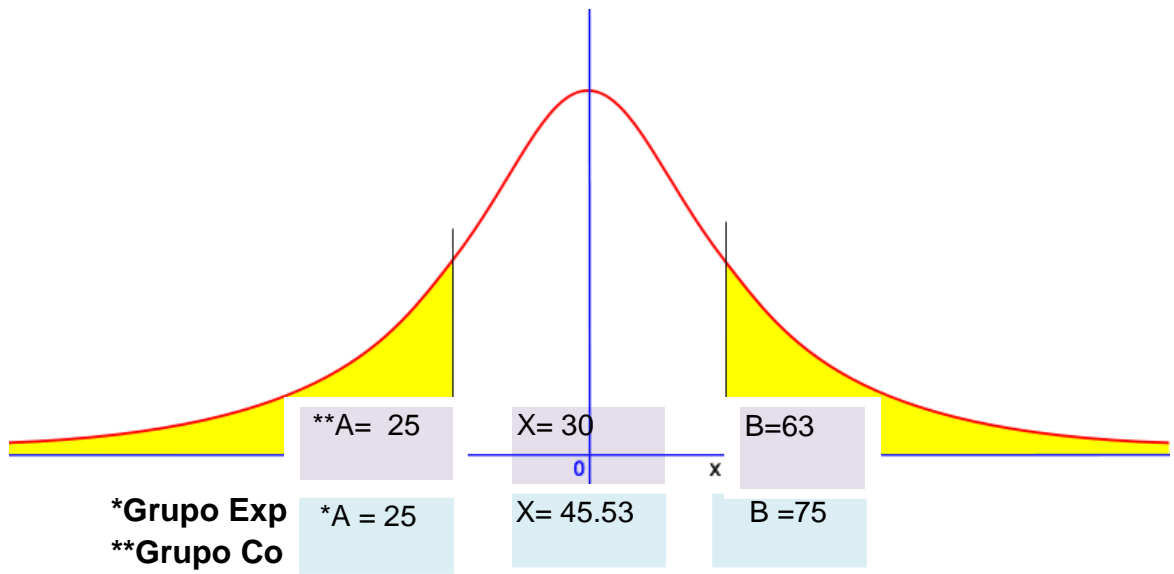
0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo: de acuerdo a los resultados obtenidos de los 10 ítems, son significativos por lo tanto el instrumento es válido según los jueces expertos: $P = 0.0571875$

ANEXO 6
ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO GRUPO EXPERIMENTAL
Y CONTROL

Regular: 25 a 40
 Bueno: 41 a 60
 Adecuado: 61 a 75



ANEXO 7

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN AL PACIENTE COLOSTOMIZADO HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

“ADECUÁNDOME A MI NUEVA REALIDAD”



TITULO DEL PROGRAMA: “Adecuándome a mi Nueva Realidad”

INTRODUCCIÓN

El programa de educativo “Adecuándome a mi Nueva Realidad” operado por el profesional de enfermería, conjuntamente con un equipo multidisciplinario del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao, durante el 2015, se fundamenta en un concepto de educación no tradicional orientado a formar a los pacientes y usuarios con los conocimientos, las capacidades y los valores necesarios para poder comprender y adaptarse al tratamiento de colostomía y participar en su recuperación, biopsicosocial. Este proceso, reclama la incorporación articulada y coherente de ciertos elementos pedagógicos consecuentes con este concepto de educación.

En este sentido, se necesita de una disposición constante y decidida para la innovación y el cambio así como para la participación y la construcción reflexiva y creativa; de un diferente abordaje metodológico. Ello, implica el empleo de técnicas y procedimientos para el aprendizaje posibiliten a los pacientes o agentes de aprendizaje aprovechar su tiempo, voluntad y potencialidades (sus intereses, necesidades y expectativas).

Esta concepción educativa debe fundamentarse en una filosofía que reconozca como significativa la toma de conciencia de la problemática particular que enfrentan los pacientes colostomizados para obtener una profunda y comprometida participación en sus procesos de aprendizaje personales y colectivos.

Desde la pedagogía se concibe a la educación como una práctica social de intervención orientada a la formación de sujetos sociales; práctica que encuentra en las teorías pedagógicas sus razonamientos y normas que la justifican y perfeccionan. Por ello, estos dispositivos deben estar contruidos con los mayores y mejores criterios de rigor y consistencia teórica, para estar en condiciones de fundamentar la sistematización de los ideales educativos y el correspondiente diseño de proyectos que posibiliten su logro.

- **OBJETIVO GENERAL:**

Lograr que los usuarios adquieran y/o mejoren sus conocimientos y despejen sus dudas respecto a la adaptación.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Lograr que los usuarios adquieran y/o incrementen su conocimiento sobre que es una estoma, sus características y tipos , causas, complicaciones más frecuentes.
- ✓ Lograr que los usuarios adquieran y/o incrementen su conocimiento y habilidades sobre Cuidado de la ostomía y piel periestomal, dispositivos entersetomales nutrición higiene vestimenta y sexualidad.

- ✓ Lograr que los usuarios adquieran y/o incrementen sus habilidades , interdependencia, desempeño de rol y auto concepto.

- **POBLACION DESTINATARIA:**

El programa de adaptación está dirigida a los usuarios colostomizados que se atienden en consultorios externos del HNDAC.

- **TECNICAS:**

- Exposición participativa
- Lluvia de ideas
- Tarjetas móviles
- Demostración y re demostración
- Phillips 95

- **RECURSOS HUMANOS:**

Expositora:

Mg. María Dolores Ramos Fiestas.

- **RECURSOS MATERIALES:**




- Rotafolio
- Tríptico
- Prototipo de Ostomias
- Plumones de colores, lapiceros
- Paleógrafos, cartulinas
- Equipo de sonido
- Dado interactivo
- Materiales de aseo
- Materiales de curación – bolsa de estoma
- Alimentos

- **LUGAR:**

- Sala de sesiones del 7° piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

- **DURACION:**

El tiempo requerido para la sesión es de 1 hora con 45 minutos.

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	METODOLOGÍA	MATERIAL DIDÁCTICO
<p data-bbox="320 255 491 394">I SESION Saludo y Presentación</p> <p data-bbox="320 551 491 689">1.: Generalidad es de la ostomización</p> <p data-bbox="320 1536 491 1603">Tipos de ostomia</p>	<p data-bbox="523 286 975 824">Buenos días señores soy la Mg. María Ramos y en esta oportunidad he venido a exponerles temas sobre la ostomización los tipos los factores las complicaciones más frecuentes y los cuidados que se deben de tener, para ello les pido a todas ustedes su colaboración en primer lugar los evaluare a cada uno con un test que contiene preguntas relacionados al tema que trataremos en todas las sesiones Adaptación física psicológica y social el test es de carácter Anónimo por lo que deben de contestar con sinceridad. El cual durara 25 minutos</p> <p data-bbox="523 864 975 1227">Señoresla Ostomía, es el término con que se designa el procedimiento quirúrgico que crea una apertura artificial en el cuerpo; que permite la comunicación entre un órgano interno y el exterior, con el fin de eliminar los productos de desecho del organismo. Esta apertura lleva el nombre de estoma, llamado así por ser una nueva apertura que se crea al exterior en la ostomía.</p> <p data-bbox="523 1267 975 1464">Asimismo la Ostomía Intestinal o Enterostomía, es la exteriorización del intestino a través de la pared abdominal a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal.</p> <p data-bbox="523 1505 975 1733">Las personas pueden presentar diferentes tipos de estomas que se clasifican de acuerdo a la función que cumplen tales como, de nutrición, de drenaje y de eliminación, además de acuerdo al tiempo de duración pueden ser temporales o permanentes.</p> <p data-bbox="523 1805 975 1966">Esta mañana se hablara de la ostomía intestinal: ileostomía y colostomía. Ileostomía es la sutura del íleon a la piel después de exteriorizarlo a través de la pared abdominal.</p>	<p data-bbox="1007 327 1185 472">Presentación y Examen (pre test)</p> <p data-bbox="1007 768 1185 1093">Lluvia de ideas (Se realizara en forma dinámica una dado para realizar las preguntas a los usuarios)</p> <p data-bbox="1007 1279 1185 1350">Exposición participativa.</p> <p data-bbox="1007 1760 1185 1832">Exposición participativa.</p>	  

Complicaciones

La colostomía es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal. Su ubicación es en el intestino grueso y dependiendo de la parte del colon en el que se ubique puede tomar el nombre de cecostomía que son pocos frecuentes; colostomía ascendente donde el estoma se localiza en el cuadrante superior derecho, realizándose ocasionalmente, en la colostomía transversa el estoma se localiza en la zona superior derecha del abdomen, en el punto medio entre el reborde costal y el ombligo, realizada con frecuencia en una cirugía de urgencia para descomprimir el colon; la colostomía descendente se sitúa en el cuadrante superior izquierdo del abdomen y por último la sigmoidostomía que es la más habitual, ubicada en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. A medida que la colostomía es más distal las heces son más sólidas y menos irritantes para la piel.

ILEOSTOMÍA	COLOSTOMÍA
Intestino delgado	Intestino grueso
Flujo semi-líquido o líquido	Flujo semi-sólido o pastoso
Riesgo alto de dermatitis	Riesgo bajo de dermatitis
Flujo continuo	Flujo discontinuo

Entre las complicaciones más comunes que se presentan en las personas ostomizadas tenemos:

Las Médicas, como:

✓ Diarrea, dada por el aumento de deposiciones, cuatro o más al día, de consistencia líquida. El cual puede surgir por múltiples causas; siendo las más frecuentes las infecciones, o también una recidiva de la enfermedad por la que se practicó la colostomía, o ingesta de medicamentos.

✓ Estreñimiento, es una complicación no común en pacientes

Lluvia de ideas en la exploración del conocimiento
(Se realizara en forma dinámica una pelota y un equipo de sonido para realizar las preguntas a las madres)

Expositiva participativa

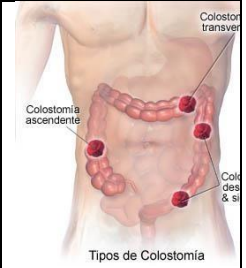





Fig. 1-4. Algunas de las complicaciones del estoma: a) Hemorragia; b) Protrusión; c) Dermatitis; d) Dermatitis.






	<p>con colostomías sigmoideas; aunque puede darse en casos raros.</p> <p>Las Complicaciones Inmediatas, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El edema, se produce por compresión de la pared abdominal o elementos artificiales, o incluso por uso inadecuado del electrocauterio. El edema de la mucosa de la colostomía es frecuente en los primeros días del postoperatorio, siendo fisiológico y debido al trauma quirúrgico. Desaparece tras los primeros días. ✓ La hemorragia, se produce en las primeras horas tras el término de la intervención. El origen del sangrado puede estar en la lesión de algún vaso submucoso o del tejido celular subcutáneo. Suelen ser hemorragias autolimitadas que ceden espontáneamente, con presión o con la sutura del vaso sangrante. ✓ La infección periestomal, suele ser más frecuente tras intervenciones de urgencia en las que las condiciones generales del paciente suelen ser peores. El grado de infección es variable. Se manifiesta por descarga de pus por la herida de la colostomía. En ocasiones la flemonización se extiende al tejido celular subcutáneo de un área más o menos extensa de la pared abdominal. La necrosis, es la suma de los cambios morfológicos consecutivos a la muerte celular, se da en el asa colostomizada pudiendo ser superficial o profunda según las capas que comprometa, y total o parcial según la porción circunferencial afectada. Es causada por trastornos circulatorios, los que pueden deberse a: lesión de vasos nutrientes, distensión postoperatoria, compresión por acción de la pared abdominal, intestino o mesocolon a tensión con tracción del eje vascular. ✓ La retracción, que es el hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal. En estos casos 	<p style="text-align: center;">Tarjetas móviles para reafirmar el conocimiento</p>	 
--	---	---	---

	<p>se puede producir un escape de heces que favorece la irritación de la piel.</p> <p>Complicaciones tardías son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estenosis: es el estrechamiento de la luz del estoma; se considera normal dentro de los primeros meses tras la intervención, se produce por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomales. ✓ Hernias, se tratan de una debilitación de la pared abdominal que empuja hacia afuera tanto al estoma como a la piel de su alrededor. ✓ El prolapso que consiste en la protusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo ✓ Dermatitis o irritación de la piel: periestomal que es un problema bastante frecuente que consiste en molestias y enrojecimiento de la piel que rodea el estoma. Generalmente, se produce por el contacto continuo de las heces con la piel cuando no coincide exactamente el tamaño del estoma con el del adhesivo, o por la retirada brusca de la misma. <p>Damos por finalizada la primera sesión, espero que haya sido de su agrado, cualquier duda, no tengan temor en preguntar yo les responderé gentilmente. Gracias.</p>		
--	---	--	---

○ **ESTRUCTURA DE SESIONES**

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	METODOLOGÍA	MATERIAL DIDÁCTICO
<p data-bbox="204 255 347 286">II SESION</p> <p data-bbox="161 331 325 398">Saludo y Presentación</p> <p data-bbox="161 882 368 949">Dispositivos Características</p> <p data-bbox="161 1435 236 1467">Tipos</p>	<p data-bbox="421 255 979 353">Buenos días señores hoy continuaremos con nuestras sesiones esta vez hablaremos sobre la adaptación fisiológica.</p> <p data-bbox="421 398 979 725">Señores estas son algunas de las preguntas más frecuentes que muchas veces nos las hacemos “que puedo hacer en cuanto al olor”, “este es muy penetrante” “impregna mi habitación” “mantener abiertas las ventanas y rociar la habitación no resuelve el problema, el olor parece adherirse al aire, a la ropa de cama y a mí”, “mis visitantes tratan de disimular, pero sus visitas son cada vez más raras, estoy seguro que se sienten molestos por el</p> <p data-bbox="421 770 979 994">Es importante que la persona con ostomia conozca que la salida de heces se producirá de una manera continua, ya que la estoma no tiene musculatura (esfínter) que nos permita controlarla. Por ello, será necesaria la utilización de un dispositivo que permita la recogida constante de las mismas.</p> <p data-bbox="421 1003 979 1061">El dispositivo debe de tener las siguientes características:</p> <ul data-bbox="469 1070 900 1308" style="list-style-type: none"> ✓ Un adhesivo protector de la piel. ✓ Seguros y fáciles de manejar. ✓ Cómodos y discretos. ✓ Impermeables al olor. ✓ Recortables y precortados. ✓ Filtro para gases. ✓ Transparentes u opacos. <p data-bbox="421 1375 979 1532">✓ Dispositivos cerrados: es cuando todo el contorno de la bolsa aparece sellado, sin que exista una abertura o válvula por la cual se pueda vaciar el contenido. Se utiliza para heces de consistencias sólidas.</p> <p data-bbox="421 1541 979 1666">✓ Dispositivo abierto: son aquellos que están abiertos por la parte inferior, de esta forma cuando la bolsa está llena puede vaciarse. Se utiliza para heces de consistencia liquida.</p> <p data-bbox="421 1711 979 1912">Estas a su vez pueden ser: Una pieza: La lámina adhesiva va unida a la bolsa recolectora, formando una sola unidad. Dos piezas: Están formados por dos elementos separados, la lámina adhesiva y la bolsa recolectora.</p> <p data-bbox="421 1944 979 2002">El dispositivo de colostomía está formado por una bolsa y una lámina adhesiva que se adhiere</p>	<p data-bbox="1023 443 1273 658">Lluvia de ideas (Se realizara en forma dinámica una dado para realizar las preguntas a los usuarios)</p> <p data-bbox="1054 882 1241 949">Exposición participativa.</p>	 

<p>Higiene estoma</p> <p>Pasos para realizar la higiene:</p> <p>Cambio de Bolsa:</p>	<p>a la piel, protegiéndola e impidiendo irritaciones por contacto con las heces. Las bolsas incorporan, además, un filtro que evita el mal olor producido por los gases.</p> <p>La higiene de su colostomía forma parte de su aseo personal diario. El estoma no es una herida, no es necesario utilizar guantes, gasas ni suero estéril.</p> <p>Para realizar la higiene debe contar con el siguiente material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositivo ✓ Bolsa de plástico para desechar el material sucio. ✓ Gasa o toalla suave. ✓ Jabón neutro. ✓ Agua. ✓ Espejo si fuera necesario, para verse el estoma. ✓ Tijeras. <p>Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). EVITE TIRONES. Retire los restos de heces de su colostomía ayudándose con la gasa. Limpie La colostomía y la piel de alrededor con la gasas, esta se inicia de adentro hacia afuera, sin regresar la gasa sucia a la zona ya limpiada. NO SE ALARME SI SU COLOSTOMÍA SANGRA DURANTE LA HIGIENE (puede suceder). Si persiste el sangrado presione ligeramente con la gasa humedecida en agua fría. Aclare y SEQUE la piel con gasa seca, a pequeños toques, EVITANDO FROTAR.</p> <p>UNA PIEZA: <i>Retire</i> el dispositivo de arriba hacia abajo con suavidad, sujetando al mismo tiempo la piel con los dedos de la mano libre para evitar que se lesione.</p> <p>Realice la higiene del estoma.</p>	<p>Exposición participativa.</p> <p>Expositiva participativa</p> <p>Demostración y re demostración</p>	
---	---	---	---

<p>Como evitar las fugas:</p>	<p>Mida el diámetro del estoma y escoja el tamaño adecuado de dispositivo. Si utiliza un dispositivo recortable, <i>recorte</i> la lámina adhesiva hasta el diámetro requerido. <i>Retire</i> el papel protector del adhesivo. <i>Coloque el dispositivo</i> centrándolo alrededor del estoma, y de abajo hacia arriba, hasta que quede perfectamente ajustado. <i>Presione</i> la lámina suavemente con la palma de la mano para activar el adhesivo con el calor.</p> <p>DOS PIEZAS: La lámina adhesiva puede mantenerse adherida a la piel, de forma general, entre 3-4 días, en los que sólo se procederá al cambio de la bolsa. Sin embargo, si observa signos de filtrado de heces, deberá cambiar el dispositivo completo. Para proceder al cambio completo del dispositivo (bolsa y lámina), debe seguir los siguientes pasos: Retire el dispositivo. Puede hacerlo de dos formas: quitando primero la bolsa y después la lámina con suavidad, o bien quitándolo todo junto, igual que si fuera de una pieza. Realice la higiene del estoma. Mida el diámetro de su estoma con la plantilla y escoja el diámetro adecuado con el fin de no dejar piel al descubierto, ya que la piel podría irritarse por el contacto con las heces. Si utiliza un dispositivo recortable, recorte la lámina adhesiva hasta el diámetro requerido. Retire el protector de la lámina adhesiva. Coloque la lámina adhesiva centrada alrededor del estoma y de abajo hacia arriba, presionando suavemente con la palma de la mano durante unos segundos para activar con el calor el adhesivo. Coloque a continuación la bolsa, ajustándola al aro de la lámina. Asegúrese de que está bien ajustada por todos los lados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una buena higiene del estoma y la piel. ✓ No dejar piel al descubierto que pueda entrar en contacto con las heces. ✓ Pedir asesoramiento profesional para elegir el dispositivo y los accesorios adecuados. ✓ Si tenemos algún pliegue o deformidad en la piel nos recomendarán alguna solución que haga más uniforme la superficie donde vamos a pegar la bolsa. 	<p style="text-align: center;">Simulador de estoma</p> <p style="text-align: center;">Demostración y re demostración</p>	    
--------------------------------------	--	--	---

Cuidado de la Piel Peristomal:

III SESION

✓ Si tenemos heridas en la piel podemos utilizar los polvos de hidocoloide. Son muy eficaces cuando se ha perdido la integridad de la piel, favoreciendo su cicatrización. La forma de aplicación es sencilla. Se espolvorean sobre la piel periestomal, se espera un momento para que queden adheridos a las zonas ulceradas, y se eliminan los restos con un soplido fuerte. A continuación podremos aplicar la pasta, o si esta no es necesaria, pegaremos la bolsa directamente.

✓ Intentar evitar las heces muy líquidas modificando hábitos alimenticios con una dieta más astringente.

✓ Intentar que las heces no sean demasiado duras o pastosas que pueden provocar un empastamiento de las heces en la parte superior de la bolsa provocando el desprendimiento de la misma y el contacto de la piel con la deposición.

Es muy importante mantener íntegra la piel periestomal, lo cual redundará en su comodidad y bienestar.
Para ello debe procurar:
Realizar una correcta higiene del estoma.
Ajustar el dispositivo perfectamente al estoma.
Evitar que quede piel al descubierto.
Retirar el dispositivo de forma suave, evitando tirones.
Si existe vello en el abdomen, debe cortarlo con tijeras, no rasurar con maquinilla.

Lo que se espera es que cada persona con un estoma, aproximadamente al mes de realizada la ostomía y si su evolución ha sido buena, consuma todos los alimentos que consumía antes de la cirugía.
En las primeras semanas será conveniente tomar cantidades moderadas a pequeñas de alimentos en todas las comidas, es aconsejable repartir los alimentos de 24 horas en 5 o 6 veces, poco se irá aumentando el volumen y reduciendo el número de comidas. Si tiene una colostomía izquierda, la normalización de la dieta será más rápida, en dos o tres semanas.

Exposición participativa

Expositiva participativa



Recomendaciones en la dieta de la persona ostomizada: Dietoterapia.

Durante las primeras semanas se deberán excluir algunas bebidas que pueden aumentar la frecuencia de las deposiciones como pueden ser el café, los jugos de frutas, las bebidas de cola y gaseosas.

La leche se puede tomar desde el principio salvo que existan problemas de intolerancia previos a la intervención quirúrgica.

Las verduras cocinadas y las hortalizas que se toman crudas, están prohibidas durante las primeras semanas en las colostomías derechas ya que aumentan la fluidez y la cantidad de las heces.

La dieta debe ser individualizada pero siempre equilibrada para evitar diarreas o estreñimiento. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.

Comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases.

Evita ayunar y saltar comidas. Omitir comidas aumenta la incidencia de evacuaciones acuosas y de gases.

Beber una cantidad suficiente de agua (2-3 litros/día), sobre todo entre las comidas.

Disminuir la utilización de la cafeína. Puede incrementar el contenido ácido de tu estómago y aumentar el tiempo de tránsito intestinal.

Utilizar la grasa en moderación incluyendo aquella usada en la preparación de la comida.

Para los gases existen productos que venden en el mercado desodorantes para la bolsa ya sea líquidos o en tabletas, hay bolsas que vienen con filtro para controlar los gases, se pueden remplazar cada dos días. Nota: Si tienes intolerancia a la grasa, utiliza alimentos libres de grasa.

La falta de hábitos higiénicos bucodentales genera alteraciones a dicho nivel (gingivitis, pérdida de piezas dentales...)

Los hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol pueden generar alteraciones nutricionales por la disminución del apetito que producen.

El alcohol puede interferir en la absorción de diversos nutrientes como el ácido fólico, vitamina B12, zinc, magnesio.

Expositiva participativa


Demostración y re demostración

Cómo realizar el cambio de dispositivo. 1 Pieza




Colostomía y alimentación

- No existe dieta especial
- Luego de un tiempo aprenderá qué alimentos le producen gas, constipación o efecto laxante.
- Los gases son normales, si quiere evitarlos debe evitar consumir huevos, repollo, espárragos o bebidas gaseosas.
- Se aconseja tomar mucha agua, evitar alimentos con lactosa, disminuir el consumo de grasas y comer la fruta cocida.

Alimentación en pacientes ostomizados:	<p>Alimentos que contribuyen a la formación de gas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Judías, lentejas, frijoles. ✓ Col, rábano, cebolla, brócoli, coliflor, pepino. ✓ Ciruelas pasas, manzana, pasas, plátano. ✓ Cereales con salvado, salvado de cereales ✓ Alimentos con elevado contenido de lactosa: leche, helado, crema helada, nata. ✓ Los edulcorantes artificiales denominados como sorbitol y manitol, contenidos en algunos dulces dietéticos y gomas ✓ Alimentos con elevado contenido en grasa. <p>Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Legumbres. ✓ Cebollas y ajos. ✓ Col y coliflor. ✓ Frutos secos (nueces, almendras, avellanas) ✓ Espárragos y alcachofas. ✓ Huevos. ✓ Cerveza y bebidas con gas. ✓ Carne de cerdo. <p>Alimentos que inhiben el olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantequilla. ✓ Yogurt. ✓ Queso fresco. ✓ Cítricos ✓ Perejil. ✓ Menta. <p>Alimentos aconsejados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frutas y verduras. <input type="checkbox"/> Pescados y aves. <input type="checkbox"/> Pastas y arroces. <input type="checkbox"/> Leche y derivados. <p>Alimentos que se deben evitar:</p>	Expositiva participativa	
---	--	---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carne de cerdo y charcutería. <input type="checkbox"/> Grasas. <input type="checkbox"/> Picantes. <input type="checkbox"/> Alcohol y bebidas gaseosas. <p>Para aliviar la diarrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elimine de su dieta las verduras sobre todo acelgas y espinacas, legumbres como son las lentejas y garbanzos, y los jugos sobre todo el de naranja. <input type="checkbox"/> Beba abundantes líquidos como mínimo 2 litros a temperatura ambiente. <input type="checkbox"/> Evite tomar alcohol, café y fritos. <input type="checkbox"/> Cuando la diarrea comience a disminuir incorporar el yogurt, dos veces al día, para reponer la flora intestinal, comience a incorporar alimentos poco a poco. <input type="checkbox"/> Consulte a su médico si la diarrea es continua. <p>Alimentos que ayudan a espesar las heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pan blanco fresco o tostado <input type="checkbox"/> Arroz blanco <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Manzana (hervida, horno, en compota) <input type="checkbox"/> Plátano <input type="checkbox"/> Membrillo. <p><input type="checkbox"/> Puede tomarse té en caso de diarreas u otro tipo de infusiones y bebidas pero evitando las que tienen gas ya que puede crear molestias y llenar la bolsa.</p> <p><input type="checkbox"/> Agrega nuevos alimentos gradualmente a tu dieta para determinar su efecto sobre el manejo de la ostomía. Agrega un alimento nuevo cada tres días para tener un control más exacto de puntos de tolerancia.</p> <p>Para el control del estreñimiento: Hay personas que se benefician de la introducción de fibra soluble que se encuentra mayoritariamente en frutas.</p> <p>Usted puede llevar el mismo tipo de ropa que antes de la operación. Sólo si su estoma queda justo en la cintura, su pantalón/falda deberá quedar por arriba para evitar frotarlo y con ello lastimarlo. Solamente deben evitarse aquellas prendas que compriman en exceso el estoma. Además, las bolsas actuales son delgadas y se ajustan al cuerpo, que es probable que nadie se dé cuenta de que lleva una bolsa, a menos que usted lo diga.</p> <p>Consejos de estilo de vida:</p>		
--	--	--	--


<p>VESTIMENTA:</p>	<p>Escoja trajes de baño con dibujos en vez de trajes de un solo color. Los hombres pueden llevar tirantes. Las mujeres pueden llevar medias, pantalón o fajas, pero dejando pasar la bolsa a través de un orificio (para que no se atrape la orina y/o materia fecal).</p> <p>La sexualidad son un conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y deseo sexual, comprende tanto el impulso sexual como aspectos de la relación psicológica del propio cuerpo y rol social. La sexualidad es una de las necesidades básicas de las personas, por lo tanto, es innata y muy importante para la calidad de vida de la persona.</p> <p>Varón</p> <p>Excepto por tener que tener un buen control de su ostomía, las relaciones íntimas requieren exactamente lo mismo que en cualquier persona. De todas formas, muchos ostomizados varones tienen problemas con el sexo por problemas psicológicos. Es difícil diferenciar en muchas ocasiones los problemas psicológicos de los físicos. En el periodo postoperatorio inmediato se pueden dar las siguientes preocupaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ansiedad o miedo sobre la capacidad de realizar el acto sexual, la atracción hacia su cuerpo que ha cambiado, la posibilidad de mal olor y la seguridad de la bolsa de evacuación. o Falta de fuerzas para realizar la cópula. o Depresión posquirúrgica que se da con relativa frecuencia. o Problemas por la medicación. <p>Es importante que la persona ostomizada y su pareja sean conscientes que es normal un periodo de impotencia sexual, pero es temporal y debido, normalmente, a las razones expuestas. Esto no significa que la pareja debe evitar hacer el amor. El sexo no es sólo erecciones y orgasmo. La intimidad, el juego o las caricias, puede ser encantador. Una persona que coopera es la que toma a su pareja ostomizada con calor, dulzura y paciencia. Realizar las actividades que a ambos</p>		
---------------------------	---	--	--


	<p>hospital. Debe hacer saber a su pareja lo que puede esperar de usted sobre sexo e intimidad. Las mujeres mientras se recuperan de la ostomía, se preocupan de muchas cosas; cómo la mirarán, si todavía resultan atractivas, si habrá dolor, cómo manejar la bolsa antes, durante y después de realizar el amor. Recuerde que su atractivo no depende de una parte de su cuerpo.</p> <p>Si la ha quitado el recto, la posición y la estructura de su vagina pueden haber cambiado, por lo que para algunas mujeres puede ser incómodo e incluso doloroso. El dolor bloquea unas buenas relaciones sexuales; el área rectal y genital es una zona muy rica en vasos sanguíneos y nervios, una zona especialmente sensible, especialmente si ha habido contusión e inflamación. Toma su tiempo la curación. La mayoría de las mujeres que han experimentado una cópula dolorosa después de la intervención, dicen que el dolor disminuye con el tiempo, por recuperación de los niveles hormonales o por la utilización de lubricantes, etc.</p> <p>Una relación íntima es aquella en la que lo importante es lo bien que se encuentren los dos, el grado de compenetración que exista, la confianza, el cariño y la comprensión, y pensar siempre que las sensaciones de su pareja son verdaderas y no deben ser negadas.</p> <p>Deseo: usted puede experimentar poco o ningún deseo hacia el sexo. Un cambio en la imagen corporal y una disminución de la autoestima interfieren en las relaciones de pareja. La fatiga, la depresión, la ansiedad o la cólera, pueden interferir en el deseo.</p> <p>Pérdida y pena: la cirugía supone un cambio importante en su cuerpo; aunque la cirugía haya supuesto curar una enfermedad que ponía en peligro su vida, también supone la pérdida de una función natural del cuerpo. Frecuentemente, la pérdida se experimenta como cólera o miedo.</p> <p>Imagen corporal: la imagen corporal es la maneja como nos vemos en el espejo y gustarnos lo que vemos. Aunque el cambio le parezca tan grande a usted, la mayoría de los demás no ven la ostomía como un cambio importante en la persona que aman.</p> <p>Medicaciones: las drogas tomadas durante la enfermedad y la cirugía pueden afectar el</p>		
--	--	--	--



<p>Factores que pueden influir</p>	<p>comportamiento sexual. Cada persona reacciona de una manera a la medicación.</p> <p>Procedimientos quirúrgicos: si se ha extirpado el recto, puede haber sensaciones diferentes durante la cópula. En algunas mujeres hay cambio en el ángulo de la vagina y el orgasmo ser más difícil de conseguir. Si se ha recibido radioterapia, puede haber sequedad vaginal.</p> <p>Reinicio de las relaciones sexuales</p> <p>Comunicación 91</p> <p>Compartir información puede no ser fácil, pero si usted está con alguien con el que desea compartir una relación sexual, entonces debe decidir cuándo y qué cantidad de información desea compartir sobre su operación. Muchas parejas de un ostomizado pueden tener sensaciones de cólera y resentimiento hacia su compañero enfermo. Estas sensaciones son normales y hasta que se han expresado y se han resuelto, los dos pueden sentirse culpables. No hay nada más frustrante y doloroso que tratar con una pareja que rechace hablar de temas tan importantes en una relación como son el sexo, los enfados, el rechazo o, incluso de la propia ostomía.</p> <p>La comunicación entre el ostomizado y su pareja es de vital importancia, así como la comunicación con el equipo médico. Si los problemas sexuales aparecen, debe buscarse el asesoramiento y ayuda de un experto.</p> <p>Higiene</p> <p>Antes de mantener unas relaciones íntimas se debe controlar la higiene personal, aunque una buena higiene personal debe mantenerse siempre.</p> <p>La bolsa debe estar perfectamente limpia y sujeta con seguridad; debe estar libre de olor y preferiblemente que sea opaca y si es transparente utilice una cubierta. A menos que el sexo sea totalmente espontáneo, la bolsa se debe vaciar previamente.</p> <p>La bolsa se puede cubrir, si lo desea, con un camisón y en el hombre hay una especie de faja que esconde la bolsa. Hay muchos productos disponibles que puede utilizar si se encuentra más cómodo.</p> <p>La ostomía, evidentemente, también se da en el colectivo homosexual, en donde se dan las mismas preocupaciones, temores y ansiedades. Aplique los mismos principios para hacer frente</p>		
---	---	--	--

	<p>al rechazo y a la preparación al sexo. Como el cierre del ano puede presentar un problema sexual en las personas que se han sometido a una Ileostomía o a una Colostomía, es necesario cambiar las actitudes sexuales; háblelo con su pareja, pues la comunicación siempre será el principal camino para que una relación tenga éxito.</p> <p>Embarazo y contracepción</p> <p>En la mujer joven, el estoma no es un impedimento para tener hijos. Indudablemente el embarazo conlleva un riesgo que deberá ser valorado por el médico y la pareja. En cuanto a los cuidados cotidianos del estoma, hay que saber que aumenta el volumen abdominal y que puede precisar ayude para los mismos.</p> <p>En las gestantes ileostomizadas puede aparecer anemia a comienzo del embarazo u oclusión intestinal que requiere ingreso hospitalario.</p> <p>Con respecto a la contracepción hay que tener en cuenta que pueden existir problemas de absorción con los anticonceptivos orales. Habrá que recomendar que contacte con su ginecólogo para que le recomiende el método anticonceptivo más adecuado</p> <p>El parto por vía vaginal es posible, pero en muchas ocasiones se opta por realizar una cesárea. Es importante que su ginecólogo consulte con el cirujano que le practicó la ostomía para decidir que opción tomar.</p> <p>“Las mujeres que han sido sometidas a una cirugía de ostomía no se pueden embarazar.” Los estudios han demostrado que las mujeres con estomas pueden embarazarse y de hecho se embarazan y tienen bebés saludables. Sin embargo, deben llevar un seguimiento cuidadoso por un especialista.</p> <p>“Jamás alguien me amaré de nuevo porque tengo un estoma.” Es razonable sentirse así. Las mujeres que han perdido un seno por un cáncer de mama y los hombres que han perdido una extremidad se sienten igual. Pero como cualquier cosa en la vida, tu actitud y como te tratas a ti mismo dará la pauta de cómo te tratará tu compañero. Si te sientes cómoda, libre y aceptas tu “nuevo” cuerpo, tu compañero se sentirá de la misma forma.</p> <p>“Nunca tendré una erección de nuevo.” Sino logras tener una erección la primera vez que lo</p>		
--	---	--	--

<p>Mitos y Leyendas:</p>	<p>intentas después de la cirugía de ostromía, no te convenzas de que será así para siempre. Descansa, relájate, recupera tu fuerza e inténtalo otra vez. Si el problema persiste, habla con tu médico.</p> <p>“Un hombre debe eyacular para tener un orgasmo.” Es posible que un hombre tenga un orgasmo sin eyacular. Esto se denomina un “orgasmo 93</p> <p>seco”. La mayoría de los hombres a los que le ocurre esto no sienten dolor y dicen que la intensidad de su placer permanece igual o, poco menos que antes de la cirugía.</p> <p>“El olor de mi estoma será algo negativo para mi pareja.” Si notas que tienes mal olor corporal, utilizas un desodorante para las axilas, ¿no? Pues si tienes una ostromía, debes utilizar uno de los desodorantes que hay para ostromía en el mercado. Algunos se utilizan en la bolsa. Mantener tu cuerpo y tu dispositivo de recogida de heces limpio y fresco, junto con el uso adecuado de un desodorante te debe mantenerte libre de preocupaciones sobre el olor.</p> <p>“Los movimientos corporales y la presión de nuestros cuerpos durante la práctica sexual lastimarán mi estoma.” Debes estar tranquilo y asegurarle a tu pareja que el contacto corporal cercano y el movimiento durante la práctica sexual no dañarán el estoma. Sin embargo, “nada” (dedos, objetos) debe meterse al estoma. No es un órgano sexual.</p>		
--------------------------	--	--	--

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	METODOLOGÍA	MATERIAL DIDÁCTICO
<p>IV SESION</p> <p>Saludo y Presentación</p> <p>El Auto concepto</p> <p>Técnicas para mejorar el auto concepto</p> <p>El Auto concepto</p>	<p>Buenos días señores continuaremos con nuestras sesiones esta vez hablaremos sobre la adaptación Psicológica y social .</p> <p>Conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; el cual se forma por la percepción interna y por las percepciones de las reacciones de los demás individuos.</p> <p>Es por ello que es importante que usted tenga un auto concepto positivo; ya que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es importante porque es el primer paso en creer en usted mismo. Si usted no cree en usted mismo, otras personas no creerán en usted. ✓ Permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, generosidad y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos. ✓ Porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental. El autoconcepto es la idea que usted tiene de sí mismo. Es cuanto usted se valora y cuán importante piensa que es usted. ✓ El desarrollo de la autoestima positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas. <p>Escuchase a usted mismo más que a los demás: Analiza con cuidado las opiniones de los demás sobre usted, usted y solo usted es quien debe tomar la última decisión acerca de ti.</p> <p>Convierte lo negativo en positivo: Nunca pierdas las ganas de pensar en positivo, invierte todo lo que parezca mal o que no tiene solución.</p> <p>Convertidos en afirmaciones:</p> <p>“Tengo cosas importantes que decir”</p> <p>“Tengo éxito cuando me lo propongo”</p> <p>“Haré realidad mis sueños”</p> <p>¡Soy bueno!</p> <p>Conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; el cual se forma por la percepción interna y por las percepciones de las reacciones de los demás individuos.</p>	<p>Exposición participativa.</p> <p>Exposición participativa.</p> <p>Phillips 95</p>	

	<p>En tal sentido la persona con ostomía, desde que es informado del diagnóstico y de la intervención quirúrgica que se le ha de realizar se ve sometido a un intenso estrés emocional. Posteriormente cuando descubre la ostomía en su cuerpo, se encuentra en una situación física no deseada y desconocida que origina una sensación importante de pérdida y afectación de la imagen corporal y de la autoestima. Es por ello que es importante que usted tenga un auto concepto positivo; ya que:</p> <p>Es importante porque es el primer paso en creer en usted mismo. Si usted no cree en usted mismo, otras personas no creerán en usted. Permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, generosidad y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos.</p> <p>Porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental. El autoconcepto es la idea que usted tiene de sí mismo. Es cuanto usted se valora y cuán importante piensa que es usted. El desarrollo de la autoestima positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas.</p> <p>Mensajes negativos: “No hables” “No puedo hacer nada” “No esperes demasiado” “No soy suficientemente bueno”</p> <p>Dese una oportunidad y reconozca tus cualidades; puedes pensar en 5 ejemplos que te hace especial, por ejemplo: Soy sincero, mis jefes siempre confían en mí, amigable, me encanta bailar, experto en la cocina. Siempre tenemos cualidades en que podemos destacar, algunas hasta el momento ni siquiera las hemos descubierto.</p> <p>Acéptese tal y como es, sin aprobar dentro de usted los comportamientos bajos: La aceptación es la base de la seguridad, la confianza, el amor y el autoestima. Aceptarse e a</p>	<p>Exposición participativa.</p> <p>Phillips 95</p>	
--	--	---	---

<p>Desempeño de rol:</p> <p>Interdependencia</p> <p>Sistemas de pares y soporte - social</p>	<p>sí mismo implica conocerse, que importa si el lunar que tienes en la cara no le guste a los demás, analiza el resto de las partes de tu cuerpo y vera que ellas están funcionando bien. Me debo comportar a mi manera siempre que ello no moleste a los demás.</p> <p>Acepte sus sentimientos: Cuando alguien te hace una broma, sonríe. Trata de disfrutar prácticamente de todo. Y si a veces hay cosas que te puedan poner triste, piensa que eso es pura casualidad, y que eso tendrá que pasar porque la vida se ha inventado para vivirla lo mejor que podamos.</p> <p>Cuidase a usted mismo (a): Aprende a ser independiente, y a no depender de los demás. Las parejas sobreviven más tiempo cuando ambos tratan de ser lo más independientes el uno del otro.</p> <p>La confianza: Cuando nos perciben como dignos de confianza, los demás estarán dispuestos a ser honestos y abiertos con nosotros. Di elogios con honestidad. Acepta y respeta las diferencias. Respeta tus fronteras y las fronteras de los demás. Se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad; describiéndose como el conjunto de expectativas que se tiene del comportamiento de una persona que ocupa una posición, hacia otra persona que ocupa otra posición.</p> <p>La necesidad básica, en la que subyace este modo de adaptación es la integridad social; que significa la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.</p> <p>Se centra en las relaciones cercanas de las personas y en su finalidad, estructura y desarrollo. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones; de este modo, dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia. La primera relación es con los individuos significativos que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo; y la segunda, que incluye a los sistemas de apoyo, es decir los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia.</p>	<p>Phillips 95</p>	 
---	--	---------------------------	---

	<p>Hacerse cargo, en la medida de lo posible, de sus propios cuidados. Hablar con su familia y comparta sus sentimientos. Tratar de volver lo antes posible a su vida habitual.</p> <p>El Trabajo: Iniciarlo cuanto haya pasado el periodo lógico de recuperación, y ya no sienta cansancio ni debilidad.</p> <p>Los Deportes: Es beneficioso para desarrollar las mismas actividades sociales que le gustaban realizar antes de la operación (ir al cine, al teatro, a cenar con sus amigos...). La práctica de deporte no está contraindicada por ser portador de una colostomía. Se debe comenzar de forma progresiva y en función de su estado de salud.</p> <p>Los Viajes: Podrá seguir viajando siempre que lo desee. Bastará con llevar los materiales necesarios para su autocuidado durante el período en que se encuentre fuera de casa. Durante el viaje, es recomendable llevar material de recambio en el equipaje de mano. Si planifica viajar ha de tener la precaución de incluir en su equipaje todo el material necesario para el cuidado de su estoma. Los hombres y mujeres pueden llevar trajes atractivos y de moda. Con excepción de las demasiado ajustadas, no se necesitan hacer ajustes en cuanto al tipo de prendas que se llevan. Se recomienda las mujeres que usen fajas sin varillas, para no lesionar el estoma, se prefiere las de material ligero y extensible como la lycra. No es aconsejable practicar un orificio en la ropa para protrusión del estoma cuando se pone el objeto del vestido.</p> <p>Reuniones familiares:Es la vuelta a la vida social las actividades de ocio o comenzar a trabajar. Todo ello exige un esfuerzo de reajuste para ir superando las dificultades que impone su nueva condición no se aleje de sus seres queridos al principio ustedes pueden sentir que son un molestia para ellos pero no es así recuerden que</p>		
--	---	--	--

	<p>la familia es lo más parecido a ustedes y que ellos son los primeros que estar con usted, Asista a los cumpleaños, bautizos, matrimonios solo debe tener en cuenta en lo sugerido anteriormente respecto a la vestimenta, alimentación, el baile ayuda mucho a mejorar el estado de ánimo y mejor la eliminación de las heces disminuye la producción de gases para ello también se debe tener en cuenta que la actividad física es buena cuidado evitar que la bolsa se desprenda</p> <p>Bibliografía: Agapito, Karla; Reaño, Liz. realizaron el estudio titulado: Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo Perú. . [Serie revista en Internet] 2014 Fecha De Acceso [15 De Junio 2014] Disponible en : http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu102b.pdf</p>		
--	---	--	--

ANEXO 08

BASE DE DATOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

PRE- EXPERIMENTAL																																		
ANTES																																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		cod		11	12	13	14	15	16	17	18		cod	19	20	21	22	23	24	25		cod		cod
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	7	1	25	1	
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3		3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	3	3	3	3	3	3	21	3	75	3	
3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	12	1		1	2	1	1	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	7	1	29	1	
4	2	3	2	1	2	3	1	2	1	1	18	2		1	1	3	2	1	3	3	1	15	2	2	2	1	1	1	2	1	10	1	43	2
5	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	15	1		2	1	1	2	1	1	2	1	11	1	1	2	1	2	1	2	1	10	1	36	1
6	1	3	3	1	2	3	3	3	2	2	23	2		1	1	2	1	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	2	9	1	42	2	
7	1	2	2	2	2	2	2	3	1	1	18	2		1	1	1	2	2	3	3	2	15	2	2	2	2	1	1	1	1	10	1	43	2
8	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	12	1		1	1	2	1	1	1	1	2	10	1	1	1	2	1	2	2	2	11	1	33	1
9	3	2	3	2	2	2	2	3	1	3	23	2		3	2	2	3	2	2	3	2	19	2	3	2	3	3	3	3	1	18	3	60	3
10	2	2	3	1	3	3	3	1	2	1	21	2		2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	3	1	1	1	2	1	10	1	46	2	
11	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	12	1		2	1	1	2	2	1	1	1	11	1	1	1	1	2	1	2	9	1	32	1	
12	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	12	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	2	1	1	1	2	9	1	29	1	
13	1	2	2	2	1	2	3	1	3	1	18	2		1	1	2	2	1	3	2	1	13	1	2	2	1	2	1	2	1	11	1	42	2
14	2	1	2	2	2	1	3	2	1	1	17	2		1	1	2	1	2	3	3	1	14	2	2	2	2	1	2	1	1	11	1	42	2
15	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	12	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	29	1
16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	12	1		2	1	3	1	2	1	3	3	16	2	3	3	3	3	1	1	2	16	2	44	2
17	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	13	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	2	1	1	3	2	1	1	11	1	32	1
18	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	18	2		3	1	2	1	2	3	2	3	17	2	1	2	2	1	1	2	1	10	1	45	2
19	1	2	2	3	1	3	2	3	1	1	19	2		1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	2	3	2	1	2	12	2	40	1
20	2	3	2	3	1	3	2	1	2	3	22	2		3	1	3	2	2	3	2	1	17	2	2	3	3	1	2	3	3	17	3	56	2
21	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	14	1		1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	1	2	1	2	1	1	2	10	1	33	1

22	2	1	2	2	3	1	2	2	1	2	18	2		1	2	3	2	2	1	3	3	17	2		2	2	2	1	2	2	1	12	2	47	2
23	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	14	1		2	1	1	1	2	1	1	1	10	1		1	1	1	1	1	2	2	9	1	33	1
24	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	1		2	2	1	1	3	1	1	1	12	1		1	1	2	1	1	1	1	8	1	31	1
25	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	26	3		2	3	3	2	3	3	3	2	21	3		3	2	3	2	3	2	2	17	3	64	3

POST-EXPERIMENTAL- DESPUES																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		cod		11	12	13	14	15	16	17	18		cod		19	20	21	22	23	24	25		cod		cod
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	1		1	1	1	1	1	1	1	7	1	25	1
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3		3	3	3	3	3	3	3	3	24	3		3	3	3	3	3	3	3	21	3	75	3
3	1	2	3	1	3	2	1	1	2	2	18	2		2	2	1	1	2	2	2	1	13	1		2	3	1	3	1	1	2	13	2	44	2
4	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	16	1		2	2	2	2	3	2	3	3	19	2		3	2	2	2	2	2	3	16	2	51	2
5	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	18	2		2	2	1	2	1	3	3	2	16	2		2	2	2	2	2	2	3	15	2	49	2
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3		1	3	3	2	3	3	3	1	19	2		1	1	2	1	2	2	2	11	1	60	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3		2	2	3	3	2	2	3	3	20	3		2	2	2	3	1	2	1	13	2	63	3
8	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	27	3		3	3	2	2	3	3	3	2	21	3		3	2	2	3	2	2	2	16	2	64	3
9	3	2	3	3	3	1	2	2	1	1	21	2		2	2	2	1	2	1	2	1	13	1		1	3	1	3	3	1	3	15	2	49	2
10	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	22	2		1	1	2	2	1	3	1	3	14	2		3	3	3	2	3	2	1	17	3	53	2
11	1	2	3	3	3	3	1	2	3	2	23	2		2	3	2	2	2	3	3	3	20	3		2	3	3	2	3	3	2	18	3	61	3
12	1	2	1	1	3	2	3	1	3	2	19	2		2	2	3	1	2	3	2	3	18	2		2	2	3	2	1	1	2	13	2	50	2
13	1	2	1	2	1	1	1	1	3	1	14	1		3	3	3	3	3	3	3	3	24	3		3	3	3	3	3	3	3	21	3	59	3
14	2	3	1	2	3	1	1	2	3	2	20	2		2	1	2	3	2	1	2	3	16	2		2	1	2	1	2	3	3	14	2	50	2
15	3	3	2	3	1	2	3	3	3	1	24	3		2	2	3	3	1	3	2	3	19	2		3	2	3	2	2	3	1	16	2	59	3
16	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	26	3		2	3	1	2	2	1	2	3	16	2		3	3	3	3	1	1	2	16	2	58	2
17	1	2	1	3	3	1	2	1	3	1	18	2		2	3	3	2	1	3	2	3	19	2		2	2	3	1	2	1	1	12	2	49	2
18	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	28	3		2	3	2	3	2	3	3	1	19	2		1	2	1	3	1	3	1	12	2	59	3
19	3	3	3	1	3	2	1	1	3	3	23	2		1	2	1	1	3	2	3	3	16	2		1	1	3	3	2	3	3	16	2	55	2

20	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	27	3		2	2	3	2	2	1	2	1	15	2		2	1	3	1	2	1	1	11	1	53	2
21	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	19	2		3	3	3	3	2	2	2	2	20	3		3	3	3	3	3	3	3	21	3	60	3
22	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	22	2		2	2	1	2	2	1	2	2	14	2		1	2	1	1	1	1	3	10	1	46	2
23	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	25	3		2	1	1	1	2	3	1	3	14	2		3	1	3	3	3	2	2	17	3	56	2
24	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	27	3		2	2	1	2	1	3	1	3	15	2		3	3	2	3	3	3	3	20	3	62	3
25	2	3	2	3	1	3	3	3	2	2	24	3		2	3	1	2	3	1	1	2	15	2		3	2	1	3	3	2	3	17	3	56	2

BASE DE DATOS DEL GRUPO CONTROL

PRE-CONTROL-ANTES																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		cod	11	12	13	14	15	16	17	18		cod	19	20	21	22	23	24	25		cod		cod
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	7	1	25	1	
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	3	3	3	3	3	3	21	3	75	3	
3	1	2	3	1	3	2	1	1	2	2	18	2	2	2	1	1	2	2	2	1	13	1	2	3	1	3	1	1	2	13	2	44	2
4	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	26	3	2	2	2	2	3	2	3	3	19	2	3	2	2	2	2	2	3	16	2	61	3
5	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	18	2	2	2	1	2	1	3	3	2	16	2	2	2	2	2	2	3	15	2	49	2	
6	1	1	3	3	3	2	1	1	1	2	18	2	1	1	2	2	2	1	1	1	11	1	1	1	2	1	2	2	11	1	40	1	
7	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	25	3	2	2	3	3	2	2	3	3	20	3	2	2	2	3	1	2	1	13	2	58	2
8	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	27	3	3	3	2	2	3	3	3	2	21	3	3	2	2	3	2	2	16	2	64	3	
9	3	2	3	3	3	1	2	2	1	1	21	2	2	2	2	1	2	1	2	1	13	1	1	3	1	3	3	1	3	15	2	49	2
10	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	22	2	1	1	2	2	1	3	1	3	14	2	3	3	3	2	3	2	1	17	3	53	2
11	1	2	3	3	3	3	1	2	3	2	23	2	2	3	2	2	2	3	3	3	20	3	2	3	3	2	3	3	2	18	3	61	3
12	1	2	1	1	3	2	3	1	3	2	19	2	2	2	3	1	2	3	2	3	18	2	2	2	3	2	1	1	2	13	2	50	2
13	1	3	1	3	1	2	3	3	3	1	21	2	2	3	3	3	2	3	2	3	21	3	3	2	3	3	2	3	3	19	3	61	3

5	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	8	2		2	2	1	2	1	3	3	2	1	6	2		2	2	2		2	2	2	3	15	2		49	2
6	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	5	3		3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3		3	1	2		1	2	2	2	13	2		60	3
7	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	5	3		2	2	3	3	2	2	3	3	0	3		2	2	2		3	1	2	1	13	2		58	2	
8	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	7	3		3	3	2	2	3	3	3	2	1	3		3	2	2		3	2	2	2	16	2		64	3	
9	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1		2	2	2	1	2	1	2	1	3	1		1	3	1		3	3	1	3	15	2		40	1	
0	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2		1	3	2	2	3	3	1	3	8	2		3	3	3		2	3	2	3	19	3		59	3	
1	1	2	3	3	3	3	1	2	3	2	3	2		2	3	2	2	2	3	3	3	0	3		2	3	3		2	3	3	2	18	3		61	3	
1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2		2	2	3	1	2	3	2	3	8	2		2	1	1		2	1	1	2	10	1		40	1	
1	3	1	3	1	3	1	2	3	3	3	1	1		2	3	3	3	2	3	2	3	1	3		3	2	3		3	2	3	3	19	3		61	3	
1	4	2	3	1	2	3	1	1	2	3	2	0		2	1	2	3	2	1	2	3	6	2		2	3	2		3	2	3	3	18	3		54	2	
1	5	3	3	2	3	1	2	3	3	3	1	4		2	2	3	3	1	3	2	3	9	2		3	2	3		2	2	3	1	16	2		59	3	
1	6	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	6		2	3	1	2	2	1	2	3	6	2		3	3	3		3	1	1	2	16	2		58	2	
1	7	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	6		2	3	3	2	1	3	2	3	9	2		2	2	3		3	3	3	3	19	3		64	3	
1	8	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	5		2	3	2	1	2	1	3	3	7	2		1	2	1		3	1	3	1	12	2		54	2	
1	9	3	3	3	1	3	2	1	1	3	3	3		1	2	1	1	3	2	3	3	6	2		1	1	3		3	2	3	3	16	2		55	2	

20	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	2	7	3		2	2	3	2	2	1	2	1	1	5	2		2	2	3		3	3	3	3	3	19	3		61	3
21	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	9	2	2		3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2		2	2	3		2	3	3	3	18	3		59	3
22	1	3	3	1	2	3	3	3	3	3	5	3	3		3	3	1	2	3	3	3	3	1	3	3	3		1	3	3		3	3	3	3	19	3		65	3
23	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5	3	2		2	1	1	1	2	3	1	3	1	4	2		3	1	3		3	3	2	2	17	3		56	2	
24	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	7	3	2		2	2	1	2	1	3	1	3	1	5	2		1	3	2		1	3	3	1	14	2		56	2	
25	2	3	2	3	1	3	3	3	2	2	4	3	2		2	3	1	2	3	1	1	2	1	5	2		3	2	1		3	3	2	3	17	3		56	2	