



Afrontamiento de los pacientes colostomizados en las actividades de la vida diaria

Ivana A. Eraso

Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud, Sede Buenos Aires

M3-17-48 – Trabajo final

Cesar Hugo Navarro

20 de marzo de 2023

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Problema Científico	8
<i>Problema general</i>	<i>8</i>
<i>Problemas secundarios.....</i>	<i>8</i>
Relevancia.....	10
<i>Relevancia teórica.....</i>	<i>10</i>
<i>Relevancia práctica.....</i>	<i>10</i>
<i>Justificación de conveniencia y relevancia social</i>	<i>11</i>
Hipótesis	12
Contextualización.....	13
<i>Antecedentes.....</i>	<i>13</i>
<i>Marco legal y normativa relativo al problema</i>	<i>18</i>
Declaración Universal De Los Derechos Humanos.....	18
Acceso Universal a la Salud y Cobertura Sanitaria Universal	18
Constitución De La Nación Argentina. Ley 24.430.....	19
Promotor Comunitario en Salud. Ley 14.882.....	19
Ejercicio De Enfermería. Ley 24.004	19
Derechos Del Paciente en Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 26529.....	20
Cobertura Total Para Las Personas Ostomizadas. Ley 27.071	20
<i>Contexto local</i>	<i>24</i>
Marco Teórico.....	26
<i>Ostomía.....</i>	<i>27</i>
<i>Colostomía</i>	<i>28</i>
<i>Etapas del desarrollo humano</i>	<i>30</i>
Niñez	30
Adolescencia.....	31
Adultez	31
Senectud	32
<i>Calidad de vida</i>	<i>33</i>

<i>Definición Teórica de la Variable Principal</i>	35
<i>Afrontamiento</i>	35
<i>Definición Teórica de las Variables Secundarias</i>	40
Aspectos psicológicos	40
Aspectos sociales	47
Aspectos familiares	50
Aspectos económicos	54
Aspectos comunicacionales.....	55
Objetivo	59
<i>Objetivo general</i>	59
<i>Objetivos secundarios</i>	59
Diseño metodológico	60
<i>Tipo de diseño</i>	60
<i>Unidad de análisis</i>	60
<i>Población de estudio</i>	61
Criterio de inclusión.....	61
Criterio de exclusión	61
<i>Muestra</i>	61
<i>Fuentes de información</i>	62
Matriz de datos	63
Presentación y análisis de los datos	70
Discusión	107
Conclusión	122
Bibliografía	126
Anexos	129
<i>Anexo 1</i>	129
<i>Anexo 2</i>	144
<i>Anexo 3</i>	149

Resumen

El cuidado humanizado urge de la práctica profesional de enfermería. Éste, se basa en valores y actitudes destinadas a proteger, promover y garantizar la salud del individuo, familia y/o comunidad; con un enfoque holístico en los ámbitos emotivo, físico, social y espiritual. El objetivo de esta investigación es describir y analizar cómo es el afrontamiento de los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años, en su vida diaria, en la República Argentina durante el período junio a diciembre 2022. Se realizó una investigación con diseño mixto transformativo secuencial, etnográfico realista; de tipo descriptivo, transaccional y retrospectivo. Se efectuaron 76 encuestas mediante formulario de Google Forms, donde se discriminaron dimensiones por objetivos específicos: psicológica, social, familiar, económica y comunicacional. Los resultados de esta investigación arrojaron que el afrontamiento y la adaptación de los pacientes colostomizados es dificultoso debido a múltiples factores que intervienen en el proceso de recuperación de la salud. Además, ponen de manifiesto que el afrontamiento y la adaptación de los pacientes colostomizados resulta ser más dificultoso en mujeres del menor rango etario de 30 a 45 años. Dicha investigación permite discernir las dificultades a las que se enfrentan las personas que padecen una colostomía, por lo que permite reflexionar sobre la implementación de estrategias para mejorar su condición económica, elevar su calidad de vida, lograr una mejor adaptación a sí mismo, al entorno y potenciar el sentido del ser y pertenecer.

Palabras clave: Afrontamiento, Adaptación, Autocuidado, Calidad de vida

Introducción

Considerando al individuo inmerso en la sociedad, es de gran valor tener en cuenta las acciones que éste realiza con el fin de promover y mantener la vida y lograr el mayor nivel de bienestar posible, acentuando que la salud no solo una cuestión meramente biológica, sino también psicológica y social, por lo que “el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (Alligood, 2015). Al hablar de discapacidad, tiende a remontarse imaginariamente a la imagen del cuerpo que padece dicha alteración, por lo que se afirma que “hay deficiencias físicas y mentales, características que hacen a los individuos incapacitados o disminuidos de su funcionamiento completo. Estas deficiencias a menudo se asocian directamente con la biología, la genética y la medicina” (Macionis & Plummer, 2011).

El concepto de salud se ha ido transformando a través de los años en función al momento histórico, a las culturas, al avance del conocimiento, a los cambios sociales, a la expectativa de vida, fundando así, una de las metas más importantes para el hombre. Macionis y Plummer (2011) afirman: “puesto que la salud es un aspecto importante de la vida social, parece natural que su evolución haya ido en paralelo a las grandes fases evolutivas de las sociedades humanas” (p. 617).

La Enfermería como el arte del cuidado ha existido desde el comienzo de la humanidad. Como disciplina y profesión tiene por objeto de estudio al hombre, a la familia y a la comunidad, con una mirada holística e integral. De esta forma, se puede definir al holismo “como una visión global que parte del todo para captar sus componentes en contexto y sus interacciones entre estos y con el todo” (Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, 2022). Adoptando esta

postura holística en la práctica de enfermería, resulta necesario abordar las diferentes dimensiones que subyacen en la vida cotidiana los sujetos de atención colostomizados y que influyen alterando directamente su calidad de vida.

Los profesionales de enfermería asumen diferentes roles durante la atención al paciente: curadores, educadores, comunicadores, cuidadores, acompañantes, gestores; roles que dependerán de las necesidades del sujeto de atención, por lo que “los roles requeridos en un campo específico dependen de las necesidades del paciente y de los aspectos del entorno en particular” (Kozier et al., 2008). En el universo de los pacientes colostomizados, es esencial el rol del enfermero como educador en relación a los autocuidados que éste debe realizar para promover conductas favorables para su salud, como cuidado de estoma, de la piel periestomal, de la dieta nutricional, cuidado y control del llenado de la bolsa, etc. Existen diversas teoristas de enfermería que abordan el concepto de autocuidado. En 2001, Orem afirmó que “el estado que indica la necesidad de la asistencia enfermera es “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de salud personal” (Alligood, 2015). El papel de la enfermera como educadora tiene como objetivo que el sujeto de atención pueda identificar la nueva realidad que se presenta y brindarle herramientas para afrontar esta situación que se presenta de manera imprevista de una forma amenazante. En efecto, el papel de la enfermera como nexo conectivo entre el sistema de salud y el sujeto de atención (paciente y/o familia) es primordial para el proceso de recuperación y rehabilitación de la salud y para fomentar el desarrollo de los potenciales de estos individuos.

Generalmente, los individuos de una sociedad tienden a naturalizar su propia vida y sus costumbres ignorando otros estilos de vida. Que el individuo se adapte a su situación de salud, no

implica que sus necesidades básicas estén satisfechas. Por este motivo, es significativo poder distanciarse de lo que es conocido, y se da por supuesto. Poder observar al sujeto de atención desde una perspectiva sociológica, permitirá evaluar tanto las oportunidades como las limitaciones que caracterizan la vida del mismo:

En todo el mundo, las personas tienden a considerar su propia forma de vida como la apropiada y <natural>, y a rechazar los estilos de vida de aquellos que se comportan de manera diferente. Pero la perspectiva sociológica nos anima a pensar críticamente acerca de los puntos fuertes y débiles que poseen todos los estilos de vida (incluyendo el nuestro). (Macionis & Plummer, 2011)

Por consiguiente, la pregunta planteada es ¿Cómo es el afrontamiento de los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años de edad, en su vida diaria, en la República Argentina en el período Junio a diciembre de 2022?

El diseño metodológico que se va a aplicar en dicha investigación es de tipo cuali-cuantitativo de tipo descriptivo deductivo retrospectivo transversal.

El objetivo de esta investigación es describir cómo es el afrontamiento de los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años, en su vida diaria, en la República Argentina durante el período Junio a diciembre 2022. Este estudio contemplará que esta dimensión se encuentra afectada por factores psicológicos, sociales, económicos, familiares, ambientales y nutricionales.

Problema Científico

Actualmente existe una conciencia mundial sobre los aspectos físicos, psíquicos, sociales, económicos y ambientales que se interrelacionan entre sí y determinan el concepto de salud–enfermedad. En la medicina, las colostomías se han tratado desde un enfoque fisiológico-anatómico orientado a la recuperación física sin tener en cuenta la perspectiva social y de qué manera impacta en la satisfacción de las propias necesidades del individuo. Algunos autores afirman:

Este procedimiento trae un gran impacto en la vida de las personas, pues provoca grandes cambios físicos visibles y significativos en el cuerpo, privado de su integridad, dinamismo y autonomía, lo que genera conflictos y desequilibrios internos, que a veces interfieren en las relaciones con el mundo exterior. (Calgagno Gomez et al., 2012)

La unidad de análisis serán pacientes colostomizados, de entre 30 y 70 de edad en la República Argentina en el período Junio a diciembre de 2022.

Problema general

¿Cómo es el afrontamiento que tienen los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años de edad, en su vida diaria, en la República Argentina durante el período Junio a diciembre de 2022?

Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son los aspectos psicológicos que afrontan los pacientes colostomizados en su vida diaria (autocuidado, imagen personal, adherencia al tratamiento, temores)?

2. ¿Cuáles son los aspectos sociales que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (realización de actividades diarias, interacción social)?
3. ¿Cuáles son los aspectos familiares que interactúan en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (familia, contención familiar, actividades del hogar, conocimiento familiar de la situación clínica)?
4. ¿Cuáles son los aspectos económicos que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (trabajo, acceso y provisión de insumos)?
5. ¿Cuáles son los aspectos comunicacionales que afectan al afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (acceso a la información, seguimiento profesional)?

Relevancia

“Una colostomía es la creación quirúrgica de una abertura en el colon. Se puede crear como una derivación fecal temporal o permanente. Permite el drenaje o evacuación del contenido fuera del colon” (Smeltzer et al., 2016). Dicho procedimiento altera la integridad corporal de la persona. La adaptación a la vida con colostomía depende de diferentes factores.

Como profesionales enfermeros, es primordial adoptar una actitud que contemple esta totalidad de complicaciones por la que el paciente atraviesa, para poder brindar una atención dirigida y personalizada.

Relevancia teórica

Los hallazgos resultantes de dicha investigación aportarán conocimientos sobre el universo de dificultades que afrontan los pacientes colostomizados y permitirá realizar una reflexión sobre los conocimientos existentes. Además, aportará una nueva perspectiva conceptual que ayudará a crear nuevas ideas en la profesión.

Relevancia práctica

Los conocimientos adquiridos de esta investigación permitirán al profesional enfermero adquirir herramientas para realizar un análisis del contexto del paciente colostomizado, aplicar estrategias para modificar el abordaje de atención, realizar intervenciones de enfermería personalizadas y dirigidas como acompañamiento, escucha activa, educación en autocuidado, charlas informativas al paciente y familia, valoración individual, etc., para que éste no alcance un estado de desolación y ansiedad y ayudar a que logre el máximo nivel de autonomía y calidad de vida.

Justificación de conveniencia y relevancia social

Los resultados de esta investigación permitirán a los lectores, miembros de la sociedad, conocer una realidad diferente que es ignorada por ser una problemática invisibilizada hasta por el propio paciente por temor, vergüenza, limitaciones propias, etc. Éste, no solo tiene que hacer frente a una nueva mirada de su propio cuerpo cambiado, sino que se encuentra frente a una situación que requiere cambios en su dinámica diaria, en cuanto al cumplimiento de sus roles en los diferentes ámbitos sociales, que indudablemente, éste será vivido y determinado por su subjetividad y devuelto bajo la mirada de otro. Por otra parte, la finalidad social de esta investigación es crear un espacio donde los pacientes puedan recurrir ante la falta de información y necesidad de asesoramiento.

Hipótesis

El afrontamiento que poseen los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años de edad, en su vida diaria, en la República Argentina durante el intervalo de tiempo Junio a diciembre 2022 es dificultoso debido a la falta de un autocuidado adecuado (inadecuada adaptación, limitaciones en los recursos económicos, falta de información y educación por parte profesional, limitaciones físicas).

Contextualización

Antecedentes

Como primer estudio en relación a esta investigación, se encontró un trabajo realizado por Antonini María, publicada en en la Universidad Nacional de Villa María, publicada en el año 2018 en la ciudad de Villa María, Córdoba por la Biblioteca Central Vicerrector Ricardo A. Podestá. Se trata de una investigación de tipo cuantitativa y fue realizada con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento de las personas durante la adaptación a una colostomía. La población encuestada está compuesta por 33 personas en su mayoría sexo masculino, que asistieron al servicio de ostomizados en el Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Córdoba a través de un cuestionario compuesto de preguntas abiertas y cerradas. Los resultados obtenidos arrojaron que el motivo de realización de colostomía está asociada al cáncer colorrectal como principal causa. Además se puso en manifiesto la realización de acciones por parte del paciente que requieren compromiso y dedicación y acarrear un esfuerzo físico, mental y emocional; la necesidad de que otras personas ayuden, la necesidad de las relaciones personales, la búsqueda de pertenencia a un grupo social, la importancia de la realización de actividades deportivas para hacer frente a la enfermedad, la búsqueda del apoyo espiritual y el fortalecimiento del vínculo persona-profesional para transitar la experiencia de la manera más positiva. En esta investigación se afirma que “el proceso de adaptación implica nuevas experiencias delicadas para las personas, es por ello, que este proceso debe vivirse de la forma más sana” (Antonini, 2018). Los resultados numéricos de esta investigación fueron:

- Sexo masculino: 61% (20 personas)
- Sexo femenino: 39% (13 personas)

- Edad: La población encuestada fue de entre 30 y más de 80 años de edad. La edad promedio fue de 59 años. El 66% de la población tiene entre 50 y 69 años de edad.
- El 76% de los encuestados forman parte de una familia nuclear (padres e hijos) y el 21% forman parte de una familia extensa (abuelos, nietos, tíos y otros parientes afines).
- El 58% de la población encuestada se ha realizado colostomía a causa de tumor de colon, el 15% por oculisión intestinal, 15% por perforación intestinal y 12% por divertículos.
- El 54% lleva entre 5 y 14 meses con colostomía. El menor tiempo que lleva una persona con colostomía es de 1 mes y el de mayor tiempo 36 meses.
- El 91% de la población encuestada refirió cambios en las actividades de su vida cotidiana luego de realizar la colostomía.
- El 88% de las personas que participaron del estudio consideran favorable o positivo para su salud, mientras que el 12% no la considera de esa forma.
- El 91% de las personas mencionaron esfuerzo físico como adaptación a la colostomía y el 70% refirió esfuerzo emocional.
- El 45% de la población encuestada refiere compartir tiempo con amigos y el 76% realizar actividades de ocio. El 45% refiere la caminata como actividad destacada y el 55% restante refirió no realizar actividades físicas.
- El 52% de las personas refirieron conocer grupos de autoayuda, mientras que el 48% restante desconoce la existencia de estos grupos.

- El 64% de los colostomizados desconocían la ley 27.071 de personas ostomizadas, mientras que el 36% restante si la conocían.

En segundo lugar, De las Nieves y colaboradores, en 2017 realizaron un estudio acerca de la percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida. Dicho estudio publicado por la Revista Latino Americana de Enfermagem en el año 2017, es de tipo cualitativo e incluyó 21 pacientes (12 hombres y 9 mujeres) de entre 20 y 75 años de edad con estoma, que residían en las localidades de Málaga y Granada, España. Los datos se obtuvieron mediante preguntas semiestructuradas realizadas en el momento y en el lugar elegido por el entrevistado. Dicho estudio arrojó como resultado la escasez de información recibida, déficit en la gestión de citas, falta de medios y de formación, profesionales informados, falta de asesoramiento pre y post operatorio. Además, los pacientes remitieron la necesidad reducir los tiempos de espera sanitarios, la necesidad de instrucciones a la salida del hospital y la necesidad de la capacitación tanto a él como a la familia, poniendo a esta en manifiesto como pilar fundamental en el proceso de recuperación de la salud. Los autores afirman que:

“El papel de la información como recurso básico para desarrollar estrategias de afrontamiento prevalece a lo largo de todo el proceso, tal y como se constata en diferentes estudios. La información no solo ha de ser proyectada sobre el sujeto, sino también sobre los familiares más cercanos, quienes, a su vez, deben tener una mayor capacitación a lo largo del proceso”. (De las Nieves et al., 2017)

Para continuar con el tercer estudio que se relaciona con este trabajo, se encontró una investigación realizada por De Alencar y Barros Araújo Luz en 2014, donde investigaron sobre el perfil de pacientes ostomizados atendidos por la Estrategia Salud de la Familia. Este estudio fue realizado en el año 2013 y publicado en el año 2014 por la Revista Cubana de Enfermería, en

Brasil. El mismo posee un enfoque cuantitativo y la muestra se realizó en 45 pacientes de ambos sexos en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil, utilizando un formulario específico con datos sociodemográficos y clínicos mediante la técnica de entrevista y examen físico. Los resultados obtenidos destacaron el bajo nivel educativo de los participantes, el predominio del sexo femenino relacionado con el cáncer colorectal, la dificultad de acceso a la información, inadecuada adecuación al tratamiento y dificultad económica para el acceso a los recursos adecuados. En este aspecto, los pacientes entrevistados refirieron hacer uso de dispositivos drenables para reducir los costos financieros y la frecuencia de sustitución de la bolsa. Los autores de este estudio afirman que:

En este caso, los estudios mostraron que los enfermeros deben motivar a los pacientes para la formación y el fortalecimiento de los grupos de apoyo o Asociación de ostomizados, así como contribuir a la aplicación efectiva de políticas públicas y los programas especiales, la mejora del acceso y el mantenimiento de la regularidad de distribución de equipos y materiales de buena calidad disponibles en el mercado. (De Alencar y Barros Araújo Luz, 2014)

Además, este estudio arrojó como resultado la dificultad de dichos pacientes de retomar su actividad profesional debido a la pérdida o limitación de su capacidad productiva, por lo que muchos prefieren retirarse y los desempleados no consiguen entrar al mercado de trabajo formal. El resultado numerológico de este estudio fue el siguiente:

- La prevalencia fue de sexo femenino 57,8%
- Edad promedio 53,8 años
- Bajo nivel educativo de los participantes 55,6%
- Ingresos de igual o inferior a tres salarios mínimos 75,6%

- Predominaron personas jubilados 42,3%
- Predominio de enfermedades inflamatorias 40%, cáncer colorrectal 35,6%, causas iatrogénicas e ideopáticas 15,5% y traumatismo abdominal 8,9%
- Estomas temporales 66,7%
- Utilización de dispositivos de una pieza 80%, de tipo drenable 60% y con barrera de protección 62,2%

En cuarto lugar, se encontró una investigación de tipo cualitativa publicada en la Revista Latinoamericana de Enfermagem realizada en Montevideo, Uruguay en el año 2012 y publicada en el año 2014, con la participación de doce familiares adultos de pacientes portadores de colostomía (hijos, cónyuges o hermanos), de un servicio de ostomizados de una institución sanitaria, mediante entrevistas de aproximadamente sesenta minutos en el domicilio de cada entrevistado. Los resultados de dicha investigación evidenciaron la importancia de las relaciones familiares previas para construir a futuro sobre ellas, la necesidad del cuidado humanizado favoreciendo la adaptación del paciente al núcleo familiar. Además, los resultados mostraron la importancia de la enfermera como articuladora del proceso formando parte de la situación del paciente y familia, los nuevos desafíos que esta situación conlleva, la importancia del conocimiento previo para evitar la frustración y susceptibilidad del núcleo familiar y la necesidad de depositar confianza en el equipo de salud: “las personas con una colostomía deben vivir la experiencia de aceptarse como un ser diferente, requiriendo un ajuste de su imagen y autoconcepto, además de enfrentarse, junto con su familia, a múltiples complicaciones que necesitan ser abordadas profesionalmente” (Ferreira Umpiérrez y Fort, 2014).

Para finalizar, en el quinto estudio encontrado, fue abordada la percepción de la sexualidad de las mujeres portadoras de ostomías. Se trata de un estudio de tipo cualitativo que

se llevó a cabo en el primer semestre del año 2010 y publicado en Julio de 2012 en la revista Enfermería Global de Brasil. Dicha investigación se realizó sobre una muestra compuesta por diez mujeres de entre 37 y 70 años de edad que se han de un servicio de ostomía de un hospital de la localidad de Río Grande, Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas conformadas por preguntas abiertas y cerradas en el domicilio de las mujeres entrevistadas. Los resultados arrojados con mayor relevancia fueron las dificultades de hacer frente a la privación del control fecal, la preocupación de eliminación de gases y el olor de las heces. Por estos motivos, “las mujeres ostomizadas adoptaron una postura de indiferencia y aislamiento social, no reanudando las actividades sexuales y evitando dicho contacto por vergüenza o rechazo por parte de la pareja” (Calgagno Gomez et al., 2012).

Marco legal y normativa relativo al problema

Declaración Universal De Los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDR) es un documento histórico que fue redactado por representantes de distintos contextos legales y culturales de todas las regiones del mundo, sobre los derechos humanos básicos, los cuales deben ser protegidos universalmente. La Declaración fue adoptada en París por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1948 (Naciones Unidas. Derechos Humanos, 2022)

Acceso Universal a la Salud y Cobertura Sanitaria Universal

El Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Sanitaria Universal implica que todas las personas y comunidades tengan acceso sin discriminación, a los servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como los medicamentos de calidad, seguros eficaces, asegurando que los individuos no

posean barreras financieras, particularmente los grupos vulnerables. Abarca los servicios esenciales de calidad, que van desde la promoción de la salud hasta la prevención, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos. Se requiere personal sanitario adecuado que posea habilidades óptimas para brindar apoyo equitativo y digno. (OPS, OMS, 2020)

Constitución De La Nación Argentina. Ley 24.430.

La Constitución Nacional Argentina fue sancionada en 1853 por los diputados de las provincias, excepto la de Buenos Aires, con el objetivo de constituir una unión nacional, afianzar la justicia y consolidar la paz interior. En el año 1994, la Constitución Nacional sufrió su última reforma incorporando nuevos derechos a partir del reconocimiento a los tratados internacionales sobre los derechos humanos (Casa Rosada Presidencia, 2022).

Promotor Comunitario en Salud. Ley 14.882

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, crea la figura de “promotor comunitario en salud”. Dicha ley, fue promulgada en el año 2016 con el objetivo de un aporte estratégico a las políticas sanitarias de la Provincia de Buenos Aires y apunta a garantizar a través de los Promotores Comunitarios de Salud (PCS) la universalización del acceso a la salud. (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2022)

Ejercicio De Enfermería. Ley 24.004

A partir del año 1991, la Enfermería es reconocida por el Estado Argentino como una profesión autónoma a través de la sanción de la Ley de Ejercicio de Enfermería, constituyendo un elemento para definir los alcances, derechos y obligaciones del ejercicio de la enfermería en la República Argentina (Ministerio de Salud, 2022).

Derechos Del Paciente en Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 26529

Dicha ley se encuentra vigente desde el año 2010 y regula la relación entre el paciente con los médicos y con las instituciones de salud, que se desarrollan en todo el territorio de la Nación Argentina. Regula los derechos del paciente en cuanto a su privacidad y dignidad y la información que el médico debe brindar. Intenta proteger la dignidad, la libertad y la autonomía del paciente (Ministerio de Salud, 2022).

Cobertura Total Para Las Personas Ostomizadas. Ley 27.071

En el año 2014, El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionaron la ley de la cobertura total de los dispositivos y elementos necesarios para las personas ostomizadas, con el fin de procurar una vida de calidad y satisfactoria de estos (Ministerio de Salud, 2022).

En primer lugar, se puede reflexionar sobre los aspectos psicológicos del individuo, donde se interrelacionan pensamientos, sentimientos y conductas. El individuo social debe interactuar en un contexto saludable y beneficioso, que le permita desarrollar y optimizar sus capacidades en post de su recuperación. En el territorio de la República Argentina, la Constitución Nacional expresa, en el capítulo segundo (nuevos derechos y garantías) en los Artículo 41° Y 42°, que todos los habitantes del territorio argentino, tienen derecho a un ambiente sano y equilibrado, apto para su desarrollo humano, a la protección de su salud y seguridad. Respecto a esto, el nivel internacional la Ley de Derechos Humanos, en el Artículo 25° declara:

Que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la

asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Naciones Unidas. Derechos Humanos, 2022)

Por otra parte, considerando dichos aspectos psicológicos que afronta el paciente colostomizado, se puede hacer referencia al Artículo 2°, inciso A de la Ley 27.071 para las personas ostomizadas, ya que la misma declara como objetivo el alcance más elevado de calidad de vida para dicha población.

En segundo lugar, se puede identificar la necesidad de la existencia de espacios sociales y recreativos en la comunidad, que brinden apoyo y actividades acordes a la capacidad física de los pacientes estudiados y que fomenten la interacción social con grupo y entidades. El Artículo 22° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, declara que todo individuo como miembro de la comunidad, tiene derecho a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. Asimismo, El Artículo 8° de la Ley de Personas Ostomizadas, recomienda al Ministerio de Salud del país, promover en la comunidad espacios de reflexión y acción con indicadores de hábitos saludables para los pacientes ostomizados.

En tercer lugar, es significativo considerar la dimensión económica que subyace de la situación clínica de los pacientes colostomizados. La desigualdad social dispara una clara diferencia en el acceso a la salud y la posibilidad que los individuos colostomizados tienen de acceder a los elementos necesarios y de calidad para su tratamiento. En nuestro país, la Ley 26.529 Derechos del Paciente, en su Artículo 2° Inciso A declara que “el paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales

de salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición” (Ministerio de Salud, 2022). En cuanto a la Ley 27.071 de Cobertura total para Personas Ostromizadas, declara:

Artículo 2° Inciso d)- Incorporar mecanismos de control necesarios que garanticen la entrega en tiempo y forma de los materiales necesarios para las personas ostromizadas.

Artículo 3°- La cantidad de dispositivos que se le otorgará mensualmente al paciente dependerá de las necesidades del mismo conforme a la prescripción del profesional médico.

Artículo 4°- Las características técnicas y de calidad de los dispositivos o bolsas y los elementos accesorios deberán garantizar la tolerancia del organismo de las personas ostromizadas y su calidad de vida.

Artículo 5°- La cobertura total de los dispositivos está destinada al universo que componen todas las personas con ostromía, incluyendo como mínimo las prestaciones que determine la autoridad de aplicación.

Artículo 7°- El Ministerio de Salud de la Nación desarrollará una guía clínica de distribución nacional en la que se especifiquen los cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas ostromizadas. (Ministerio de Salud, 2022)

El tipo de profesión, ocupación, vivienda, etc. de una persona es un indicador para ubicarla dentro de una estratificación social. Es importante el papel del Estado en la provisión de estos insumos, ya que no toda la población posee la herramienta económica

para solventar dichos gastos, que son complemente necesarios para el mantenimiento de la salud de estos pacientes.

Por último, en los aspectos comunicacionales, se puede discriminar la posibilidad o limitaciones que posee el paciente colostomizado en cuanto al acceso a la información sobre su situación de salud, acceso al servicio de salud, a las instituciones sanitarias, al profesional especializado para su seguimiento. La Ley del Ejercicio de Enfermería 24.004 describe en el Artículo 2° que dicha profesión tiene por alcance las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo cual es de incumbencia del profesional enfermero ser partícipes de charlas informativas, programas, actividades y/o talleres que tengan por objetivo la educación al paciente y su familia para promover la salud y prevenir enfermedades. Por otra parte, la Ley de Promotor Comunitario en Salud de la provincia de Buenos Aires, en el Artículo 3 Inciso B declara como objetivo mejorar el sistema de salud a través de la participación comunitaria que respondan a las necesidades que posea la población. El Inciso C del mismo artículo, declara como funciones de la figura de “promotor comunitario” para fomentar la inclusión social con sus características culturales, planificación, ejecución de proyectos, programas sanitarios, participación en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud. Asimismo, el Artículo 4 de la misma Ley, declara en sus incisos, funciones del promotor comunitario: afianzar el trabajo en equipo, los equipos intersectoriales, la ejecución de proyectos y programas sanitarios y los procesos de comunicación y acceso a la información, actuar como nexo entre la comunidad, desarrollar y difundir actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud existentes en la comunidad, facilitar los procesos de comunicación, informar acerca de la existencia de los centros de atención, favorecer la interacción y decodificación de los mensajes del personal de salud hacia el

sujeto de atención (comunidad o paciente) y generar espacios de participación comunitaria. Paralelamente, la Ley de Derechos del Paciente en el Artículo 2° Inciso F hace referencia a la información sanitaria vinculada a la salud, el cual el paciente tiene derecho a recibir. En cuanto a la Ley de Cobertura Total para Pacientes Ostomizados, el Artículo 2° Inciso C solicita a la población de pacientes ostomizados el acceso a la información y orientación; el Artículo 6° de la misma Ley refiere que la cobertura debe disponer de un equipo interdisciplinario que garantice la salud física del paciente.

Contexto local

El presente trabajo se realizará en el territorio de la República Argentina, sin distinción de nacionalidad, considerando una población de pacientes de entre 30 y 70 años de edad, que se encuentren atravesando una colostomía o que hayan cursado por una colostomía. La encuesta será enviada por medio de WhatsApp y grupos de Facebook, por lo cual se llegará a todas las provincias que conforman la República Argentina.

En la República Argentina existe la Asociación Argentina de Pacientes Ostomizados (A.A.D.O.). La misma se encarga de brindar información y orientación a las personas ostomizadas y sus familiares. En junio de 1993 se declaró que “el principal objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados, es procurar una vida satisfactoria a todos los ostomizados luego de su cirugía y que esta debe ser cumplida en todos los países del mundo” (Asociación Argentina de Colostomizados, 2022):

- Recibir información preoperatoria para concientizar a los pacientes sobre el beneficio de la intervención quirúrgica y la circunstancia de vivir con una ostomía.

- Tener un estoma bien realizado y en el lugar correcto considerando el confort del paciente.
- Recibir apoyo médico y cuidados de enfermería tanto preoperatorio como postoperatorio durante el tiempo de hospitalización y en su comunidad.
- Recibir información acerca de los equipos y productos que existen en el país.
- Tener la oportunidad de elegir entre los dispositivos que existen para el cuidado de su estoma.
- El paciente deberá ser informado acerca de la existencia de la Asociación de Ostomizados.
- Recibir información y apoyo que beneficie a la familia para favorecer la comprensión de los cambios y adaptaciones necesarios para llevar una vida más satisfactoria.

Marco Teórico

La salud de cualquier población se encuentra determinada por aspectos sociales y culturales. Más allá del cuerpo enfermo que padece dicha enfermedad, existen factores externos e independientes del individuo, a través de los cuales el cuerpo se deteriora y necesita ser reparado “clínica y socialmente”. Macionis y Plummer (2011) afirman “desde esta perspectiva, la medicina y sanidad no son sino las instituciones que se encargan de organizar las actividades relacionadas con el nacimiento, la enfermedad, el deterioro y la muerte” (p. 617). Por lo tanto, en la profesión de enfermería es primordial adoptar un enfoque psicosocial sobre la salud y sanidad, ya que el individuo tiende a evaluar su estado de salud en relación con el de los otros y cada individuo admite una pluralidad de significados de acuerdo a su subjetividad, historia y vivencias: “Se puede entender tanto que la salud como la sanidad son construcciones humanas que los individuos perciben de un modo subjetivo, y que la enfermedad admite una pluralidad de significados” (Macionis & Plummer, 2011).

La presente investigación tiene por objetivo identificar las diferentes dimensiones que afectan al afrontamiento de los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años de edad, sobre su situación de salud, en la República Argentina.

Seguidamente, en este trabajo, se definirán los conceptos clínicos de ostomía y colostomía, las etapas del desarrollo humano y el concepto de calidad de vida enfocado desde la Bioética. Además, se abordará la variable principal y las variables secundarias que conforman el universo del paciente que padece una colostomía.

Las estadísticas ofrecidas por el Ministerio de Salud de la República Argentina:

Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global el Cáncer, de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), a partir de los datos producidos por registros de cáncer de base poblacional de nuestro país, en Argentina ocurrieron 130.078 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2020. (Argentina, 2020)

Los datos relacionados con cáncer de colon y recto son de 15.895 casos en ambos sexos, siendo en el sexo masculino 8.493 casos que equivale a 13,6 % y 7.402 en el sexo femenino que equivale a 10,8%, según los datos ofrecidos por la IARC para Argentina en 2020 (Argentina, 2020).

La frecuencia de padecer cáncer colorrectal aumenta con la edad y es más elevada en personas con historia familiar. El cáncer de colon y recto es “de manera predominante como adenocarcinoma (95%). Puede empezar con un pólipo benigno, pero se puede volver maligno, invadir y destruir los tejidos normales y extenderse a las estructuras circundantes” (Smeltzer et al., 2016, p. 1099). Las estrategias de detección tempranas ayudan a reducir el número de muertes asociadas a esta patología y el tratamiento en la etapa temprana eleva los índices de supervivencia.

La cirugía es el tratamiento primario para casi todos los cánceres de colon y recto. La técnica quirúrgica posibilita al paciente contar con dispositivos externos que conservan al esfínter y restauran la continuidad del tubo digestivo.

Ostomía

Algunos autores definen a la ostomía como “una abertura de los aparatos digestivo, urinarios o respiratorio en la piel” (Kozier et al., 2008).

- **Gastrostomía:** Abertura en la pared abdominal en el estómago para alimentación.

- Yeyunostomía: Abertura en la pared abdominal hacia el yeyuno para alimentación.
- Ileostomía: Abertura en el íleon o intestino delgado.
- Colostomía: Abertura en el colon o intestino grueso.
- Traqueostomía: Abertura en los músculos respiratorios con fines respiratorios.
- Urostomía: Abertura en la pared abdominal donde los uréteres se comunican con el intestino delgado para derivar la orina.
- Nefrostomía: Abertura hasta la pelvis renal con la colocación de un tubo flexible para evacuar la orina.
- Los casos de indicaciones de ostomías son:
 - Cáncer colorrectal y ano.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Traumatismo ano – rectales.
 - Obstrucción intestinal.
 - Trastornos funcionales y de motilidad intestinal.
 - Incontinencia fecal severa
 - Necrosis de algún segmento del colón.
 - Trastornos congénitos.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal.

Colostomía

Una colostomía es la creación quirúrgica de una abertura en el colon y se puede crear de forma transitoria o permanente con la finalidad de permitir la evacuación del contenido del colon fuera del cuerpo y la consistencia del drenado dependerá de del lugar donde se ubica la

colostomía que va a estar determinada por la ubicación del tumor y por la invasión de los tejidos que éste haya provocado (Smeltzer et al., 2016). Según su lugar de ubicación pueden ser:

- Ascendente: Las heces son líquidas.
- Transversa: Las heces no están formadas.
- Sigmoidea: Las heces alcanzan a formarse.
- Descendente: Las heces están semiformadas.

Las colostomías pueden ser temporales (corto plazo) o permanentes. Para ambos casos independientemente del lugar donde se haya realizado la colostomía, la selección de un sistema de bolsa adecuado es fundamental para evitar complicaciones asociadas al estoma. La bolsa es el dispositivo que se ha de utilizar para el drenado de la materia fecal. Estas pueden ser:

- De una pieza: Bolsa y disco forman una sola unidad. Pueden ser cerradas o abiertas en la parte inferior. Las cerradas se colocan y se retiran una vez que completan los dos tercios de su llenado y las abiertas o drenables poseen un sistema que permiten el vaciado de la bolsa sin necesidad de retirar la bolsa de la piel.
- Bolsas de dos piezas: Están formadas por un disco que se adhiere a la piel y una bolsa que se inserta en el disco y también pueden ser cerradas o abiertas en la parte inferior.

Los dispositivos de bolsas poseen características de adhesivo para la piel, impermeables para el olor, recortables o precortados, transparentes y opacos, con filtro o sin filtro para los gases (Smeltzer et al., 2016).

Etapas del desarrollo humano

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.

Otras autoras han afirmado lo siguiente:

Cuando nos referimos a las generalidades del desarrollo humano, el punto de partida es concebir éste como el resultado del cambio y la estabilidad al largo de la vida y como proceso que incide en el aprendizaje constante y en el mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de todos los miembros de la sociedad, desarrollo que se produce en estrecha interacción con el mundo circundante, dada la condición de ser social del hombre. (Tabarez Cruz, Yaima y Mederos Mollineda, Katuska, 2022)

A continuación, se desarrollarán generalidades de cada etapa evolutiva.

Niñez

- Primera infancia (0-5 años): Se caracteriza por un alto grado de dependencia y vínculo madre – hijo. Requieren un estricto control de desarrollo y crecimiento (Mansilla, 2000).
- Segunda infancia (6 a 11 años): Se caracteriza por la apertura al mundo externo y la adquisición de habilidades motrices (Mansilla, 2000)

Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez que va desde los 10 a los 21 años de edad. Se caracteriza por la presencia de cambios físicos, cognitivos, sociales, emocionales y sexuales. Existe un crecimiento acelerado del cuerpo, cambios en la autoimagen, en las relaciones con el entorno e inquietud de explorarse a sí mismo. Se define la identidad social y de género y búsqueda de pareja (Mansilla, 2000).

Adultez

El rango de edad que conforma al ser humano adulto va desde los 25 a los 64 años. Esta etapa se caracteriza por la presencia de cambios biológicos, sociales y las diferencias en el desarrollo se relacionan con la mejor calidad de vida (Mansilla, 2000).

- Adultos jóvenes (25 a 49 años): Los individuos ya cuentan con un trabajo y una familia en crecimiento y enfrenta madurez en su desarrollo; se presenta la búsqueda de pareja, conformación de nuevas familias, profesionalización, máxima capacidad física e intelectual. Al llegar al final de esta subcategoría se observan cambios físicos como canas, arrugas iniciales, pérdida del tono muscular, entre otros; y se presenta al máximo la capacidad intelectual (Mansilla, 2000).
- Adultos intermedios (40 a 49 años): En este grupo predomina el enfrentamiento a cambios familiares y entre parejas. Las mujeres entran en la premenopausia, se presentan las canas, la pérdida del cabello y la flacidez muscular (Mansilla, 2000)
- Adultos mayores (50 a 64 años): Esta etapa llega al final de todas las consecuencias psicológicas, especialmente en la mujer. Se presenta el alejamiento

de los hijos ya sea por estudio o por la formación de nuevas familias. Al final de este período algunos individuos enfrentan dejar de trabajar o jubilarse y disminuye la capacidad productiva aún existente (Mansilla, 2000).

Durante el período de los 40 a los 64 años, se presenta al máximo la autorrealización personal, énfasis en la carrera profesional. Se presentan cambios físicos como pérdida de la agudeza de la visión y oído, piel menos tersa, arrugas y manchas asociadas a la edad, aparición de algunas enfermedades degenerativas menopausia en mujeres y andropausia en hombres. Las crisis que se presentan en este período están relacionadas con el divorcio, responsabilidad del cuidado de los padres, alejamiento de los hijos, eventos de muertes y enfermedades y frustraciones relacionadas con el empleo.

Senectud

Los senectos son los adultos de 65 años en adelante. Este término es sinónimo de vejez (Mansilla, 2000). Esta etapa se caracteriza por los cambios físicos y un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Se presenta una disminución de la atención, del sistema nervioso central, poco deterioro en el lenguaje y en la inteligencia. También, se presentan alteraciones de la vista, oído, olfato y gusto, entre otros cambios físicos como adelgazamiento, disminución de la función sexual, etc. Por otro lado, son individuos muy valiosos para la sociedad y requieren nuevas respuestas sociales a sus necesidades (Mansilla, 2000). Por otra parte, cuando el individuo cumple 65 años puede jubilarse, lo que significa el retiro de la actividad económica.

Calidad de vida

La calidad de vida puede ser contemplada desde la presencia de placeres y bienestar. Es un concepto que hace alusión a varios niveles y posee una dimensión completamente subjetiva del individuo.

A la luz de lo descrito anteriormente, se debe considerar la calidad de vida como una realidad pluridimensional que tiene aspectos objetivos y subjetivos. Pastor García (2006) afirma:

Ahora bien, desde la definición de la salud de la OMS como un estado de bienestar psicofísico, la vida biológica humana se convierte, dentro de la perspectiva hedonista que reduce el concepto de calidad de vida, en un elemento más del conjunto de goces y bienestar a los cuales se tiene derecho. (p.404)

La edad del individuo, las condiciones que posibilitan la correcta evolución de la personalidad, el acceso a los servicios básicos y necesarios; el pleno disfrute de la libertad en cada etapa del desarrollo humano, constituyen el ejercicio de los derechos básicos para que la vida aumente en calidad. Se trata de un continuo proceso de bienestar. Las desigualdades sociales, económicas suponen una limitación para realizar un estilo de vida tal que promueva el desarrollo de numerosas potencialidades. Un autor afirmó lo siguiente:

La calidad de vida de una determinada sociedad implica poseer una amplitud de posibilidades en el campo de la economía y del consumo, condiciones de trabajo, servicios u ocios. Supone la posibilidad de poder satisfacer deseos, así como la eficiencia en los servicios que los satisfacen. (Pastor García, 2006)

Para relacionar el concepto de calidad de vida con la enfermedad, se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva

personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social. (García Viniegras, 2007). El sufrimiento y el duelo forman parte de la vida del hombre. Pastor García (2006) afirma:

Cuando la calidad de vida está en función del hombre hay que intentar compatibilizar sufrimiento y crecimiento de las personas. De esta forma, ante lo fácil, que es negar el sufrimiento, surge lo virtuoso que afrontarlo y ayudar a otros, no abandonando a quien lo padece. (p.407)

Además, el autor afirma:

Tenemos que reconocer de forma sensata que somos constitutivamente seres dolientes, enfermizos y dependientes. Todos en mayor o menor medida, y en un momento u otro de nuestra vida estamos bajo esas condiciones que suponen una actualización de nuestras cualidades por debajo del posible tope que puedan alcanzar o alcanzaron. (Pastor García, 2006)

Puesto que la calidad de vida se encuentra en función de la vida humana, de los valores y principios del individuo, no es correcto pensar en absoluto, sino que el juicio del ser humano sobre la vida debe considerarse desde la totalidad de su mirada. Un autor afirma lo siguiente:

El término no conlleva intrínsecamente una oposición dialéctica con la inviolabilidad o santidad de vida sino que la calidad de vida es un concepto válido en la práctica médica, pero nunca puede convertirse en un valor absoluto que se identifique con la dignidad de la persona y sirva como elemento discriminador de la igualdad de todos los seres humanos, es más, hay que considerarlo como un medio que puede ser muy útil si es puesto al servicio de cada vida humana concreta. (Pastor García, 2006)

Definición Teórica de la Variable Principal

Afrontamiento

En la revista *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, se cita a Lazarus y Folkman (1986) mencionando que el afrontamiento ha sido definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Castaño & Del Barco, 2010).

Pues bien, se puede decir que el afrontamiento son todos los esfuerzos que un individuo realiza para hacer frente a las demandas internas del propio organismo y las del exterior o entorno. Este proceso, sin dudas, genera una alteración de la estabilidad interna del individuo provocando cambios destinados a realizar una adaptación a esta nueva situación. Este proceso de adaptación estará directamente relacionado con los recursos físicos y cognitivos que la persona posea para hacer frente a el estrés que producen estas amenazas. Para que este afrontamiento sea óptimo, se requiere de estrategias por parte del individuo, por lo tanto, cada persona va a actuar de diferente manera en los diferentes contextos. Lazarus y Folkman (1986) plantean que:

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar una situación abrumadora, con elementos que determinan mecanismos de afrontamiento; están los recursos relacionados con el estado de salud, o con la energía física con la que se cuenta, las creencias existenciales, religiosas o no; el aspecto motivacional que puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales”. (Antonini, 2018)

El afrontamiento es un proceso dinámico que cambia donde el individuo y el entorno interactúan de forma permanente y el único fin del individuo es la adaptación al nuevo escenario que se presenta. La adaptación es un proceso de transición individual, de aceptación y de transformar la amenaza que invade de forma negativa en una oportunidad. Según otros autores el afrontamiento se describe “como el manejo del cambio, con éxito o sin éxito. Una estrategia de afrontamiento es una forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante o a un problema o a una situación específica” (Kozier et al., 2008). Se han descrito dos formas de afrontamiento:

- Centrado en el problema: Se refiere a los intentos de mejorar una situación haciendo cambios.
- Centrado en la emoción: Incluye los pensamientos y emociones que alivian la angustia emocional.

La forma en que una persona se va a adaptar a la nueva situación se relaciona con factores intrínsecos del individuo. Kozier y colaboradores (2008) afirman:

El afrontamiento adaptativo ayuda a la persona a manejar de forma eficaz los episodios estresantes y reduce al mínimo la angustia asociada a los mismos. El afrontamiento maladaptativo puede dar lugar a la angustia innecesaria para la persona y para otras personas asociadas a la persona o al hecho estresante (Kozier et al., 2008).

En el caso de que el agente estresante perdure en el tiempo, el individuo se agota y puede presentar otros problemas de salud. En este punto, son importantes las respuestas emocionales adaptativas por parte del individuo para hacer frente a la nueva situación que debe enfrentar.

Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Callista Roy nació en el año 1939 en Los Ángeles, California y se desempeñó como enfermera pediátrica. Desarrolló su teoría basada en sus experiencias en su área de trabajo, donde observó la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos de los niños. El modelo de adaptación fue publicado en el año 1964 y centra al individuo como un ser psicosocial que se adapta constantemente que emplea estímulos, procesos de control y conductas o respuestas adaptativas (Buitrago Malaver, 2016).

El modelo se basa en que las personas son seres holísticos y centro de atención de la enfermería (Alligood, 2015). Para Roy el individuo es un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa con el fin de adaptarse. En su teoría describe dos pilares: la adaptación, la cual se refiere a los procesos y resultados por los cuales las personas tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o miembros de un grupo y, por otro lado, los sistemas humanos, como conjunto de partes que funcionan como un todo. Según Roy (1999):

La adaptación se refiere al proceso y al resultado por lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. (Alligood, 2015)

Roy (1999) define a la adaptación como “proceso y resultado por el que lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” (Alligood, 2015).

La meta del este modelo es potenciar los procesos vitales a través de la adaptación de una forma continua la cual se encuentra influenciada por estímulos externos: las respuestas

adaptativas contribuyen a la salud y objetivos del ser humano y las no adaptativas no contribuyen a la salud en función de los objetivos del ser humano. Los individuos responden a esos estímulos de diferentes modos adaptativos:

- Modo fisiológico: Implica necesidades básicas del cuerpo y adaptarse en relación a la oxigenación, nutrición, eliminación, descanso, protección, equilibrio de líquidos, función neurológica y endócrina.
- Modo de autoconcepto de grupo: Se refiere a creencias y sentimientos sobre uno mismo. El Yo físico engloba las sensaciones y aspectos del cuerpo y el Yo de la persona está conformado por la moral, ética y espiritualidad.
- Modo de función de roles: Se encuentra determinado por la necesidad de integridad y posición social. Depende de cómo un individuo interactúa en la sociedad.
- Modo de interdependencia: Implica la relación del individuo con otras personas importantes.

Los mecanismos de afrontamiento por el individuo son:

- Subsistema regulador: Controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- Subsistema cognitivo: Regula el autoconcepto y función de rol e interdependencia.

Además, en la teoría se describen cuatro tipos de estímulos ambientales que conforman la adaptación:

- Estímulo focal: Son los que el individuo se enfrenta de manera más inmediata y reclama la mayoría de su atención y energía de adaptación.

- Estímulos contextuales: Son el resto de los estímulos presentes en una situación, que influyen positivamente o negativamente a la fuerza del estímulo focal.

La teoría de Roy concibe a los individuos como seres holísticos y adaptables. Roy (1999) afirma:

Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general. (Alligood, 2015)

Las dimensiones “salud” y “enfermedad” se entrelazan y coexisten en la experiencia de vida de cada individuo. El estado de salud no refleja únicamente alteración del cuerpo, enfermedad o muerte, sino que representa una mirada más amplia de cómo el individuo afronta dichas experiencias. Roy (1999) afirma que “la salud es el estado y el proceso de ser y convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno” (Alligood, 2015)

Así pues, se puede valorar a la profesión de enfermería como un engranaje que forma parte del sistema de adaptación propuesto por Sor Callista Roy: enfermería, individuo, salud y entorno. Roy (1999) define a la enfermería como “la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno” (Alligood, 2015). Cuando los mecanismos que el individuo utiliza para afrontar las amenazas del entorno son ineficaces, aparece la enfermedad. Un cambio en el entorno requiere un esfuerzo por parte del individuo para adaptarse a la nueva situación. Recordando que Roy define en su teoría al entorno como el proceso cambiante que incentiva a la persona a reaccionar o realizar acciones para adaptarse (Alligood, 2015). De esta manera, se puede pensar en la enfermería a través de intervenciones

que se centren en el control de los estímulos ambientales alterando, aumentando, disminuyendo, manteniendo o eliminando los estímulos, de manera que jueguen a favor del sujeto de atención para que éste su mecanismo de afrontamiento de manera eficaz.

Definición Teórica de las Variables Secundarias

A continuación, se definirán las variables secundarias y los teoristas y/o autores que fundamentan la importancia de estos aspectos en el ser humano.

Aspectos psicológicos

Según la estructura planteada por Freud (1967) existen tres conceptos fundamentales mediante el cual explica el funcionamiento psíquico humano: el ello es el nivel inconsciente que corresponde a lo innato y heredado y expresa pulsiones y deseos, el yo que se encuentra entre lo consciente y preconscious y busca satisfacer los deseos del ello en el mundo externo y actúa bajo el principio de realidad, el super yo está determinado por lo moral que conduce a las acciones socialmente aceptadas (Montaño Sinisterra et al., 2009).

El planteamiento psicológico hace referencia a un conjunto de cualidades de cada persona en particular como personalidad, creencias, valores, ética, costumbres, historia, estructura psíquica resultante de las etapas de desarrollo. Allport (1975) afirma que la personalidad se refiere a la “integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (Montaño Sinisterra et al., 2009).

De esta forma, se puede englobar al aspecto psicológico como la manera de pensar, de sentir, de comportarse, las creencias, las conductas de los individuos, entre otros: “este conjunto de elementos psicológicos se organiza dentro de una estructura que se conoce generalmente

como la <personalidad> del individuo, en la que todas las partes no están dispuestas al azar sino en relación las unas con las otras” (Chinoy, 1961).

Dentro de esta dimensión, es importante reflexionar las emociones que resultan como respuesta al estrés que causa la situación amenazante. Kozier y colaboradores (2008) afirman que “las manifestaciones psicológicas del estrés incluyen ansiedad, miedo, ira, depresión y los mecanismos inconscientes del yo” (p. 1082), por lo tanto estas respuestas estarán estrechamente vinculadas a la estructura psíquica del individuo. La ansiedad se presenta como un estado de inquietud mental, el miedo como un sentimiento desencadenado como un peligro, la depresión como un sentimiento extremo de tristeza y la ira como sentimiento que expresa un disgusto intenso (Kozier et al., 2008). Estos sentimientos que el individuo puede sentir en respuesta a la enfermedad están directamente vinculados con la adherencia o rechazo al tratamiento, la fluidez con que procese la cascada de información, la preparación para la cirugía y la situación sobre su situación clínica.

Por otra parte, durante el tratamiento surgen otras cuestiones que están relacionadas con la adherencia imagen del cuerpo, el cuerpo asociado a la sexualidad, a la vestimenta, etc. Es importante recordar que el individuo es un ser social que está determinado por la cultura y por la sociedad, Ely Chinoy (1953) afirmó lo siguiente:

El proceso que sociabiliza a los individuos y las exigencias que la sociedad impone a sus miembros crean casi inevitablemente problemas psicológicos, al reprimir los deseos de los hombres y al reforzar modos de conducta que van contra impulsos e instintos, tanto congénitos como adquirido. (Chinoy, 1961)

Este procedimiento conlleva un gran impacto en la vida de estas personas produciendo cambios significativos en el cuerpo que lo privan de su autonomía y privacidad. En el caso de la sexualidad, llevar una vida sexual activa es de gran importancia para algunos individuos. Si bien la sexualidad se encuentra presente en todas las etapas del desarrollo psicosexual del ser humano, desde el momento del nacimiento, ésta irá a variar de acuerdo a la edad en la que se esté desarrollando. Se encontraron investigaciones donde se han verificado que las mujeres portadoras de ostomías han cambiado su forma de vestir, buscando una alternativa de vestimentas más grandes para ocultar la bolsa de colostomía y su vida sexual ha sido alterada por la imposibilidad de controlar la eliminación de heces y los olores: “cuando ocurre una ostomización sus portadoras se enfrentan a un cambio en la imagen corporal que se desvía de su nivel de belleza culturalmente establecido, pudiendo tener una imagen negativa de la bolsa colectora” (Calgagno Gomez et al., 2012).

Para ampliar, resulta importante reconocer la vivencia de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida y no sexualidad propiamente dicho sino desde una perspectiva en relación a los otros. La sexualidad impregna todas las etapas de la vida humana: “La sexualidad supera la necesidad fisiológica y se relaciona directamente con la simbolización del deseo. Trata de la dimensión íntima y relacional que compone la subjetividad de las personas y sus relaciones con sus compañeros y con el mundo” (Calgagno Gomez et al., 2012). Esta mirada de la sexualidad en relación para con los otros, es necesaria ya que este estudio está abordado en diferentes etapas de la vida que, de acuerdo a la edad, las experiencias se vivirán de diferente forma.

Ya que la población estudiada varía en un rango etáreo de 30 a 70 años, cabe diferenciar al adulto joven que va desde los 21 a los 40 años de edad, al adulto medio que va desde los 40 a los 65 años de edad, y la senectud o adulto mayor desde los 65 años en adelante (Gonzalez et al.,

2018). Por lo tanto, la vivencia de la sexualidad en sus dos aspectos (forma de relacionarse y sexualidad propiamente dicha) será desarrollada no solo por los factores intrínsecos del individuo, sino también por la edad en la que la enfermedad se haga presente.

A continuación, se detallarán teoristas enfermeras que hablan sobre algunos aspectos importantes dentro de la dimensión psicológica y que, según la respuesta del individuo frente a la situación amenazante, será su capacidad de adaptación.

Teoría de la Incertidumbre Frente a la Enfermedad de Merle Mishel.

Merle Mishel nació en Boston, Massachusetts. Al principio trabajó como enfermera psiquiátrica en centro de enfermos agudos y ámbitos comunitarios. En 1980 realizó su doctorado en psicología social en California. Realizó su tesis doctoral estudiando los pacientes hospitalizados, la cual se centró en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad, posteriormente conocida como escala de Mishel y que ha sido usada para otras escalas. Su teoría publicada en 1988, se basó en estudios de la personalidad provenientes de la psicología donde se podía identificar la incertidumbre frente a la enfermedad como un estado cognitivo que resulta de una serie de impulsos que no son suficientes para formar una representación interna de ese hecho (Alligood, 2015). Mishel considera los conceptos de estrés, valoración, afrontamiento y adaptación pero hace sus aportes personales al marco de la incertidumbre como factor estresante frente a la enfermedad y sus consecuencias psicológicas.

La teoría tiene principales premisas:

- La incertidumbre como estado cognitivo que altera el esquema cognitivo presente, cuya función es ayudar a la interpretación de los hechos resultantes de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra.
- La relación entre enfermedad, incertidumbre, valoración y afrontamiento es lineal y unidireccional y va desde la incertidumbre hasta la adaptación.

En esta teoría, la incertidumbre invade cada aspecto de la vida de la persona. Como respuesta a la confusión y al desorden por este estado de continua incertidumbre, el sistema cognitivo no tiene otra opción cambiar para sobrevivir:

Las personas también consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de las personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de vida. (Alligood, 2015)

El fundamento teórico de la teoría de Mishel es que la incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar el caso de enfermedad. La influencia que tiene ésta en las consecuencias psicológicas se ve mediada por los esfuerzos de afrontar la situación dirigidos a disminuirla como sensación de peligro frente a la enfermedad desconocida y mantenerla valorada por parte de la persona como una oportunidad. Por el contrario, si la incertidumbre permanece en el tiempo como si se tratase de un peligro, la persona puede poseer pensamientos molestos, anulación o trastornos emocionales. Además, la teoría sostiene que controlar la incertidumbre es esencial para conseguir la adaptación ante la enfermedad y los

hechos cognitivos asociados a este suceso adptan un significado de acuerdo a la manera en que esta incertidumbre se enfrente a la persona y perdure en el tiempo.

El segundo componente esencial de esta teoría es la valoración. La incertidumbre es contemplada por la persona como algo neutro, ni positivo ni negativo, hasta que es valorada por el individuo a través de dos procesos: la indiferencia que se forma a través de la posición del individuo frente a la situación y la ilusión, es la creencia que considera aspectos positivos de la situación. De esta forma, la incertidumbre se presenta como un peligro con resultados negativos, o bien, como una oportunidad resultante de la ilusión.

El tercer componente esencial de la teoría de Mishel es el afrontamiento, el cual se produce de dos modos y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en búsqueda de información, fe y apoyo psicológico, e cambio, si se presenta como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una barrera con el fin de conservarla.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem.

Las primeras prácticas de Dorotea Orem fueron en enfermería quirúrgica, pediatría, adultos y fue profesora de ciencias biológicas. Orem, reconoció que si la enfermería debiera avanzar como un campo de conocimiento y práctica se necesitaba un cuerpo de conocimientos estructurado y que “el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es la <incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal” (Alligood, 2015). La teoría del déficit de autocuidado de Orem fue realizada sobre la observación sobre lo que las personas

necesitaban hacer por sí mismas para mantener la salud y el bienestar. Orem (2001) define al autocuidado como:

La práctica en que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo, en determinados períodos, por su propia parte, y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

(Alligood, 2015)

Las principales premisas de la teoría de Orem son:

- Los individuos requieren estímulos continuos de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
- La actividad humana se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar estímulos necesarios.
- Los individuos maduros experimentan limitaciones de la acción en cuanto al cuidado de uno mismo y los demás, mediante estímulos reguladores de las funciones.
- La actividad humana se ejercita acomodando, descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras para identificar las necesidades.

También, esta autora definió al autocuidado como “una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (Alligood, 2015). La idea principal de su teoría, arroja una relación entre demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial de los individuos, donde las acciones de autocuidado realizadas por este no son eficaces. Estas

limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de su propio cuidado. Orem (2007) afirma “que las personas precisan de enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud” (Alligood, 2015).

Aspectos sociales

El ser humano en su contexto social, atravesado por la cultura, se relaciona, crece, aprende, comparte su accionar diario, cumple roles, etc., de acuerdo con los demás individuos con los que vive, los patrones y normas instaurados en la sociedad, etc. Los valores mediante los cuales desarrolla su accionar diario, representan las actitudes comunes de aprobación o desaprobación, los juicios realizados sobre lo que está bien y está mal, sobre los otros, situaciones y acontecimientos. En la sociedad se incluyen todos los entretreídos de las relaciones humanas:

El concepto de relación social se basa en el hecho de que la conducta humana está orientada en numerosas formas hacia otras personas. No solo viven juntos los hombres y comparten opiniones, valores, creencias y hábitos comunes, sino también entran constantemente en interacción, respondiendo uno frente al otro y ajustando su conducta en relación a la conducta y a las expectativas de los otros. (Chinoy, 1961, p. 45)

El concepto de salud se encuentra determinado por los aspectos sociales ya que los individuos valoran su estado de salud en relación con el de los demás y posee estrecha relación con la calidad de vida. Las dimensiones sociales de la enfermedad están compuestas por las redes de apoyo que pueden beneficiar o complicar los problemas de salud, los factores individuales como estilos de vida del individuo, las condiciones laborales y de vivienda y las características

específicas de la sociedad. Frente a esta situación el individuo asume el rol del enfermo como “una pauta de comportamiento que la sociedad entiende que es apropiada en alguien que está enfermo” (Macionis & Plummer, 2011). La enfermedad supone una interrupción de las responsabilidades cotidianas, la persona enferma ha de querer recuperarse y necesita recibir ayuda. La conducta de un individuo no existe de una forma aislada, sino que tiene una dimensión social, donde el que padece la enfermedad espera que el entorno le ofrezca alternativas diferentes para su interacción con él. Chinoy ha afirmado lo siguiente:

Los hombres no se aíslan para buscar separados una solución al problema de supervivencia. Viven juntos y participan de una vida en común (una cultura) que regula su existencia colectiva y les ofrece métodos para adaptarse al mundo circundante y para controlar y manejar, dentro de ciertos límites, las fuerzas naturales. (Chinoy, 1961)

Considerando lo anteriormente detallado, es importante la inclusión social, la realización de actividades recreativas y la participación activa en grupos que desarrollen diferentes actividades, con el objetivo de aumentar la potencialidad de la persona, para disminuir junto con un “otro” las respuestas emocionales negativas. Esto se logra mediante el desarrollo de las conductas en el ámbito social, en el vínculo que se da con los otros, a través de la aceptación, de la comunicación, de la aprobación, del reconocimiento, ya que se afirma que “el organismo humano en bruto, el material biológico, se transforma en una persona social capaz de participar en la vida de su sociedad sólo mediante la experiencia social; su supervivencia misma depende de los demás (Chinoy, 1961).

Cuanto mayor mayor sea la comprensión del grado de importancia de aceptar al otro como es, de respetar y empatizar con sus limitaciones, la forma en la que actúa la sociedad frente

a personas que padecen enfermedades, se podrá evitar la marginación social y evitar la aparición de otras alteraciones adyacentes.

A continuación se describirá un modelo de conducta de una teórica enfermera, que resulta apropiado para esta dimensión estudiada, ya que describe la forma de conductas de los individuos en relación con su entorno y que influye en su estado de salud - enfermedad.

Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson.

Dorothy Johnson trabajó como enfermera pero se dedicó específicamente a la enseñanza como profesora de enfermería pediátrica. Su modelo estuvo influenciado por Florence Nightingale con la premisa de que la enfermería era una profesión de contribución al bienestar de la sociedad, partiendo desde la premisa de que la enfermería se produce con la relación entre la persona que está enferma y su entorno y no con la enfermedad (Alligood, 2015). Una de sus principales ideas fue focalizar a la persona como un sistema conductual en donde la conducta de un individuo como un todo es el foco. Las principales definiciones son:

- **Conducta:** Se centra en el efecto sobre la conducta de la presencia de otros seres sociales.
- **Sistema:** Una persona se esfuerza para mantener de las partes que interaccionan de forma aislada.
- **Sistema conductual:** Formado por diferentes modos de conducta que forman una unidad que determina la interacción entre la persona y su entorno. La persona intenta alcanzar la estabilidad y el equilibrio ajustándose y adaptándose para funcionar de una forma eficaz.

- Subsistema de afiliación: Proporciona supervivencia y la seguridad como inclusión social y mantenimiento del vínculo social.
- Subsistema de dependencia: Incluye la aprobación, la atención, el reconocimiento y la ayuda física.

En este modelo, la teorista considera que la salud es “un estado dinámico difícil de alcanzar y que se encuentra influido por factores biológicos, psicológicos y sociales y que el entorno es el origen de la necesidad de protección, cuidado y estimulación para mantener la salud” (Alligood, 2015).

Aspectos familiares

El abordaje del paciente colostomizado de forma integral, invita a considerar a la familia como partícipe activa en el proceso el proceso de salud – enfermedad ya que es el primer grupo al que pertenece e interactúa desde el momento del nacimiento. Allí, en el seno familiar, es donde se fundan los valores, las creencias, la cultura, los primeros vínculos y donde el individuo se constituye como ser social. Jackier y colaboradores (2014) definen a la familia como:

La familia es un grupo con vida e identidad propia, con individuos que dentro de ella actúan como sus agentes. Este grupo posee una estructura específica en el que cada uno de sus miembros asume una función de acuerdo con las pautas y normas explícitas e implícitas, pero exclusivas. Estas pautas o normas permiten mantener el funcionamiento más o menos equilibrado. (Jackier et al., 2014)

La familia se caracteriza por las relaciones personales de sus miembros, la historia, los valores, la intimidad, la cercanía afectiva, las vivencias y cumple una función de integración del individuo en la sociedad, por lo tanto representa el nexo de unión entre el individuo y la afuera:

Los cambios en la familia son la base para otras alteraciones, cualquier cambio en ella influye profundamente tanto en el individuo como en la sociedad. Es decir, define a la familia como una unidad que establece relaciones entre la sociedad y el individuo.

(Jackier et al., 2014). De esta manera, se puede considerar a la familia como un sistema dentro de otro sistema (la sociedad) ya que se diferencia por sus componentes y características propias.

Durante el ciclo familiar existen acontecimientos vitales estresantes (AVE). Los AVE son “aquellos eventos que las personas perciben como negativos o no deseados y que se acompañan de un cambio vital. Estos acontecimientos son capaces de afectar la salud individual, así como la función familiar” (Zurro et al., 2014). Estos eventos pueden ser problemas laborales, abandono, separación, muertes, enfermedades, dificultades económicas, etc. El efecto de estos eventos que se presenten, dependerá del momento que esté atravesando la familia, de las relaciones interpersonales que existan en ella, la capacidad de adaptación a los cambios, las creencias, los valores, etc. La forma en que la familia responda a los AVE puede “influir de forma decisiva en el curso, agravamiento y resolución de los problemas psicosociales, en la evolución de las enfermedades crónicas y en un sinnúmero de acontecimientos que ocurren a lo largo del ciclo vital familiar” (Zurro et al., 2014).

Por ello es importante el papel activo de la familia para acompañar, contener y colaborar con las actividades generales de autocuidado que el sujeto que cursa la colostomía requiera. Es de relevancia un vínculo familiar fuerte previo, la calidad de las relaciones personales de intimidad, los roles que cumple cada integrante y los recursos psicológicos del sistema para el apoyo social frente a los acontecimientos estresantes que provienen del entorno y que le brinde estabilidad al individuo.

Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Betty Neuman trabajó como enfermera hospitalaria en diferentes sitios, directora de enfermería, se licenció en salud pública y psicología y realizó un master en salud mental y salud pública. Fue una de las primeras personas que llevó a la enfermería al campo de la salud mental y publicó su modelo de sistemas en la década de 1970.

El modelo de sistemas de Neuman refleja al organismo como un sistema abierto que interacciona con el entorno. La persona como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad u objeto de estudio (Alligood, 2015). El individuo es considerado como un todo conformado por partes que se interrelacionan: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo, espirituales, etc.

Principales conceptos de la teoría:

- Sistema abierto: Existe una continua entradas y procesos, salidas y retroalimentación. El estrés y la reacción son los elementos básicos de los sistemas abiertos.
- Función o proceso: El cliente es un sistema que cambia energía, información y materia con el entorno para moverse hacia la estabilidad e integración.
- Entorno: Las fuerzas internas y externas que intervienen.
- Entorno creado: Es el entorno creado inconscientemente por el cliente para expresar simbólicamente la integridad del sistema y aislarlo de los elementos estresantes.
- Sistema cliente: Consta de cinco variables: la variable fisiológica (estructura y función del organismo), la variable psicológica (procesos mentales en iteración

con el entorno), la variable sociocultural (condiciones sociales y culturales), la variable del desarrollo (procesos y actividades relacionadas con la edad) y la variable espiritual (creencias e influencias espirituales).

- Bienestar: El bienestar existe cuando todas las subpartes del sistema interaccionan en armonía con el sistema completo y satisfacen sus necesidades.
- Enfermedad: Representa inestabilidad y gasto de energía.
- Elementos estresantes: Estímulos que generan tensión y pueden tener respuestas positivas o negativas.

El modelo de Neuman ofrece una perspectiva de los sistemas para poder aplicarlo tanto en individuos como en familias, como marco conceptual para poder identificar los acontecimientos estresantes reales y potenciales que amenazan al sistema pudiendo provocar cambios en su estructura. La ausencia de conocimiento previo de los acontecimientos que se presenten en la familia, provoca inestabilidad y susceptibilidad de sus miembros, impidiendo la adaptación a los cambios que provienen del entorno. Por ello, es importante que el profesional enfermero fomente la comunicación entre los miembros del sistema familiar, la educación, la provisión de información y la participación en la tareas de autocuidado del integrante que se encuentra padeciendo la enfermedad. Algunos autores afirman lo siguiente:

Los familiares visualizan la figura de este profesional como la más cercana, la que más interactúa en relación al cuidado y apoyo continuo, coincidiendo con estudios de diferentes contextos. Las personas con una colostomía deben vivir la experiencia de adaptarse como un ser diferente, requiriendo un ajuste de su imagen y autoconcepto, además de enfrentarse, junto con su familia, a múltiples complicaciones que necesitan ser abordadas profesionalmente. (Ferreira Umpiérrez et al., 2014)

Para finalizar la dimensión familiar que atraviesa el sujeto que cursa una colostomía, se puede decir de ésta que es el lugar natural para nacer, vivir, y morir. La familia desempeña un papel decisivo en el proceso salud – enfermedad, tanto en el nacimiento del problema, como en su resolución. Se espera de ésta una actitud de comprensión, de cooperación para facilitar el afrontamiento, las conductas resultantes y los cambios por los que atraviesa el miembro de la familia que padece la enfermedad.

Aspectos económicos

Conforme transcurren los años y la evolución de las sociedades a lo largo de la historia, junto con las tendencias, la calidad de vida, las condiciones de vivienda, el trabajo, etc., se puso en escena otro tipo de enfermedades, particularmente cardiovasculares y el cáncer (Macionis & Plummer, 2011). Las desigualdades de salud se encuentran estrechamente vinculadas con las desigualdades económicas. En este sentido, se apunta a las necesidades que los pacientes poseen y el acceso a los recursos sanitarios. Existe una clara relación entre clase social y atención sanitaria. Macionis y Plummer (2011) afirman que “las diferencias de clase en morbilidad y mortalidad proporcionan evidencia suficiente para afirmar que los factores económicos y sociales siguen determinando de forma trascendental el modo en que la gente vive y muere” (p.623). En este punto, es importante el papel del un Estado presente, que posea una visión de la sanidad como un derecho de los ciudadanos en términos de equidad.

Desafortunadamente, los individuos que pertenecen a los grupos vulnerables de la sociedad se encuentran con barreras para acceder a los dispositivos indispensables para el tratamiento de la colostomía ya que estos suelen ser de alto costo. Además, se enfrentan a dificultades en cuanto a su actividad laboral o profesional por la pérdida de la capacidad física, la exclusión laboral de los empleadores y los desempleados que no consiguen trabajos formales.

Como consecuencia, de las situaciones antes mencionadas, se genera frustración y autoaislamiento social, debido a que los individuos ya no se sienten útiles para el sistema, por lo que se afirma que “existen varios tipos de exclusión social: económica, económica – laboral, educativa, sociosanitaria” (Zurro & Solá, 2011).

En consecuencia, la posición socioeconómica de las personas es un estratificador social en este marco de desigualdades sociales. Los recursos económicos influirán directamente en el tratamiento de los pacientes que cursan una colostomía, en la calidad de los insumos, en los materiales necesarios para el cuidado de la piel, el tipo de bolsa de drenado y la necesidad de sustituirla. Es por ello, que es de vital importancia la existencia de un Estado presente que rompa con las barreras que se interponen en el acceso a la salud, la distribución de los elementos necesarios de calidad (bolsas y accesorios) y que se encargue de la reinserción laboral de estos pacientes, para contribuir a una mayor aceptación de los cambios físicos y funcionales, favorecer la independencia, la autonomía y el retorno a las actividades diarias (De Alencar y Barros Araújo Luz, 2014). La existencia de leyes y/o niveles de atención que cubran la universalidad del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de la población ostomizada, es fundamental para que ésta alcance el nivel más elevado de calidad de vida.

Aspectos comunicacionales

Junto con los cambios que experimentan las sociedades, se ha ido transformando el uso de las tecnologías modernas. La comunicación, la popularización de internet y las herramientas que permiten el acceso en cualquier lugar y momento, por lo que “su popularización está cambiando la forma como los ciudadanos entienden y abordan su salud, y como se relacionan con el sistema sanitario” (Zurro et al., 2014.) Según la OMS,

La alfabetización en salud hace referencia a la habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. (Zurro et al., 2014)

Como se ha investigado en estudios anteriores, el conocimiento de la variable comunicacional permite tener en cuenta las barreras a las que se enfrentan la población de individuos colostomizados como el acceso a la información y la posibilidad de enfrentar y superar la comprensión del paciente y la familia. Algunos autores en su estudio, afirman lo siguiente:

La falta de medios y formación por parte de los profesionales que les atendieron en el contexto hospitalario, junto con la escasez de la información recibida, originó no solo la aparición de sentimientos de miedo, incertidumbre y desamparo, sino también de otros problemas con la piel periestomal. (De las Nieves et al., 2017)

Además de la escasez de información por parte del sistema sanitario en general, hay que tener en cuenta las listas de espera, la gestión de citas, la falta de información tanto preoperatoria como post operatoria, las instrucciones que el paciente debe seguir al momento de llegar al hogar, la falta de medios y profesionales formados para atender a pacientes portadores de ostomas. Aquí es donde nace la necesidad imperiosa del accionar del profesional de enfermería como núcleo entre el paciente – familia y el sistema sanitario. La información y el conocimiento son dos pilares fundamentales para desarrollar estrategias de afrontamiento del paciente que atraviesa por una colostomía y su familia para evitar respuestas negativas y evitar el sufrimiento prolongado en el tiempo. El desafío en este contexto, será fortalecer el vínculo paciente –

profesional desde un abordaje que abrace estas insuficiencias que dejan baches abiertos en el proceso de recuperación. Varios autores afirman:

También manifiestan el cambio que experimentaron en sus vidas tras contar con una persona que les orientara en todos los aspectos relacionados con el estoma. Esto contribuyó a que desapareciera la sensación de incertidumbre y miedo que provoca el desconocimiento y la falta de información, promocionando el retorno a la vida normal. (De las Nieves et al., 2017)

Actualmente existen variadas herramientas que el personal de enfermería puede explotar para derrumbar las barreras que se interponen en cuanto al acceso a la información. La telemedicina puede referirse como “la utilización de comunicaciones avanzadas para intercambiar información sanitaria y proporcionar servicios de salud a través de barreras geográficas, temporales, sociales y culturales” (Zurro et al., 2014). Esta herramienta se puede aplicar para brindar atención sanitaria a individuos que vivan muy dispersos geográficamente, alejados de centros de atención presencial, aquellos a los cuales por su situación de salud se les imposibilite esperar tiempos extensos para asistir a un turno médico, etc. Por lo tanto, esta herramienta permite la asistencia al paciente sin precisar que éste se desplace y favorece la integración de los demás profesionales como clínico, nutricionista, psicólogo, etc. en el proceso de recuperación.

Para concluir, se puede resaltar la importancia de que el personal de enfermería adopte y adapte a su trabajo las herramientas que los avances tecnológicos ofrecen actualmente para realizar una atención personalizada y disminuir las barreras existentes entre al acceso a la información y el paciente - familia. Zurro y colaboradores (2017) afirman que la teleenfermería es “la posibilidad de ofrecer servicios de enfermería a pacientes distantes de la enfermera” (Zurro et al., 2014). La creación de grupos de personas en igualdad de condiciones

para la difusión de información, la traducción de las indicaciones médicas que muchas veces generan desconcierto en el paciente, la continuidad del cuidado ambulatorio, las charlas educativas relacionadas al autocuidado, etc. son necesidades sumamente importantes, que pueden ser cubiertas por el profesional de enfermería y generalmente quedan descubiertas.

Objetivo

Objetivo general

Describir y analizar cómo es el afrontamiento de los pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años, en su vida diaria, en la República Argentina durante el período Junio a diciembre 2022.

Objetivos secundarios

1. Analizar cuáles son los aspectos psicológicos que afrontan los pacientes colostomizados en su vida diaria (autocuidado, imagen personal, adherencia al tratamiento, temores).
2. Caracterizar cuáles son los aspectos sociales que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (realización de actividades diarias, interacción social).
3. Describir son los aspectos familiares que interactúan en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (familia, contención familiar, actividades del hogar, conocimiento familiar de la situación clínica).
4. Identificar son los aspectos económicos que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (trabajo, acceso y provisión de insumos).
5. Caracterizar cuáles son los aspectos comunicacionales que afectan al afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (acceso a la información, seguimiento profesional).

Diseño metodológico

Tipo de diseño

La presente investigación posee un diseño mixto transformativo secuencial (DISTRAS) porque incluye dos etapas de recolección de los datos y los resultados de las etapas cuantitativas y cualitativas son integrados durante la interpretación (Sampieri et al., 2014). Además, es etnográfico realista porque “pretende explorar, examinar y entender sistemas sociales (grupos, comunidades, culturas y sociedades), así como producir interpretaciones profundas y significados culturales, desde la perspectiva o punto de vista de los participantes o nativos” (Sampieri, et al., 2014). También, este estudio es de tipo descriptivo ya que se afirma que “con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características, los perfiles y las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a su análisis” (Sampieri et al., 2014). Además, este estudio es secuencial porque incluye dos etapas de recolección de datos (cualitativa y cuantitativa); es de tipo transaccional o transversal porque “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Sampieri et al., 2014); y es retrospectivo, porque cuenta con el objetivo de describir un fenómeno ya transcurrido al momento de realizar las preguntas (Sampieri et al., 2014).

Unidad de análisis

La unidad de análisis de esta investigación serán cada uno de los pacientes colostomizados de la República Argentina, de entre 30 y 70 años de edad.

Población de estudio

La población de estudio de esta investigación serán los pacientes colostomizados de todo el territorio de la República Argentina, de entre 30 y 70 años de edad.

Criterio de inclusión

- Pacientes colostomizados de entre 30 y 70 años de edad de la República Argentina que estén cursando actualmente una colostomía.
- Pacientes que hayan cursado una colostomía recientemente, en los últimos dos años. (*)
- Personas que deseen participar de la investigación.

(*) Se incluirán en esta investigación pacientes que hayan cursado una colostomía recientemente en los últimos dos años, ya que amerita la importancia del objetivo de describir cómo es el afrontamiento en su vida diaria en cuanto a la experiencia personal, y no su situación clínica.

Criterio de exclusión

- Pacientes que hayan cursado una colostomía con antigüedad de más de dos años.
- Personas que no deseen participar de la investigación.

Muestra

La muestra de esta investigación posee un método no probabilístico debido a que se afirma que es un “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la población” (Sampieri et al., 2014). Además, es voluntaria, compuesto por individuos que cuenten con los criterios de inclusión y exclusión, que respondan la encuesta enviada por Google Forms en la todo el territorio de la República Argentina.

Fuentes de información

La fuente de información de las encuestas enviadas por Google Form es de tipo primaria, ya que serán respondidas por el mismo paciente.

Matriz de datos

Variable	VV	Dimensión	VD	Indicadores	Categorías
Demográfica		Sexo		1) Género	a) Femenino b) Masculino c) Binario
		Edad		2) Años	a) 30 a 45 años b) 46 a 65 años c) 66 a 70 años
		Educación		3) Nivel educativo	a) Primario b) Secundario c) Nivel terciario / universitario
		Vivienda		4) Situación habitacional	a) Propietario b) Inquilino c) Hogar / geriátrico d) Vivienda prestada
		Familia		5) Composición familiar	a) Soltera / o b) En pareja c) Grupo familiar
		Física		6) Situación clínica de la colostomía	a) Cursa actualmente la colostomía b) Cursó una colostomía en los últimos dos años c) Cursó una colostomía hace más de dos años

Variable	VV	Dimensión	VD	Indicadores	Categorías	
Afrontamiento	a) Muy difíciloso b) Dificultoso c) Poco difíciloso d) Nada difíciloso	<i>Aspectos Psicológicos:</i>	a) Muy adecuado b) Adecuado c) Poco adecuado d) Inadecuado			
				<i>Autocuidado</i>	7) ¿Diariamente, realiza tareas de cuidado de la piel de la ostomía?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
					8) ¿Realiza cuidados diarios de la bolsa de colostomía (recambio y/o vaciado de la bolsa)?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				<i>Imagen personal</i>	9) ¿Considera que los cuidados diarios que realiza son suficientes? ¿Por qué?	
		10) ¿Se siente en comodidad con su cuerpo y la presencia de la bolsa?			a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca	
		11) ¿La bolsa condiciona la ropa que se va a poner?			a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca	
		12) ¿Realiza contacto físico con otras personas abrazar, besar, etc.?			a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca	
		13) ¿Le preocupa los ruidos intestinales y los que despide la bolsa?			a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca	
		14) ¿Permite que otras personas lo vean sin ropa para ayudar al cuidado de la ostomía?			a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca	
		15) ¿Cómo se siente con respecto a su sexualidad con la presencia de la bolsa (intimidad, atractivo sexual)? ¿Por qué?				
16) ¿Cree que cumple con todas las indicaciones	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca					

		Adherencia al tratamiento		realizadas por el médico?	
				17) ¿Siente que es necesario realizar todo lo indicado por el médico para mejorar su situación de salud?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				18) ¿Acude a las citas programadas con el médico?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				19) ¿Usted les comenta a otras personas que tiene una bolsa de colostomía?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				20) ¿Cómo se sintió cuando le informaron que le iban a colocar la bolsa de colostomía? Explique brevemente	
		Temores		21) ¿Siente preocupación por que la bolsa se desprenda u ocurra algún accidente cuando se encuentra fuera de su casa?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				22) ¿Siente miedo de que la bolsa despida olor?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				23) ¿Siente miedo de no poder controlar el llenado y el vaciado de la bolsa?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				24) ¿Cómo se siente acerca del tiempo de permanencia de la bolsa? Explique brevemente	
		Aspectos Sociales	a) Muy satisfactorio b) Satisfactorio c) Poco satisfactorio d) Insatisfactorio		

		Realización de las actividades diarias		25) ¿La bolsa lo condiciona para realizar las tareas diarias del hogar?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				26) ¿La bolsa lo limita o condiciona al momento de pasar tiempo fuera de su casa?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				27) ¿Usted realiza actividad física o participa en actividades recreativas con otras personas?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				28) ¿Considera que la bolsa lo condiciona para realizar las actividades diarias (compras, viaje en transporte público, búsqueda de niños al colegio, ocio, etc.)? ¿Por qué?	
		Interacción social		29) ¿La bolsa lo limita al momento de compartir reuniones, eventos, encuentros con amigos?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				30) ¿Siente incomodidad cuando comparte espacios con otras personas?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				31) ¿Se anima a conocer gente nueva?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				32) ¿Qué considera que pueden hacer las demás personas para que usted se sienta a gusto compartiendo el espacio? Explique brevemente	
		Aspectos familiares:	a) Muy contenedor b) Contenedor c) Poco contenedor d) Nada contenedor		
		Familia			a) Siempre b) Casi siempre

				33) ¿Diariamente, comparte tiempo con su familia?	c) Pocas veces d) Nunca
				34) ¿Su familia le hace sentir comodidad por la presencia de la bolsa?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				35) ¿Su familia lo ayuda en el cambio de la bolsa y cuidado de la piel?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				36) ¿Desde el principio, se sintió acompañado por su familia?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				37) ¿Cómo considera que podría mejorar el vínculo familiar? Explique brevemente	
				38) ¿Recibe colaboración de su familia para realizar las tareas diarias de su casa como limpiar, ir de compras, lavar ropa, etc.?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				39) ¿Siente que su familia colabora con la realización de las tareas diarias?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				40) ¿Cómo cree que su familia podría ayudarlo en el hogar? Explique brevemente	
				41) ¿Su familia estuvo presente desde el momento del informe médico?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				42) ¿Su familia recibió información sobre su situación clínica?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				43) ¿Se siente acompañado en esta situación por su familia?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				44) ¿Su familia lo acompaña a las citas médicas?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				45) ¿De qué otra forma cree que su familia lo puede	

Conocimiento familiar de la situación clínica

				acompañar? Explique brevemente	
		Aspectos económicos:	a) Muy suficiente b) Suficiente c) Poco suficiente d) Insuficiente		
		Trabajo		46) ¿Recibe alguna ayuda o aporte del gobierno?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				47) ¿Cuál es su situación laboral actual? Explique brevemente	
		Acceso y provisión de insumos		48) ¿Cómo considera que es el acceso a los insumos (bolsas, cremas, etc.) para el cuidado de la bolsa?	a) Muy accesible b) Accesible c) Poco accesible d) Inaccesible
				49) ¿Cómo le resulta económicamente, la compra de insumos (bolsas, cremas, etc.) con su propio dinero?	a) Muy accesible b) Accesible c) Poco accesible d) Inaccesible
				50) ¿Recibe insumos de manera gratuita por parte del Estado?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				51) ¿Qué tipo de bolsa elige para utilizar? ¿Por qué?	
		Aspectos comunicacionales:	a) Muy accesible b) Accesible c) Poco accesible d) Inaccesible		
		Acceso a la información		52) ¿Considera que despeja todas sus dudas con la información que le brinda su médico respecto a su situación?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca

		<i>Seguimiento profesional</i>			
				53) ¿Escuchó hablar sobre la Ley de Ostomizados?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				54) ¿Considera que es fácil y accesible obtener información sobre el cuidado de la bolsa y su situación clínica? Explique brevemente	
				55) ¿Recibe seguimiento clínico por parte de su médico de cabecera?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				56) ¿Recibe seguimiento clínico por parte del equipo profesional (nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, etc.)?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				57) ¿Usted puede acceder a su médico de forma fácil ante una emergencia o una consulta?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				58) ¿El personal de enfermería le brinda información y cuidados apropiados en el hospital en su domicilio?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				59) ¿Usted puede acceder a consultas telefónicas o videollamadas con los profesionales?	a) Siempre b) Casi siempre c) Pocas veces d) Nunca
				60) ¿Qué mejoras deberían aplicarse en su seguimiento profesional? Explique brevemente	

Presentación y análisis de los datos

Tabla 1

Caracterización de la Población Según Género, Edad y Nivel Educativo Alcanzado.

Género/Edad	Primario	Secundario	Terciario/Universitario	Total
Femenino	3,95%	15,79%	48,68%	68,42%
De 30 a 45 años	0,00%	6,58%	27,63%	34,21%
De 46 a 65 años	2,63%	9,21%	17,11%	28,95%
De 66 a 70 años	1,32%	0,00%	3,95%	5,26%
Masculino	6,58%	9,21%	15,79%	31,58%
De 30 a 45 años	1,32%	2,63%	7,89%	11,84%
De 46 a 65 años	1,32%	6,58%	5,26%	13,16%
De 66 a 70 años	3,95%	0,00%	2,63%	6,58%
Total general	10,53%	25,00%	64,47%	100,00%

Nota. Esta tabla muestra el género, la edad y el nivel educativo alcanzado de la población encuestada.

Gráfico 1

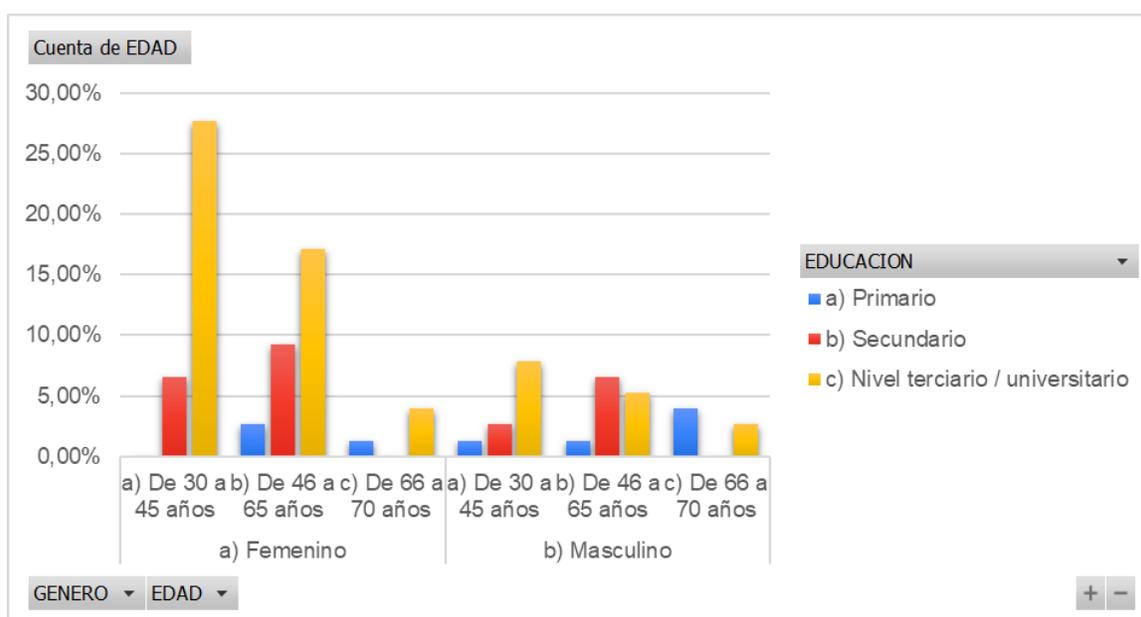


Tabla 2

Caracterización de la Población Según Género, Edad y Situación Familiar.

Género/Edad	Soltera/o	En pareja	Grupo familiar	Total
Femenino	11,84%	15,79%	40,79%	68,42%
De 30 a 45 años	7,89%	9,21%	17,11%	34,21%
De 46 a 65 años	3,95%	5,26%	19,74%	28,95%
De 66 a 70 años	0,00%	1,32%	3,95%	5,26%
Masculino	3,95%	13,16%	14,47%	31,58%
De 30 a 45 años	2,63%	3,95%	5,26%	11,84%
De 46 a 65 años	0,00%	3,95%	9,21%	13,16%
De 66 a 70 años	1,32%	5,26%	0,00%	6,58%
Total general	15,79%	28,95%	55,26%	100,00%

Nota. Esta tabla muestra el género, la edad y la situación familiar de la población encuestada.

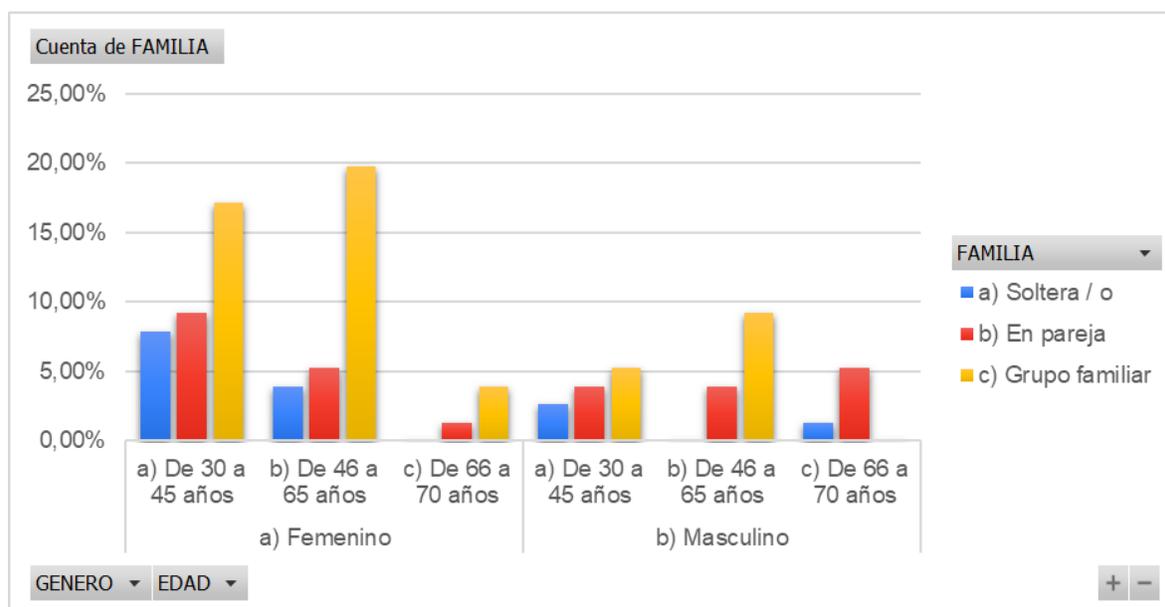
Gráfico 2

Tabla 3

Caracterización de la Población Según Género, Edad y Situación de Vivienda.

Género/Edad	Propietario	Inquilino	Hogar/Geriátrico	V. Prestada	Total
Femenino	51,32%	11,84%	1,32%	3,95%	68,42%
De 30 a 45 años	23,68%	5,26%	1,32%	3,95%	34,21%
De 46 a 65 años	22,37%	6,58%	0,00%	0,00%	28,95%
De 66 a 70 años	5,26%	0,00%	0,00%	0,00%	5,26%
Masculino	19,74%	3,95%	3,95%	3,95%	31,58%
De 30 a 45 años	5,26%	1,32%	3,95%	1,32%	11,84%
De 46 a 65 años	9,21%	1,32%	0,00%	2,63%	13,16%
De 66 a 70 años	5,26%	1,32%	0,00%	0,00%	6,58%
Total general	71,05%	15,79%	5,26%	7,89%	100,00%

Nota. Esta tabla muestra el género, la edad y la situación de vivienda en la que se encuentra la población encuestada.

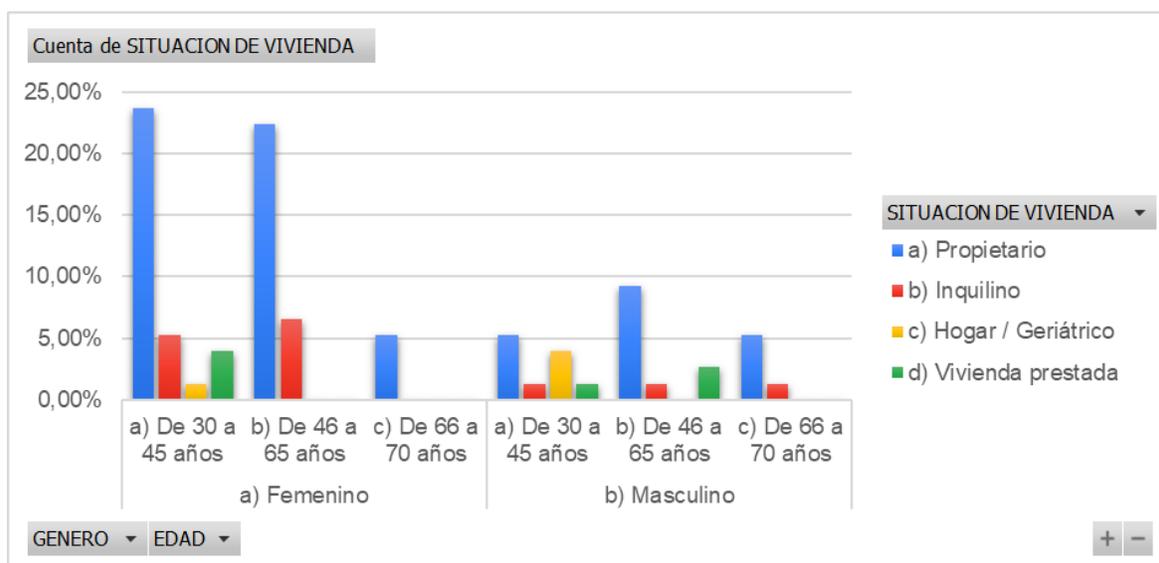
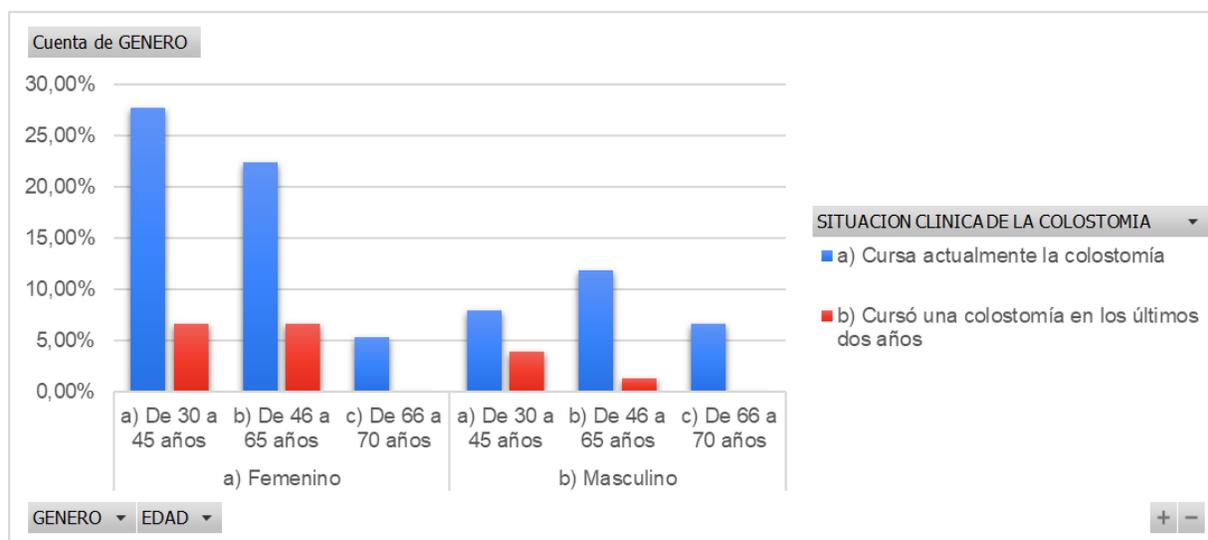
Gráfico 3

Tabla 4

Situación Clínica de la Colostomía Según la Edad y Género.

Género/Edad	Cursa actualmente la colostomía	Cursó una colostomía en los últimos dos años	Total
Femenino	55,26%	13,16%	68,42%
De 30 a 45 años	27,63%	6,58%	34,21%
De 46 a 65 años	22,37%	6,58%	28,95%
De 66 a 70 años	5,26%	0,00%	5,26%
Masculino	26,32%	5,26%	31,58%
De 30 a 45 años	7,89%	3,95%	11,84%
De 46 a 65 años	11,84%	1,32%	13,16%
De 66 a 70 años	6,58%	0,00%	6,58%
Total general	81,58%	18,42%	100,00%

Nota. Esta tabla muestra el género, la edad y la situación clínica de la población encuestada, si se encuentran cursando actualmente una colostomía, o la han cursado en los últimos dos años.

Gráfico 4

Análisis de las tablas 1, 2, 3, 4

En la Tabla 1 se puede observar que de 76 personas encuestadas (100%), el 68,42% (52) son de sexo femenino, mientras que el 31,58% (24) son de sexo masculino. Dentro del grupo del sexo femenino se puede observar en los tres rangos etarios el predominio del nivel terciario / universitario con un valor total de 48,68% (37), mientras que dentro del grupo de sexo masculino se puede diferenciar mayor predominio del nivel terciario / universitario en el rango etario de 30 a 45 años con un valor de 7,89% (6), luego nivel secundario con un valor de 6,58% (4) en el rango etario de 46 a 65 años y por último en nivel primario en el rango de mayor edad 66 a 70 años con un valor de 3,95% (3). Estos resultados se hacen evidentes teniendo en cuenta las diferencias generacionales, los estilos y responsabilidades variadas que diferencian un rango etario del otro, ya que en edad más adulta la responsabilidad recaía sobre el trabajo, en oposición de los tiempos actuales donde los adultos jóvenes y adultos medios trabajan y estudian simultáneamente.

En la Tabla 2 muestra que existe un predominio de ambos sexos que viven con su grupo familiar. Con respecto al sexo femenino, del total 68,42% (52), en los tres rangos etarios el 40,79% (31) viven con su grupo familiar, mientras que del total del sexo masculino 31,48% (24) predomina el grupo familiar en los rangos etarios 30 a 45 años 5,26% (4) y 46 a 65 años 9,21% (7), siendo que los adultos mayores de 66 a 70 años viven en pareja 5,26 (4). Estos resultados demuestran que la mayoría de la población adulta joven y adultos medios conviven en grupos familiares, ya sea con su familia política o su familia conformada, a diferencia de los adultos mayores que conviven con su pareja, claramente por la edad.

En la Tabla 3 se puede interpretar que en los tres rangos etarios de ambos sexos prevalece la población que es propietaria. Del total de la población femenina encuestada 68,42% (52), el

51,32% (39) refirió ser propietaria, siendo en menor cantidad las personas inquilinas 11,84% (9), hogar / geriátrico 1,32% (1) y vivienda prestada 3,95% (3). Asimismo, del total de la población masculina 31,58% (24), el 19,74% (15) refirió ser propietaria, siendo en menor cantidad las personas inquilinas 3,95% (3), hogar / geriátrico 3,95% (3) y vivienda prestada 3,95% (3). En ambos casos se puede valorar que el rango etario de 30 a 45 años de ambos sexos el que posee mayor número de población inquilina.

En la Tabla 4 demuestra que del total de la población encuestada 100% (76), el sexo femenino posee una gran prevalencia de personas colostomizadas en relación al sexo masculino 55,26% (42), siendo el rango etario de 30 a 45 años con mayor porcentaje la población que cursa actualmente una colostomía 27,63% (21), siguiendo el rango etario de 46 a 65 años 22,37% (17) y por último el rango etario 66 a 70 años 5,26% (4), y siendo un porcentaje de 13,16% (10) las mujeres que cursaron una colostomía en los últimos dos años. Con respecto al sexo masculino, hay un mayor número de personas en el rango etario de 46 a 65 años 11,84% (9), siguiendo el rango etario de 30 a 45 años con un valor de 7,89% (6) y menor valor el rango etario 66 a 70 años 6,58% (5), y siendo un porcentaje de 5,26% (4) los hombres que cursaron una colostomía en los últimos dos años.

Tabla 5*Aspectos Psicológicos*

Género/Edad	Adecuado	Poco adecuado	Total
Femenino	32,89%	35,53%	68,42%
De 30 a 45 años	9,21%	25,00%	34,21%
De 46 a 65 años	18,42%	10,53%	28,95%
De 66 a 70 años	5,26%	0,00%	5,26%
Masculino	14,47%	17,11%	31,58%
De 30 a 45 años	3,95%	7,89%	11,84%
De 46 a 65 años	6,58%	6,58%	13,16%
De 66 a 70 años	3,95%	2,63%	6,58%
Total general	47,37%	52,63%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos psicológicos de la población encuestada según género, edad, autocuidado, imagen personal, adherencia al tratamiento y temores.

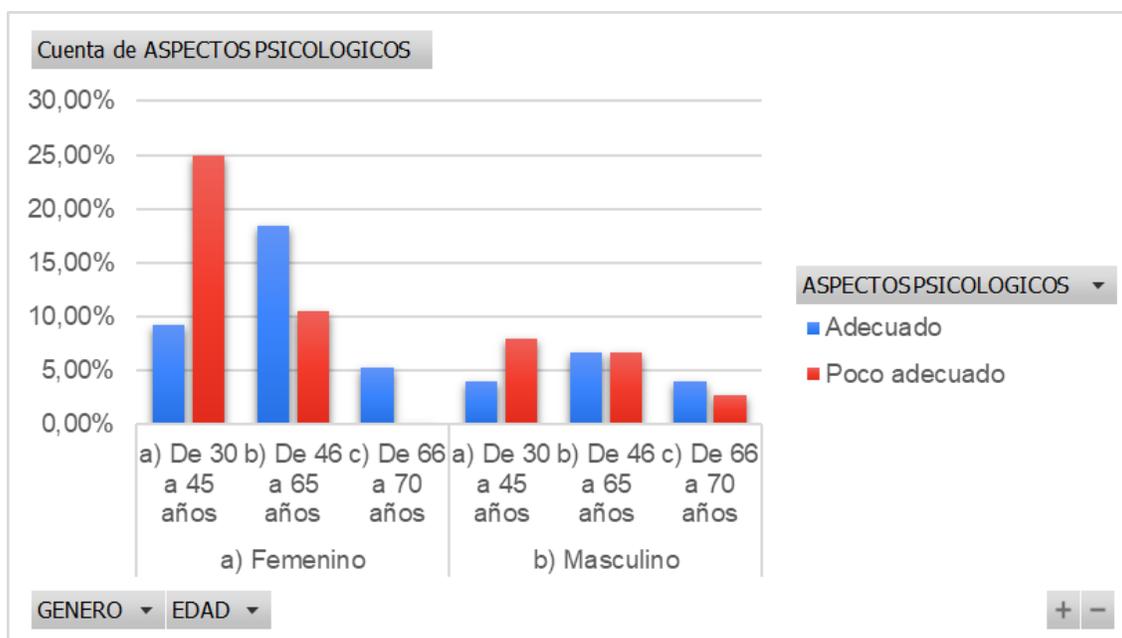
Gráfico 5

Tabla 6

Aspectos Psicológicos

Edad/Nivel Educativo	Poco		Total
	Adecuado	adecuado	
De 30 a 45 años	13,16%	32,89%	46,05%
Primario	1,32%	0,00%	1,32%
Secundario	1,32%	7,89%	9,21%
Nivel terciario / universitario	10,53%	25,00%	35,53%
De 46 a 65 años	25,00%	17,11%	42,11%
Primario	1,32%	2,63%	3,95%
Secundario	6,58%	9,21%	15,79%
Nivel terciario / universitario	17,11%	5,26%	22,37%
De 66 a 70 años	9,21%	2,63%	11,84%
Primario	3,95%	1,32%	5,26%
Nivel terciario / universitario	5,26%	1,32%	6,58%
Total general	47,37%	52,63%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos psicológicos de los/las encuestados/as según la edad, el nivel educativo alcanzado, autocuidado, imagen personal, adherencia al tratamiento y temores.

Gráfico 6

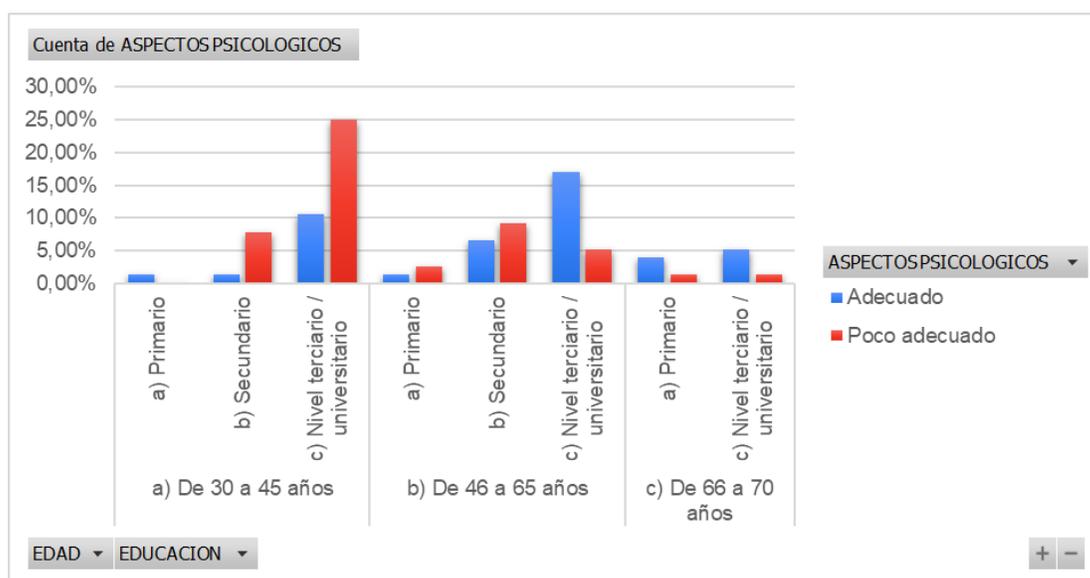


Tabla 7

Diariamente, realiza tareas de cuidado de la piel de alrededor de la ostomía

Respuesta	%
Siempre	50%
Casi siempre	28%
Pocas veces	20%
Nunca	3%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa la frecuencia con que la población encuestada, realiza los cuidados diarios relacionados con la piel periestomal.

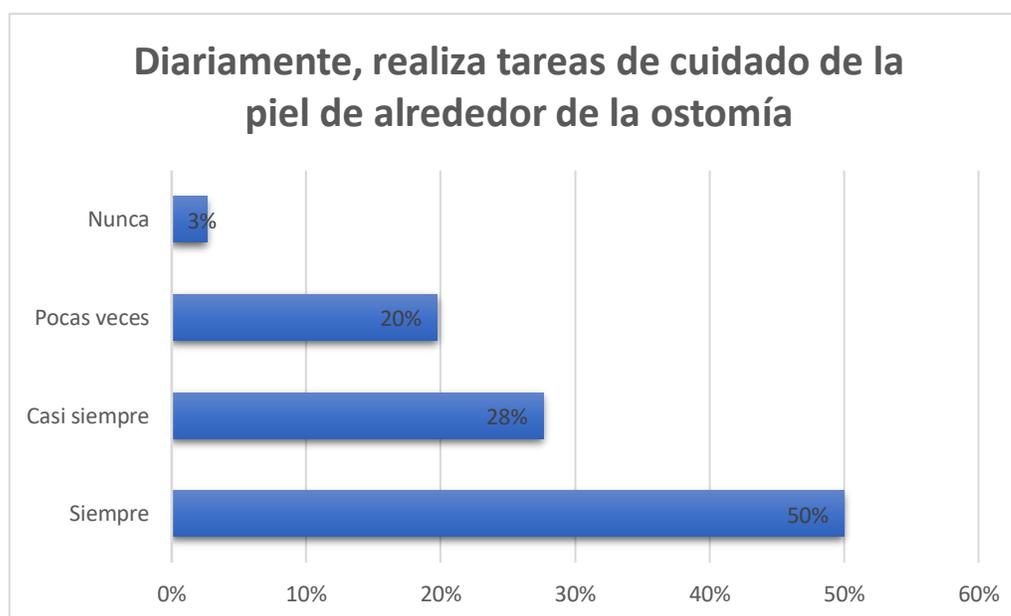
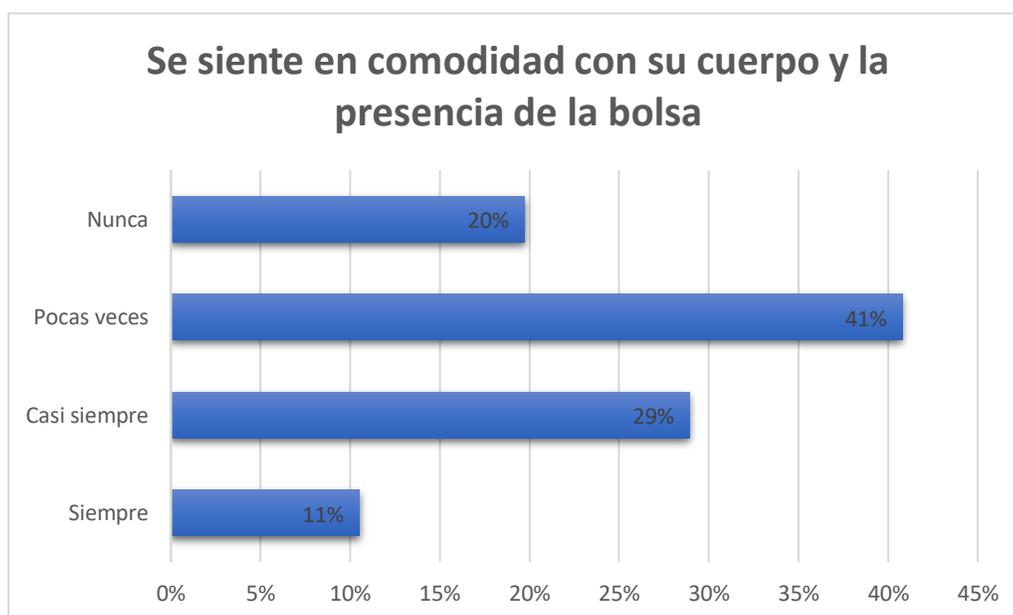
Gráfico 7

Tabla 8

Se siente en comodidad con su cuerpo y la presencia de la bolsa

Respuesta	%
Siempre	11%
Casi siempre	29%
Pocas veces	41%
Nunca	20%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa el sentimiento de comodidad de los/as encuestados/as en relación a su cuerpo y a la presencia de la bolsa.

Gráfico 8

Análisis de tabla 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

En la tabla 5, en primer lugar, se puede analizar en el total de la población encuestada 100% (76), que del total del sexo femenino 68,42% (52), las mujeres con un rango etario de 30 a 45 años poseen un afrontamiento poco adecuado con un valor de 25% (19) en comparación al sexo masculino del mismo rango etario que arroja un valor de 7,89% (6). En segundo lugar, se

encuentra nuevamente el sexo femenino revelando un afrontamiento adecuado en el rango etario de 46 a 65 años con un valor de 18,42% (14) en relación al sexo masculino 6,58% (5). En tercer lugar, se encuentra la población de mayor edad de 66 a 70 años, mostrando un adecuado afrontamiento del sexo femenino 5,26% (4) en relación al sexo masculino 3,96% (3). Dicha tabla nos muestra que el sexo femenino es el más afectado en el afrontamiento siendo poco adecuado en mujeres de menor edad 30 a 45 años y con un adecuado afrontamiento en mujeres de 46 a 65 años.

En la tabla 6 se puede observar cómo influye el nivel educativo alcanzado en el afrontamiento. Del total de las personas encuestadas 100% (76) indistintamente al género, se identifica que existe un afrontamiento poco adecuado en la población del rango etario de 30 a 45 años con un nivel terciario / universitario alcanzado arrojando un valor notorio de 25% (19) en relación al afrontamiento adecuado del mismo nivel educativo con un valor de 10,53% (8). Por el contrario, la tabla arroja como resultado que el rango etario de 46 a 65 años posee un afrontamiento adecuado en el nivel educativo terciario / universitario con un valor de 17,11% (13), siendo de menor valor el afrontamiento poco adecuado en el nivel secundario con un valor de 9,21% (7). En el rango etario de 66 a 70 años, el nivel educativo máximo posee un adecuado afrontamiento con un valor de 5,26% (4). Como resultado de los datos obtenidos de dicha tabla, se puede identificar que el adecuado afrontamiento en la población del máximo nivel educativo en personas mayores de 46 años, por lo que, a pesar de poseer el mismo nivel educativo (terciario / universitario), el afrontamiento resulta poco adecuado en personas con menor edad, de 30 a 45 años.

La tabla 7 muestra que el 50% (38) de la población encuestada, incluyendo a ambos géneros, siempre realiza los cuidados diarios relacionados con la colostomía y la Tabla 8 muestra

que prevalecen las personas que se sienten cómodas pocas veces con la presencia de la bolsa con un valor de 41% (31), siguiendo la categoría casi siempre con un valor de 29% (22).

Para finalizar, es necesario valorar que la población de menor edad estudiada (30 a 45 años) es la que posee un poco adecuado afrontamiento, sobre todo en la población del sexo femenino y en el caso de ambos sexos esta edad posee este mismo tipo de afrontamiento, aunque compartan el mismo nivel educativo.

Análisis de datos cualitativos

En la dimensión psicológica, se realizaron diferentes preguntas a los/as encuestados las cuales fueron agrupadas por categorías según las respuestas brindadas. Primeramente, se les preguntó si consideran que los cuidados diarios que realizan del cuidado de la colostomía son suficientes y por qué, a lo que el 30% respondieron que sí, son suficientes, el 24% respondió que son suficientes para evitar complicaciones relacionadas con la bolsa y alteración de la piel, son suficientes por higiene y bienestar 20%, siendo en menor medida los individuos que consideran insuficientes 8% y que deben mejorar los cuidados 4%.

En segundo lugar, se les preguntó cómo se sienten respecto a su sexualidad en cuanto a la intimidad y atractivo sexual con respecto a la bolsa, a lo que la mayoría de los/as encuestados (47%) refirieron sentir malestar, incomodidad y/o vergüenza, siendo un valor altamente considerable. Además, otras sensaciones referidas con respecto a este punto son de miedo, baja autoestima, desconfianza, etc. (3%). Solo el 18% refirió sentirse en bienestar con su sexualidad, siendo que el 7% no tiene pareja, otro 7% no posee una sexualidad activa y el 3% refirió no tener relaciones con su pareja desde el momento de la cirugía.

Además, se le preguntó a la población encuestada, cómo se sintieron al momento del informe relacionado con la colocación de la bolsa de colostomía. Con respecto a este punto, el valor más elevado fue la categoría de tristeza, depresión o angustia (24%), seguida de resignación (21%), malestar y preocupación (17%) desconocimiento y confusión (16%), negación (3%). Solo el 9% del total de los/as encuestados respondieron que sintieron bienestar y alegría por vivir (9%)

Por último, se preguntó también cómo se siente acerca del tiempo de permanencia de la bolsa. La mayoría, el 37% haberse adaptado a la bolsa de colostomía, mientras que el 29% refirió resignarse a vivir con ella. El 9% refirió sentir incomodidad y ansiedad, el 8% miedo e incertidumbre y el 3% refirió sentir frustración.

Tabla 9

Aspectos Sociales

Género/Edad	Insatisfactorio	Poco satisfactorio	Satisfactorio	Total
Femenino	3,95%	31,58%	32,89%	68,42%
De 30 a 45 años	2,63%	21,05%	10,53%	34,21%
De 46 a 65 años	1,32%	7,89%	19,74%	28,95%
De 66 a 70 años	0,00%	2,63%	2,63%	5,26%
Masculino	3,95%	19,74%	7,89%	31,58%
De 30 a 45 años	0,00%	7,89%	3,95%	11,84%
De 46 a 65 años	3,95%	7,89%	1,32%	13,16%
De 66 a 70 años	0,00%	3,95%	2,63%	6,58%
Total general	7,89%	51,32%	40,79%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos sociales de la población encuestada según la edad, género, realización de actividades diarias e interacción social que éstos desarrollan.

Gráfico 9

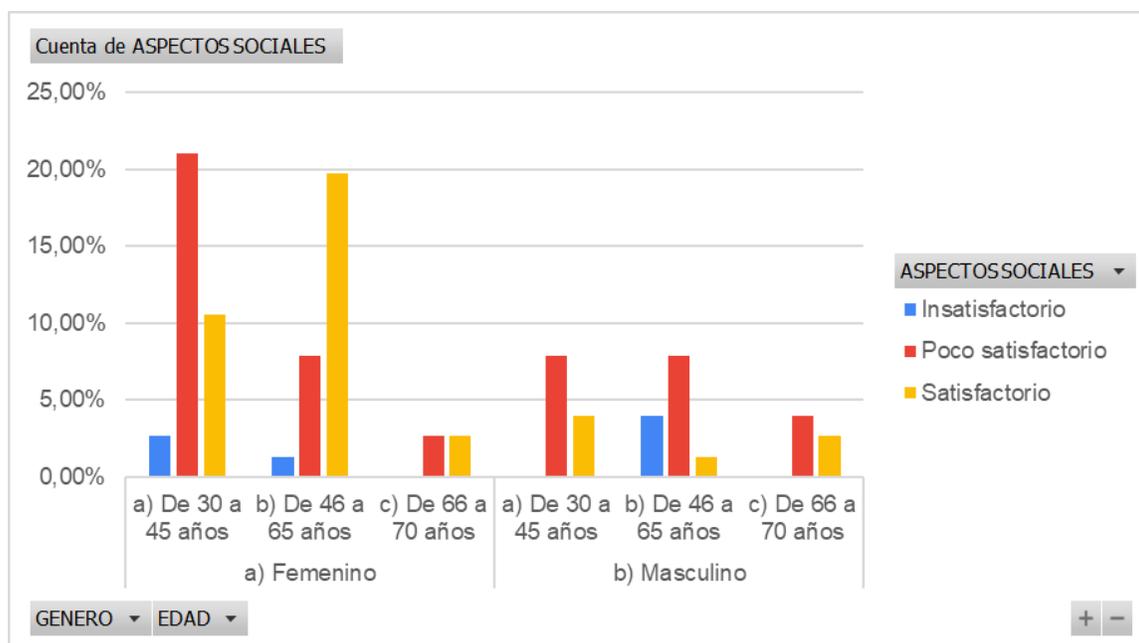


Tabla 10*Aspectos Sociales*

Género/Situación clínica	Poco			Total
	Insatisfactorio	satisfactorio	Satisfactorio	
Femenino	3,95%	31,58%	32,89%	68,42%
Cursa actualmente la colostomía	1,32%	25,00%	28,95%	55,26%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	2,63%	6,58%	3,95%	13,16%
Masculino	3,95%	19,74%	7,89%	31,58%
Cursa actualmente la colostomía	3,95%	15,79%	6,58%	26,32%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	0,00%	3,95%	1,32%	5,26%
Total general	7,89%	51,32%	40,79%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos sociales de la población encuestada según el género, la situación clínica de la colostomía, la realización de actividades diarias e interacción social que éstos desarrollan.

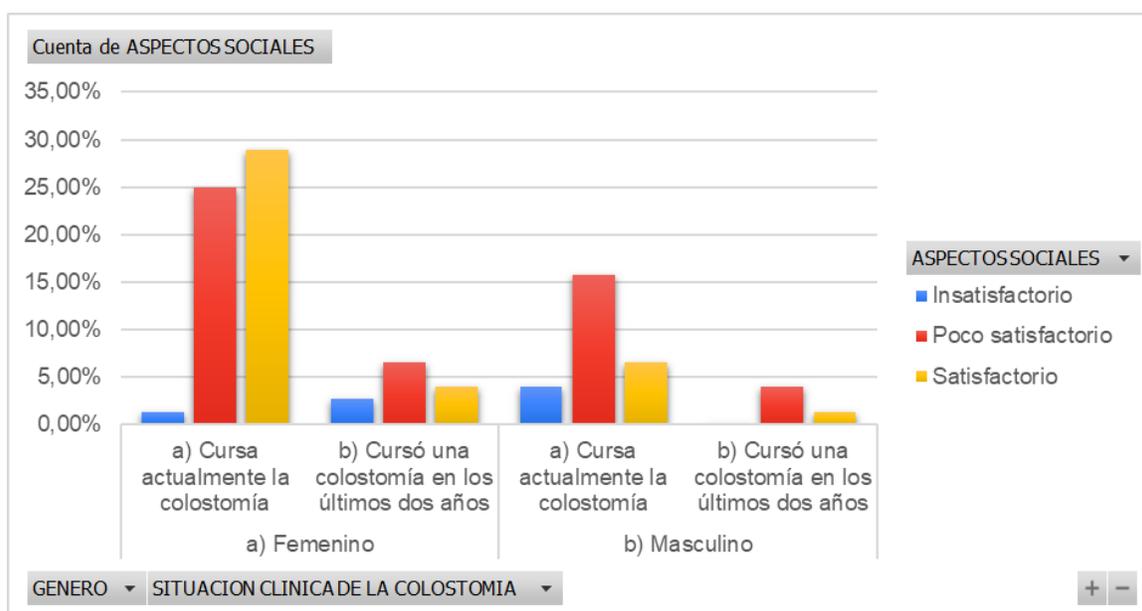
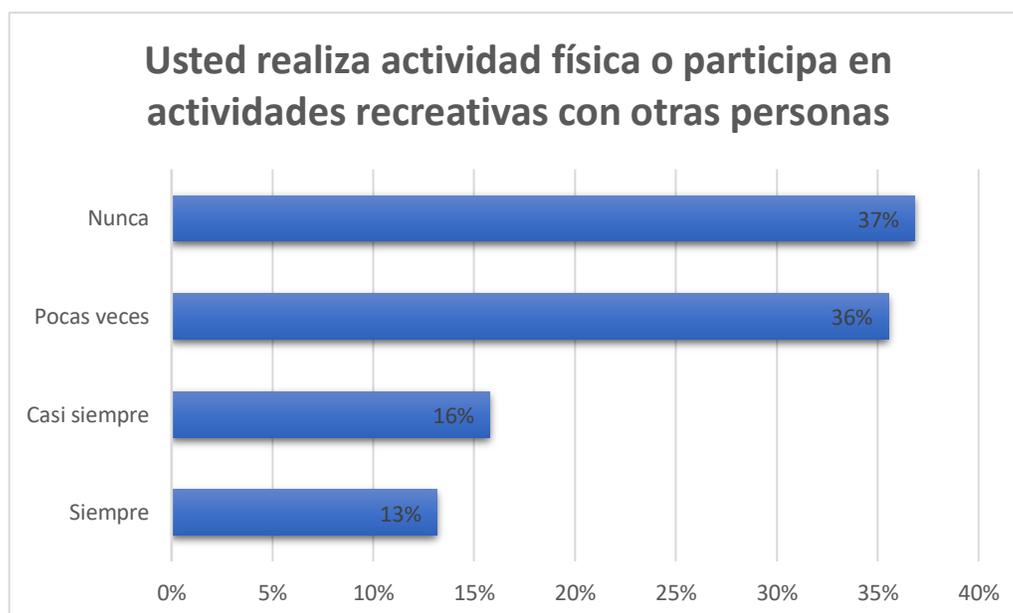
Gráfico 10

Tabla 11

Usted realiza actividad física o participa en actividades recreativas con otras personas

Respuestas	%
Siempre	13%
Casi siempre	16%
Pocas veces	36%
Nunca	37%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa la frecuencia de los/as encuestados/as con que realizan actividad física o su participación en actividades recreativas.

Gráfico 11

Análisis de la tabla 9, 10, 11

La tabla 9 muestra que del total de la población femenina 68,42% (52) existe una mayor población de mujeres correspondientes al rango etario de 30 a 45 años, que consideran poco

satisfactorio el afrontamiento en el aspecto social en relación a las mujeres de 46 a 65 años de edad que lo consideran satisfactorio 19,74% (15). Con respecto al género masculino, se puede observar que existe mayor prevalencia de afrontamiento poco satisfactorio en los tres rangos etarios, siendo de igual valor los que poseen de 30 a 45 años y 46 a 65 años con un valor de 7,89% (6) cada uno y 3,95% (3) los adultos mayores de 66 a 70 años.

En la tabla 10 se puede observar que la población de sexo femenino que cursa actualmente una colostomía refirió poseer un afrontamiento satisfactorio con un valor de 28,95% (25) en comparación de la población masculina que cursa actualmente una colostomía, la cual refirió poseer un afrontamiento poco satisfactorio con un valor de 15,79% (12). Asimismo, la población de ambos géneros que cursó en los últimos dos años una colostomía refirió que el afrontamiento fue poco satisfactorio, siendo la población del sexo femenino de 6,58% (5) y masculino de 3,95% (3), respectivamente.

En la tabla 11 se puede identificar claramente que, del total de la población encuestada, la mayoría refirió no realizar actividad física o participar en actividades recreativas con otras personas, arrojando un valor de 3% (28), asimilando el siguiente resultado de pocas veces con un valor de 36% (27).

Análisis de datos cualitativos

En la dimensión social, también se realizaron preguntas, cuyas respuestas fueron agrupadas por categorías. En primer lugar, se le preguntó a los/as encuestados si considera que la bolsa los/as condiciona para realizar las actividades de la vida diaria, ya sea ir de compras, viajar en transporte público, buscar a los niños al colegio, etc., a lo que el 45% de los encuestados refirieron no condicionar las AVD, mientras que el 18% refirió sentir temor e inseguridad porque

ocurra algún accidente en la realización de las AVD y el 16% solo en algunas ocasiones condiciona las AVD y un 13% refirió que las condiciona por completo.

En segundo lugar, se les preguntó qué consideran que las demás personas pueden hacer para que éstos se sientan cómodos o a gusto compartiendo el mismo espacio, los cuales en su gran mayoría (57%) respondieron recibir de las demás personas comprensión, empatía, respeto y que actúen de forma natural. El 16% refirieron que están conformes con la actitud del resto de las personas, el 9% considera que los demás no deben hacer nada ya que es un tema personal, y el resto considera que es necesario que la personas se informen acerca de esta patología (7%) y que no realicen ningún tipo de preguntas, solo necesitan que mantengan distancia (7%).

Tabla 12

Aspectos Familiares

Género/Edad	Contenedor	Muy contenedor	Poco contenedor	Total
Femenino	59,21%	7,89%	1,32%	68,42%
De 30 a 45 años	32,89%	0,00%	1,32%	34,21%
De 46 a 65 años	22,37%	6,58%	0,00%	28,95%
De 66 a 70 años	3,95%	1,32%	0,00%	5,26%
Masculino	27,63%	2,63%	1,32%	31,58%
De 30 a 45 años	11,84%	0,00%	0,00%	11,84%
De 46 a 65 años	10,53%	1,32%	1,32%	13,16%
De 66 a 70 años	5,26%	1,32%	0,00%	6,58%
Total general	86,84%	10,53%	2,63%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos familiares de los/as encuestados/as según el género, edad, familia, contención familiar, actividades del hogar y conocimiento familiar de la situación clínica.

Gráfico 12

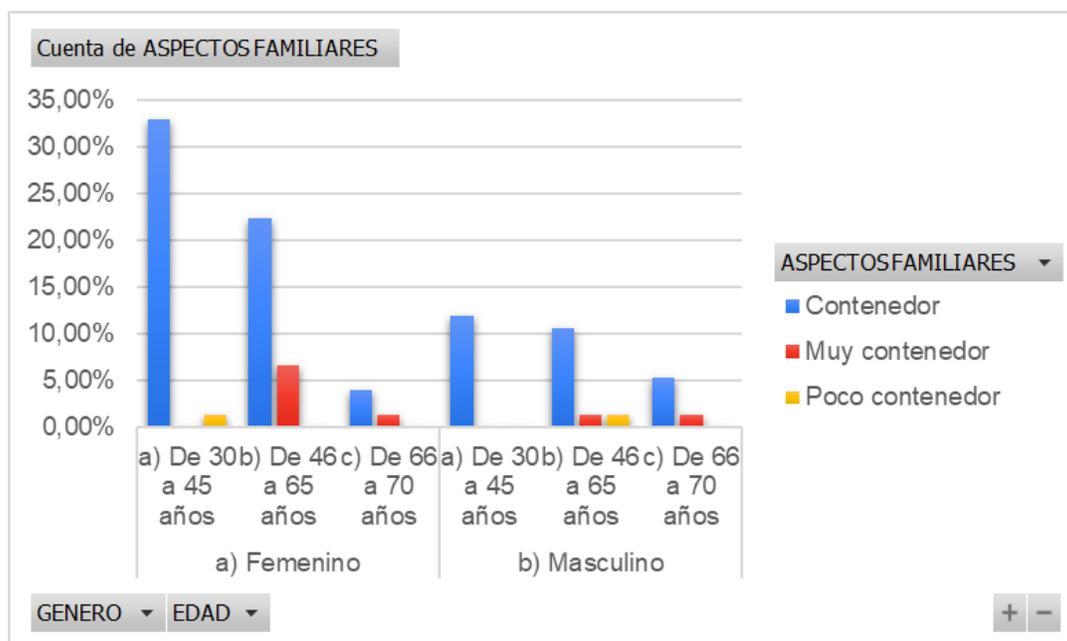


Tabla 13

Aspectos Familiares

Género/Situación clínica	Contenedor	Muy contenedor	Poco contenedor	Total
Femenino	59,21%	7,89%	1,32%	68,42%
Cursa actualmente la colostomía	47,37%	6,58%	1,32%	55,26%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	11,84%	1,32%	0,00%	13,16%
Masculino	27,63%	2,63%	1,32%	31,58%
Cursa actualmente la colostomía	22,37%	2,63%	1,32%	26,32%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	5,26%	0,00%	0,00%	5,26%
Total general	86,84%	10,53%	2,63%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos familiares de la población encuestada según el género, situación clínica de la colostomía, familia, contención familiar, actividades del hogar y conocimiento familiar de la situación clínica.

Gráfico 13

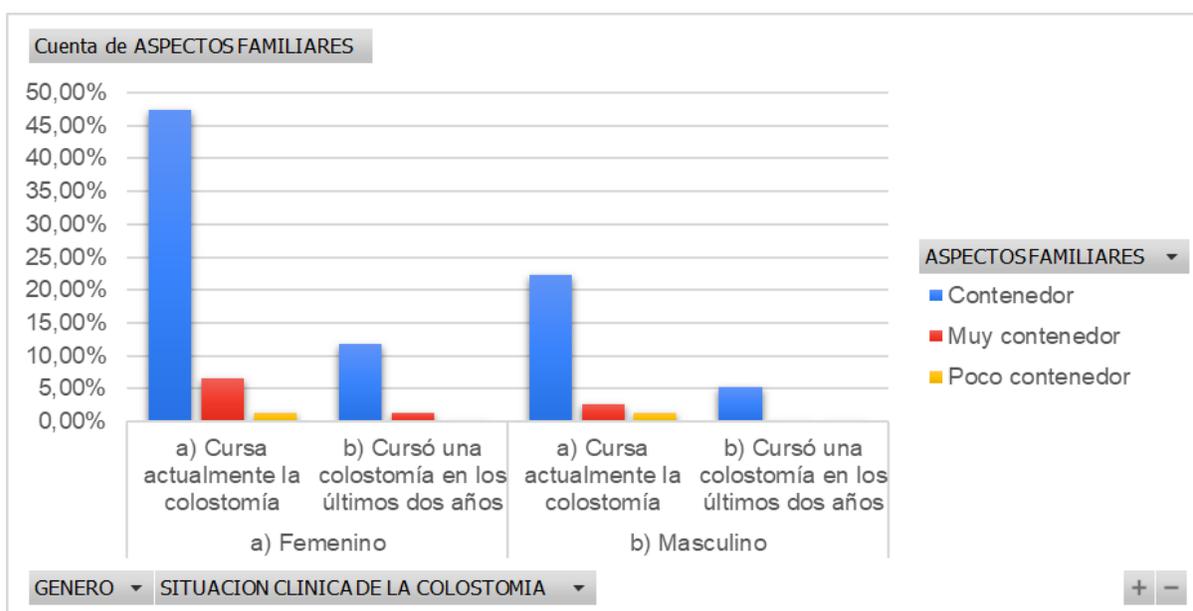


Tabla 14

Su familia lo ayuda con el cambio de la bolsa y cuidado de la piel

Respuestas	%
Siempre	36%
Casi siempre	14%
Pocas veces	26%
Nunca	11%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa la ayuda familiar que reciben los/as encuestados/as en las tareas de cambio de la bolsa de colostomía y cuidados de la piel.

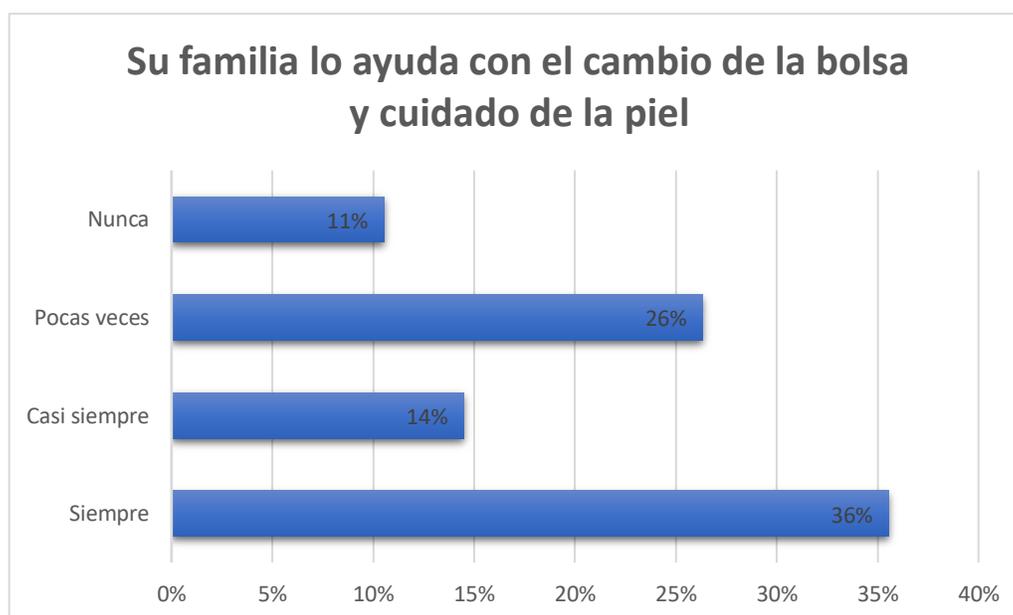
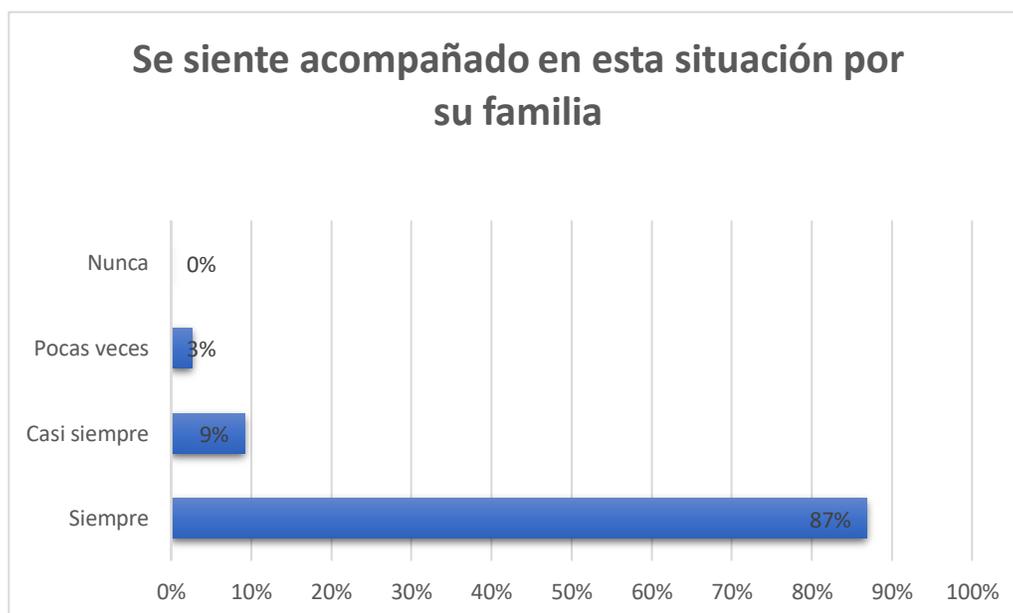
Gráfico 14

Tabla 15

Se siente acompañado en esta situación por su familia

Respuestas	%
Siempre	87%
Casi siempre	9%
Pocas veces	3%
Nunca	0%
Total	%

Nota. En la tabla se observa la frecuencia en que la población encuestada se sienten acompañados por su familia.

Gráfico 15

Análisis de la tabla 12, 13, 14, 15

En la tabla 12 se puede distinguir que, del total de la población estudiada, en ambos sexos y en los tres rangos etarios, reflejan el afrontamiento de la dimensión familiar como contenedora, siendo el mayor valor de 32,89% (25) el sexo femenino en el rango etario de 30 a 45 años y 11,84% (9) del sexo masculino del mismo rango etario. En el siguiente rango etario de 46 a 60 años en ambos casos reflejan un valor de 22,37% (17) para el sexo femenino y 10,53% (8) en el sexo masculino, respectivamente.

La tabla 13 arroja como resultado que la dimensión familiar resulta contenedora para la totalidad de la población encuestada en ambos sexos y en ambas situaciones clínicas de la colostomía. Prevalece el sexo femenino que cursa actualmente una colostomía con un valor de 47,37% (36) y el sexo masculino que cursa actualmente una colostomía con un valor de 22,37% (17). Asimismo, la población que cursó en los últimos dos años una colostomía, arrojó como resultado el sexo femenino con un valor de 11,84% (9) y el sexo masculino 5,26% (4), respectivamente. Con dichos resultados se puede identificar que la dimensión familiar resulta ser contenedora para ambos sexos y situación clínica.

La tabla 14 muestra que del total de la población encuestada el 36% refirió siempre recibir ayuda familiar en las tareas relacionadas con la bolsa y cuidado de la piel, siendo en menor medida pocas veces con un valor de 27%.

En la tabla 15 se puede observar que el 87% del total de la población estudiada refirió que siempre recibe ayuda de su familia, siendo en menor medida el 9% (7) los que casi siempre reciben ayuda familiar.

Análisis de datos cualitativos

Las preguntas realizadas en la dimensión familiar también se categorizaron según las respuestas brindadas. La primera pregunta que se le hizo a los/as encuestados, fue acerca de cómo considera que podría mejorar el vínculo familiar, los cuales la mayoría (54%) refiere estar conforme con las actitudes y la ayuda familiar que recibe. Si bien este número es considerable, algunas de las personas encuestadas a pesar de sentirse acompañada por su familia, el 16% refirió que necesitan mayor comprensión y entendimiento en cuanto a la situación que atraviesan, el 12% refirió que necesitan mayor diálogo y la motivación en el vínculo familiar y un mínimo porcentaje con un valor de 5% refirió que necesitan que su familia se informe y adquiera conocimientos sobre la situación clínica que éstos atraviesan.

Al realizarse la siguiente pregunta, acerca de cómo considera que su familia puede ayudar en el hogar, el 39% refirió sentirse conforme con la ayuda que recibe, seguidamente el 21% refirió necesitar que la familia sea equitativa y cooperativa en cuanto a las tareas diarias, considerando las limitaciones y capacidades que estas personas poseen, el 11% refirió que necesita que su familia tenga paciencia respetando los tiempos y sea comprensiva, el 12% refirió no necesitar ayuda y solo el 9% refirió necesitar ayuda en las tareas que requieren esfuerzo.

Por último, al preguntarle a los/as encuestados acerca de qué otra forma siente que su familia los puede acompañar con respecto a su situación, el 49% refirió sentirse completamente acompañado por su círculo familiar, el 29% refirió que necesitan la existencia de más diálogo, apoyo emocional y que sean comprensivos, el 9% precisan que la familia se informe más acerca de la situación clínica de la colostomía y el 3% refirió que precisa ayuda en las tareas del hogar.

Tabla 16

Aspectos Económicos

Edad/Situación de vivienda	Poco			Total
	Insuficiente	suficiente	Suficiente	
De 30 a 45 años	18,42%	27,63%	0,00%	46,05%
Propietario	9,21%	19,74%	0,00%	28,95%
Inquilino	1,32%	5,26%	0,00%	6,58%
Hogar / Geriátrico	5,26%	0,00%	0,00%	5,26%
Vivienda prestada	2,63%	2,63%	0,00%	5,26%
De 46 a 65 años	7,89%	34,21%	0,00%	42,11%
Propietario	6,58%	25,00%	0,00%	31,58%
Inquilino	1,32%	6,58%	0,00%	7,89%
Vivienda prestada	0,00%	2,63%	0,00%	2,63%
De 66 a 70 años	2,63%	7,89%	1,32%	11,84%
Propietario	1,32%	7,89%	1,32%	10,53%
Inquilino	1,32%	0,00%	0,00%	1,32%
Total general	28,95%	69,74%	1,32%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos económicos de la población encuestada según la edad, situación de vivienda, trabajo, acceso y provisión de insumos.

Gráfico 16

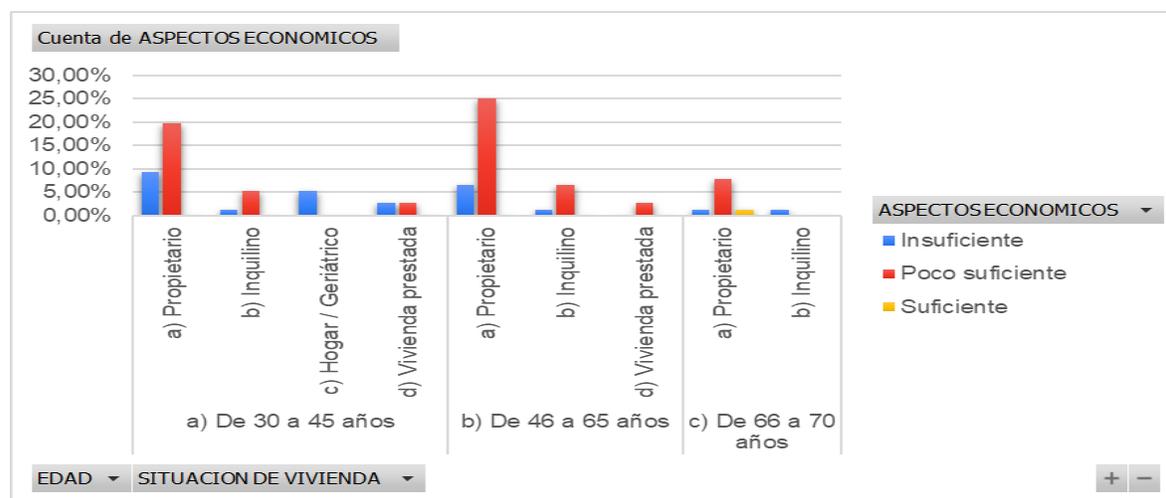


Tabla 17

Aspectos Económicos

Edad/Nivel educativo	Poco			Total
	Insuficiente	suficiente	Suficiente	
De 30 a 45 años	18,42%	27,63%	0,00%	46,05%
Primario	1,32%	0,00%	0,00%	1,32%
Secundario	3,95%	5,26%	0,00%	9,21%
Nivel terciario / universitario	13,16%	22,37%	0,00%	35,53%
De 46 a 65 años	7,89%	34,21%	0,00%	42,11%
Primario	0,00%	3,95%	0,00%	3,95%
Secundario	2,63%	13,16%	0,00%	15,79%
Nivel terciario / universitario	5,26%	17,11%	0,00%	22,37%
De 66 a 70 años	2,63%	7,89%	1,32%	11,84%
Primario	1,32%	3,95%	0,00%	5,26%
Nivel terciario / universitario	1,32%	3,95%	1,32%	6,58%
Total general	28,95%	69,74%	1,32%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos económicos de la población encuestada según la edad, nivel educativo alcanzado, trabajo, acceso y provisión de insumos.

Gráfico 17

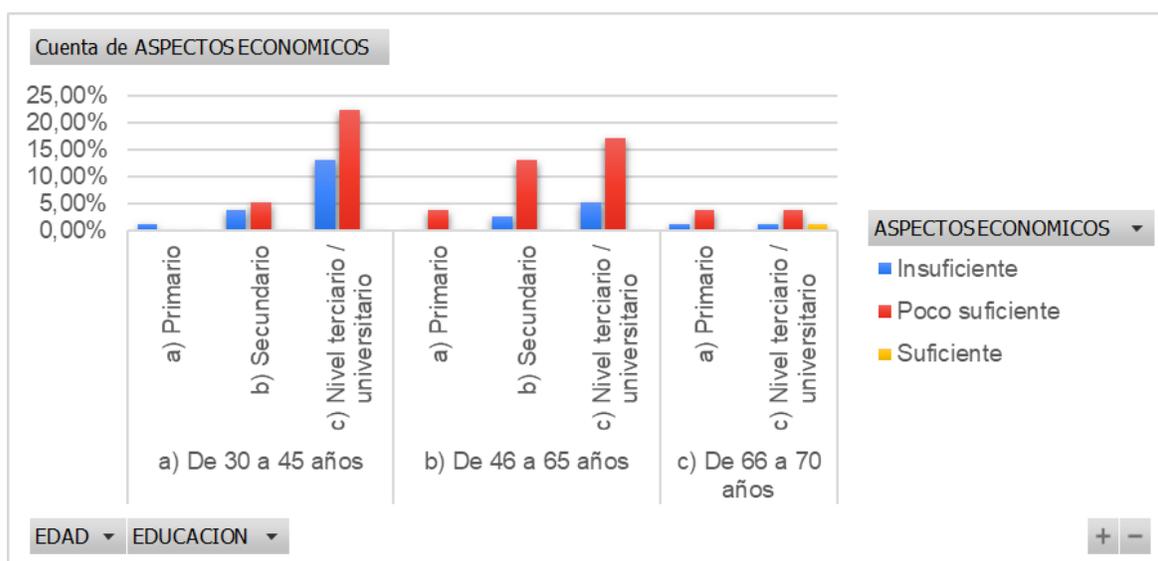


Tabla 18

Cómo le resulta económicamente, la compra de insumos (bolsas, cremas, etc.) con su propio dinero

Respuestas	%
Muy accesible	7%
Accesible	22%
Poco accesible	58%
Inaccesible	12%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa el impacto económico de los/as encuestados/as en cuanto a la compra de los insumos como bolsas, cremas, polvos, con su propio dinero para el cuidado de la colostomía.

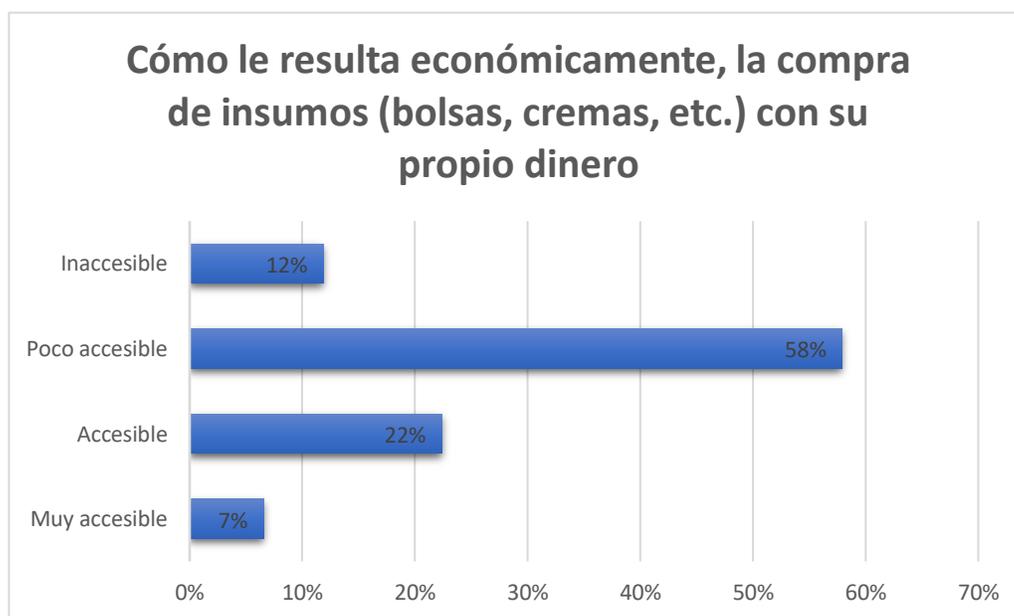
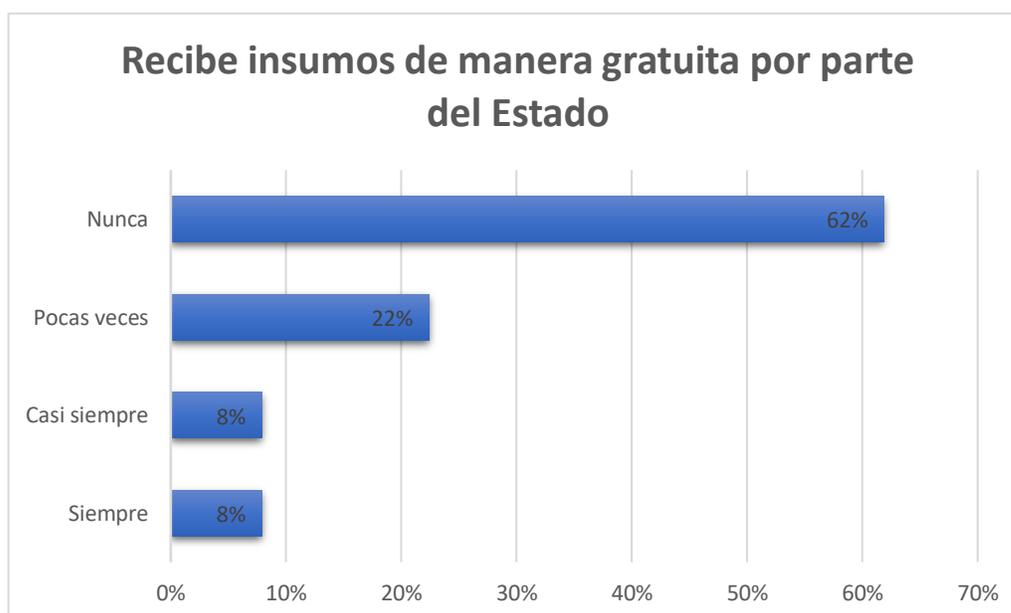
Gráfico 18

Tabla 19*Recibe insumos de manera gratuita por parte del Estado*

Respuestas	%
Siempre	8%
Casi siempre	8%
Pocas veces	22%
Nunca	62%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa la frecuencia en la que los/as encuestados/as reciben ayuda en cuanto a los insumos por parte del Estado para el cuidado de la colostomía.

Gráfico 19

Análisis de la tabla 16, 17, 18, 19

En la tabla 16 se puede observar que, del total de la población encuestada, en los tres rangos etarios predomina la categoría propietaria con un afrontamiento poco suficiente, siendo para la edad de 46 a 65 años el más alto con un valor de 25% (19), el siguiente rango de 30 a 45 años con un valor de 19,74% (15) y por último el rango de 66 a 70 años 7,89% (6), siendo en menor cantidad las personas que alquilan.

En la tabla 17 se puede identificar que, del total de la población encuestada, existe un afrontamiento poco suficiente en los tres rangos etarios, con predominio sobre las demás categorías en la edad de 30 a 45 años que alcanzan el nivel educativo terciario / universitario, con un valor de 22,37% (17). El siguiente valor predominante es el rango etario de 46 a 65 años que alcanzan el mismo nivel educativo con un valor de 17,11% (13). Mediante la obtención de estos datos, se puede observar cómo impacta el afrontamiento poco suficiente en la vida de los rangos etarios anteriormente mencionados, teniendo en cuenta el nivel educativo alcanzado, la profesionalización, las exigencias económicas de la vida actual, las demandas sociales que impactan en lo cultural, económico y educacional.

En la tabla 18 se puede observar claramente que el acceso económico a la compra de insumos para la bolsa ya sea cremas, polvos, bolsas de distinto tipo, etc., resulta económicamente poco accesible, arrojando un valor significativo del 58% (44), siguiendo con la categoría accesible con un valor diferencial al anterior de 22% (17).

En la tabla 19 se puede ver que un alto porcentaje del 62% de la población encuestada refirió no recibir ayuda del Estado en cuanto a los insumos y materiales para el cuidado de la bolsa y en menor medida quienes reciben pocas veces ayuda del Estado con un valor del 22%.

Análisis de datos cualitativos

En la dimensión económica, las preguntas realizadas fueron las siguientes: en primer lugar, y como factor más importante, se consultó cuál es la situación laboral de las personas encuestadas, con la finalidad de contrastar los resultados en cuanto a cómo es el afrontamiento económico de éstos.

En relación a lo laboral, los encuestados el 34% de los encuestados refirieron poseer empleo sin discriminar al mismo, el 28% refiere encontrarse desempleado y el 13% son jubilados – pensionados. Es importante este punto, ya que las oportunidades laborales y la contratación de empleo formal, disminuyen debido a la situación clínica que atraviesan los pacientes colostomizados. En lo que respecta a los dos primeros rangos etarios, es notable el afrontamiento económico poco suficiente a pesar de que en su mayoría la población es propietaria de su vivienda, debido no solo a la necesidad de la compra de insumos relacionados con la bolsa, sino en relación a las exigencias económicas que demanda la vida actual, ya sea en la nutrición, educación, transporte, profesionalización, familia, etc.

En segundo lugar, se preguntó acerca del tipo de bolsa que la población colostomizada utiliza. En este punto, prevalecen las personas que opta por utilizar bolsas de cualquier característica (13%), por lo que puede entenderse que los individuos seleccionan la bolsa de acuerdo a la disponibilidad de los insumos y del dinero al momento de necesitarlas. El 9% refirió utilizar el sistema de dos piezas sin especificar y el 7% también el sistema de dos piezas por limpieza y facilidad, por lo que se puede observar que existe un mayor uso de este tipo de bolsas seguramente asociado a la facilidad del recambio, utilización de menos productos de cuidado de la piel. En relación a la ayuda gubernamental, solo el 4% refirió utilizar las bolsas que les provee el Estado.

Tabla 20

Aspectos Comunicacionales

Edad/Situación clínica	Accesible	Inaccesible	Poco accesible	Total
De 30 a 45 años	13,16%	3,95%	28,95%	46,05%
Cursa actualmente la colostomía	11,84%	2,63%	21,05%	35,53%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	1,32%	1,32%	7,89%	10,53%
De 46 a 65 años	17,11%	2,63%	22,37%	42,11%
Cursa actualmente la colostomía	11,84%	2,63%	19,74%	34,21%
Cursó una colostomía en los últimos dos años	5,26%	0,00%	2,63%	7,89%
De 66 a 70 años	6,58%	0,00%	5,26%	11,84%
Cursa actualmente la colostomía	6,58%	0,00%	5,26%	11,84%
Total general	36,84%	6,58%	56,58%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos comunicacionales de la población encuestada según la edad, situación clínica de la colostomía, el acceso a la información y seguimiento profesional.

Gráfico 20

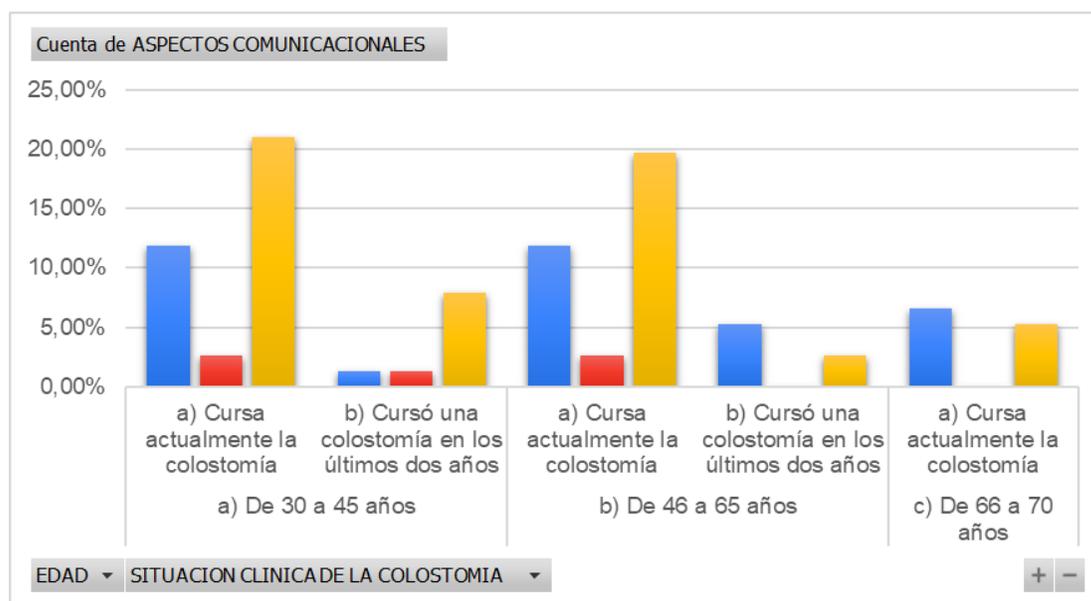


Tabla 21

Aspectos Comunicacionales

Edad/Nivel educativo	Accesible	Inaccesible	Poco accesible	Total
a) De 30 a 45 años	13,16%	3,95%	28,95%	46,05%
a) Primario	0,00%	0,00%	1,32%	1,32%
b) Secundario	2,63%	0,00%	6,58%	9,21%
c) Nivel terciario / universitario	10,53%	3,95%	21,05%	35,53%
b) De 46 a 65 años	17,11%	2,63%	22,37%	42,11%
a) Primario	1,32%	0,00%	2,63%	3,95%
b) Secundario	5,26%	0,00%	10,53%	15,79%
c) Nivel terciario / universitario	10,53%	2,63%	9,21%	22,37%
c) De 66 a 70 años	6,58%	0,00%	5,26%	11,84%
a) Primario	1,32%	0,00%	3,95%	5,26%
c) Nivel terciario / universitario	5,26%	0,00%	1,32%	6,58%
Total general	36,84%	6,58%	56,58%	100,00%

Nota. En la tabla se observan los aspectos comunicacionales de la población encuestada según la edad, el nivel educativo alcanzado, el acceso a la información y seguimiento profesional.

Gráfico 21

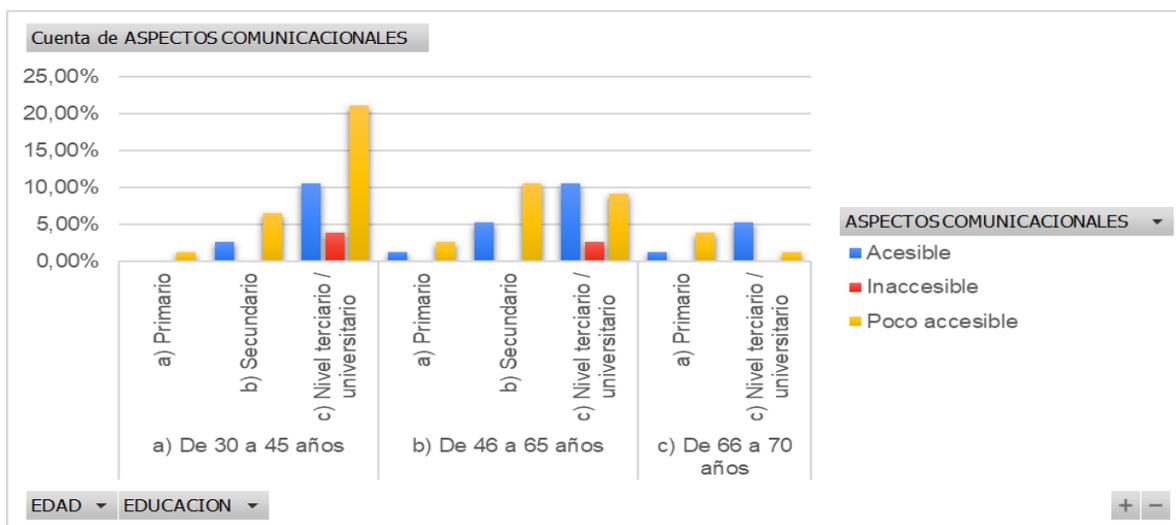


Tabla 22

Usted puede acceder a su médico de forma fácil ante una emergencia o una consulta

Respuestas	%
Siempre	32%
Casi siempre	33%
Pocas veces	24%
Nunca	12%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa la frecuencia con la que las personas encuestadas acceden al médico ante una consulta para despejar dudas o ante una emergencia clínica.

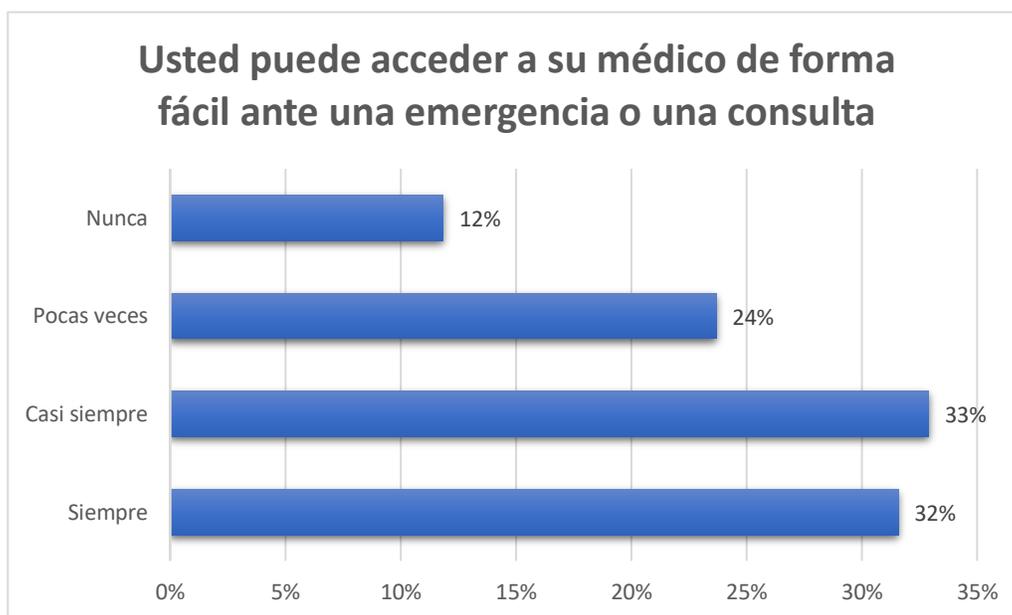
Gráfico 22

Tabla 23

Escuchó hablar sobre la existencia de la Ley de Ostromizados

Respuestas	%
Siempre	11%
Casi siempre	3%
Pocas veces	8%
Nunca	79%
Total	100%

Nota. En la tabla se observa el conocimiento o frecuencia con la que la población encuestada escuchó hablar sobre la Ley 27.071 de Ostromizados.

Gráfico 23

Análisis de la tabla 21, 22, 23

En la Tabla 20 se puede observar que del total de la población 100% (76), el rango etario de 30 a 45 años que cursa actualmente una colostomía, considera poco accesible el acceso a la información en lo que respecta a la dimensión comunicacional, con un valor de 21,05% (16). Seguidamente, se encuentra el rango etario de 46 a 65 años también, que cursa actualmente una colostomía con la misma categoría con un valor de 19,74% (15).

De acuerdo a la Tabla 21, en primer lugar, se puede visualizar que de la población total 100% (76), el menor rango etario de 30 a 45 años que alcanzan un nivel educativo terciario / universitario es el que mayor valor tiene en cuanto a la poca accesibilidad en cuanto al acceso a la información, con un valor de 21,05% (16). En segundo lugar, se encuentra el siguiente rango etario de 46 a 65 años con el mismo nivel educativo alcanzado con un valor de 10,53% (8), con la diferencia que estos últimos refirieron el acceso a la información como accesible. Por último, se encuentra el tercer rango etario de 66 a 70 años que alcanzan el mismo nivel educativo con un valor de 5,26% (4) quienes refirieron como accesible el acceso a la información.

En la Tabla 22 se puede observar que existe un porcentaje importante de la población que siempre puede acceder al médico ante la presencia de alguna emergencia o consulta médica, arrojando un valor del 33% y casi siempre 32%, siendo en menor población la que refirió nunca tener acceso al médico 12%.

La tabla 23 muestra el desconocimiento de la población encuestada acerca de la Ley de Ostomizados, arrojando un valor de 79% (60).

Análisis de datos cualitativos

En la dimensión de los aspectos comunicacionales, las preguntas realizadas fueron orientadas a saber cómo resulta el acceso a la información y al servicio médico en general. Es importante considerar que las personas colostomizadas atraviesan una realidad en la que deben poseer un lugar o una fuente de información donde poder despejar las dudas o recurrir en el caso de que hubiera alguna eventualidad como el desprendimiento de la bolsa y no saber cómo recolocarla, los cuidados e higiene de la piel, cambios anatómicos del estoma, etc. Primero se les preguntó si consideran fácil obtener información sobre lo anteriormente mencionado. Como respuesta a esta pregunta se obtuvo que el 32% considera que es difícil el acceso a la información, mientras que el 29% considera que es de fácil acceso. El 14% refirió que es de fácil acceso a través de los profesionales en el ámbito sanatorial o hospitalario y otro 14% refirió que es de fácil acceso mediante internet y grupos de colostomizados. Solo el 4% refirió el acceso a la información como medianamente accesible y el 3% que la información es escasa.

En relación a lo anteriormente descrito, se les consultó a los/as encuestados/as cuáles son las mejoras que consideran necesarias que se realicen. Para poner en contraste dichas respuestas con los datos recientemente planteados, el 34% de las personas encuestadas manifestaron la necesidad de que exista mayor seguimiento y apoyo profesional, el 20% manifestó la necesidad de recibir información clara y completa por parte de éstos, el 13% manifestó la necesidad de que existan turnos y controles periódicos frecuentes y menor tiempo de espera en los hospitales para que no se extienda el tiempo que esperan a ser atendidos. Además, según lo referido por los/as encuestados/as (8%), se identificó la necesidad de mayor capacitación profesional, ya que éstos refieren que luego de intervenir quirúrgicamente no reciben una capacitación adecuada por parte de los médicos. En algunas respuestas, también se

observó que existe el desconocimiento una colocación adecuada de la bolsa de colostomía por parte de las enfermeras. Por el contrario, el 13% de las personas encuestadas refirieron estar conforme con la asistencia sanitaria recibida.

Discusión

Esta investigación arrojó como resultado que de 76 personas encuestadas (100%), el 68,42% (52) son de sexo femenino, mientras que el 31,58% (24) son de sexo masculino. Se puede observar que en ambos sexos predomina el nivel educativo el terciario / universitario en el primer rango etario de 30 a 45 años. Estos resultados se hacen evidentes teniendo en cuenta las diferencias generacionales, de estilos y responsabilidades que diferencian un rango etario del otro. En la edad más adulta la responsabilidad recaía sobre el trabajo, a diferencia de los tiempos actuales donde los adultos jóvenes y adultos medios trabajan, estudian simultáneamente, se desplazan geográficamente a otros lugares, los tiempos se acortan y las responsabilidades se maximizan. Asimismo, se puede resaltar la significativa diferencia de la población femenina y más joven que cursa actualmente una colostomía y cursaron en los últimos dos años una colostomía. Poniendo en contraste las diferencias de edades generacionales y de género, esto se puede asociar a los cambios culturales, a los cambios de la globalización que el mundo actual exige, siendo la población femenina la más afectada. Los datos obtenidos pueden contrastarse de igual manera con la investigación realizada por De Aléncar y Barros Araujo Luz publicada en el año 2104, donde en la población estudiada existe un predominio del sexo femenino con un valor de 57,8%.

Con respecto al género de la población encuestada, los resultados de esta investigación se diferencian con los resultados de la investigación realizada por Antonini María en Villa María, Córdoba en el año 2018, realizada aún en el mismo país (Argentina), con una diferencia temporal de dos años de antigüedad. A pesar de haberse realizado en el territorio nacional, la población encuestada de esta última tenía una edad a partir de los 30 años hasta más de 80 años, con un promedio de 59 años. Éstos, se encontraban cursando una colostomía, con predominio del

género masculino, con una edad mínima de 38 años en adelante. A diferencia de esta investigación, la población predominante fue del sexo femenino en el rango etario de 30 a 45 años.

En primer lugar, de acuerdo a este estudio realizado, en la dimensión psicológica se buscó analizar cuáles son los aspectos psicológicos que afrontan los pacientes colostomizados en su vida diaria (autocuidado, imagen personal, adherencia al tratamiento, temores).

Las personas encuestadas refirieron que el afrontamiento psicológico es “poco adecuado”, sobre todo en mujeres de 30 a 45 años que alcanzan un nivel terciario / universitario, siendo “adecuado” en mujeres de 46 a 65 años con el mismo nivel educativo. A través de este indicador se puede dilucidar que el nivel educativo no se encuentra directamente relacionado con el tipo de afrontamiento que estos individuos/as poseen, sino que tienen que ver con factores intrínsecos del individuo, como el pensar, los valores, las creencias, la historia, los vínculos establecidos durante la niñez, historia, etc. Lazarus y Folkman (1986) mencionan que el afrontamiento es “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Castaño & Del Barco, 2010). La teorista de enfermería Merle Mishel (1988) afirma que el afrontamiento se encuentra atravesado por la incertidumbre y se produce de dos modos y su resultado es el logro de la adaptación, de acuerdo a si se presenta como un peligro, o como una oportunidad (Alligood, 2015).

En líneas generales, se puede identificar mediante los resultados, que la población encuestada refiere sentirse pocas veces en comodidad con su cuerpo (41%), siendo que realizan las acciones suficientes de autocuidado relacionadas con la bolsa y piel periestomal para lograr bienestar, comodidad, higiene y evitar complicaciones. Orem (2001) afirmó:

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Alligood, 2015).

Debe recordarse, que una enfermedad no afecta solamente al organismo o a un sistema específico de éste, sino que provoca consecuencias en los mecanismos psicológicos y en el funcionamiento del ser humano integral. Por esto, es que “las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona” (Alligood, 2015).

Por otro lado, si bien la mayoría de los/las encuestados respondieron haberse adaptado a vivir con la bolsa de colostomía y realizar los cuidados diarios necesarios, es evidente la problemática que enfrenta esta población y los sentimientos referidos de malestar, incomodidad y vergüenza con la presencia de la bolsa, sobre todo en la población femenina del menor rango etario (30 a 45 años), el cual afecta en los diversos roles que como individuos cumplen dentro de la sociedad, enfatizando en la imagen corporal, la cual está atravesada por la cultura. En este aspecto, es importante destacar sobre todo en este rango etario, la percepción subjetiva de la sexualidad, el cual coincide con el estudio realizado por (Calgagno Gomez et al., 2012) donde afirma:

Se observó que la mayoría de las mujeres no reanudó las actividades sexuales o evitaron ese contacto, alegando problemas físicos, problemas con el dispositivo, la vergüenza o el rechazo de la pareja, las que poseían pareja antes de la cirugía pocas mujeres refirieron

tener intimidad con su pareja, y las mujeres que no tenían pareja su actividad sexual es nula. Por lo tanto, las alteraciones de la función sexual pueden ser tanto los aspectos subjetivos, relacionados con la imagen de sí mismo, como orgánicos por la presencia del estoma, o derivados de la dificultad de manejar la bolsa colectora. (Calgagno Gomez et al., 2012)

Esto también, puede relacionarse con las exigencias del mundo actual, donde el rol de la mujer se desempeña en diferentes ámbitos, no limitándose únicamente al entorno familiar como en generaciones pasadas, lo que obliga a ésta a desempeñarse fuera del hogar en diferentes ámbitos, el uso de una vestimenta adecuada según el rol que se encuentre desempeñando, la edad de la mujer que, junto con los cambios culturales, la planificación familiar se ha extendido, las nuevas familias ensambladas, cambios de hábitos y vida más activa, etc. Todas estas nuevas formas de vivir que se fueron desarrollando, implican para la población colostomizada, la necesidad de readaptarse con esta situación que atraviesan. Con respecto a esto, este estudio también afirma que “se ha verificado que las mujeres han cambiado también su forma de vestir, buscando, después de la ostomización, una alternativa para ocultar el uso de la bolsa colectora” (Calgagno Gomez et al., 2012). Se debe recordar que al hablar de sexualidad, se integran varios aspectos como la forma de vincularse con las demás personas, la autoimagen, el deseo, la relación con los objetos y con el mundo y con la sexualidad propiamente dicha, entre otros, la cual será desarrollada no solo por los factores intrínsecos del individuo, sino también por la edad en la que la enfermedad se haga presente. “La sexualidad supera la necesidad fisiológica y se relaciona directamente con la simbolización del deseo. Trata de la dimensión íntima y relacional que compone la subjetividad de las personas y sus relaciones con sus compañeros y con el mundo” (Calgagno Gomez et al., 2012). Se añade a esta idea, el sentimiento de resignación y

frustración que manifestaron los encuestados, el cual atraviesa fuertemente en la autoimagen y el desconocimiento de nuevo cuerpo alterado cuerpo como propio. Esta mirada de la sexualidad en relación para con los otros, es necesaria ya que este estudio está abordado en diferentes etapas de la vida que, de acuerdo a la edad, las experiencias se vivirán de diferente forma.

En segundo lugar, respecto a la dimensión social, esta investigación pretende caracterizar cuáles son los aspectos sociales que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (realización de actividades diarias, interacción social).

La población encuestada refirió poseer un afrontamiento “poco satisfactorio”, siendo indicador de ambos géneros 51,32%, con predominio del sexo femenino con un valor de 31,58% (24) en el rango etario de 30 a 45 años 21,05% (16). Si bien, la mayoría de los encuestados refirió no condicionarse por la presencia de la bolsa, en lo que respecta a la vida social, existe un alto grado de personas que no realizan actividad física o comparten momentos de recreación con otras personas por miedo a fugas de la bolsa, desprendimiento de olor, inseguridad, etc. Estos datos se contrastan con los resultados del estudio realizado por Calcagno y colaboradores (2012), donde se afirma:

El uso de la bolsa colectora obstaculizó la interacción social con la preocupación de gases, el olor de las heces ante la posibilidad de fugas y el malestar físico. Como resultado los ostomizados adoptaron una postura de indiferencia y aislamiento social, el cual mostró una visión negativa de sí mismas. (Calcagno Gomez et al., 2012)

Además, coincide con la investigación realizada en Córdoba por Antonini María Celeste (2018), donde predomina la población que no realiza actividad física con un valor de 55% del total de las personas encuestadas. Por el contrario, en lo que respecta a la realización de

actividades de ocio, se contrasta con esta investigación ya que en la de la autora anteriormente mencionada, el 76% refirió realizar actividades de ocio, mientras que los nuevos resultados obtenidos indican que no realizan nunca (37%) y pocas veces 36%). La autora en su investigación afirma:

Surge como una estrategia destacada, la habitualidad en las relaciones personales, lo que significa que hay una búsqueda de pertenencia a cierto grupo social, un interés por relacionarse con los demás, esto resulta en las personas en sentir cariño, cuidado, bienestar y además de placentero, es una buena forma de desconectarse de los problemas cotidianos. (Antonini, 2018)

Resulta clara la necesidad y motivación que el ser humano posee y la necesidad de pertenencia, es decir, ser integrado en la sociedad a través de relaciones interpersonales. De todas maneras, al relacionar los datos anteriormente mencionados con lo expresado por la población encuestada en este estudio, se puede inferir que la falta de actividad física, encuentro con amigos y el compartir espacios en común con otras personas se encuentra estrechamente relacionado con la necesidad que dicha población refiere necesitar de los demás como empatía, comprensión, respeto, actuar de forma natural como si nada sucediera.

En el aspecto social, es considerable tener en cuenta que “el concepto de relación social se basa en el hecho de que la conducta humana está orientada en numerosas formas hacia otras personas” (Chinoy, 1961). Las interacciones que se conforman desde el sistema más primitivo que es la familia, es un proceso a lo largo de la vida de acción y reacciones frente a estímulos internos y externos. La teoría de enfermería de Dorothy Johnson (1992), fue aplicada en personas enfermas o que se sienten amenazadas por una enfermedad. Johnson (1992) afirma que “la persona es un sistema conductual integrado conformado por subsistemas que se interrelacionan

con los demás y con el entorno, los elementos las funciones que ayudan a mantener la integridad en el sistema conductual” (Alligood, 2015). En esta teoría, la salud es considerada como un estado completamente dinámico influido por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los aspectos sociales determinan de alguna manera el concepto de salud de las sociedades. Los autores Maccionis y Plummer (2011) enlazan los conceptos de salud y cuerpo afirmando que “desde la primera identificación del feto hasta la muerte, existe una organización social que dispone de nuestros cuerpos” (p. 627). Además, describen al rol del enfermo como “una pauta de comportamiento que la sociedad entiende que es apropiada para alguien que está enfermo” (Macionis & Plummer, 2011), por lo que supone que una mirada distinta del entorno esperándose que el individuo enfermo quiera recuperarse y una interrupción de las responsabilidades cotidianas dirigiéndose el único objetivo a la recuperación de la salud. Todos son entramados culturales y sociales que esta situación clínica acarrea, ya sea por el desconocimiento social que existe sobre el tema, la estigmatización de la bolsa, la necesidad de un cambio y descubrimiento de realidades que subyacen en las sociedades.

En tercer lugar, con respecto a la dimensión familiar, el objetivo de este trabajo es describir cuáles son los aspectos familiares que interactúan en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (familia, contención familiar, actividades del hogar, conocimiento familiar de la situación clínica).

Los datos resultantes reflejan que el afrontamiento familiar es “contenedor” en ambos sexos y para las dos situaciones clínicas de colostomía, tanto los individuos que la cursan, como los que la han cursado en los últimos dos años. En los tres rangos etarios valorados y en ambos géneros, el resultado fue que siempre reciben ayuda por parte de la familia en las tareas relacionadas con la bolsa y cuidado de la piel, ya que también en su mayoría conviven con su

grupo familiar, principalmente en los dos primeros rangos etarios. El fortalecimiento del vínculo familiar y la participación de ésta en el proceso de recuperación y mantenimiento de la salud juega un papel fundamental ya que forma parte de distintas formas de afrontamiento y adaptación a las incertidumbres que se presentan. Estos resultados coinciden con el estudio publicado por la revista Latino- Am. Enfermagem, donde mediante sus resultados se afirma que “se logró conocer la vivencia y expectativas de los familiares de los pacientes colostomizados, enfatizando en las relaciones familiares previas para construir sobre ellas” (Ferreira Umpiérrez y Zoraida, 2014). El ser humano tiende a buscar protección física, emocional y económica en la familia: se afirma que “la vida familiar ofrece una oportunidad para la intimidad, una palabra de raíces latinas que significa compartiendo miedos” (Macionis & Plummer, 2011). Existe una interacción entre historia de cada uno de sus miembros y variedad de las perspectivas subjetivas de cada uno de ellos, donde sus vidas se entrelazan y los miembros de la familia desarrollan una historia compartida. En el estudio recientemente citado, se afirma “el apoyo familiar es fundamental para la aceptación y la adaptación a la nueva forma de vida” (Ferreira Umpiérrez y Zoraida, 2014).

Paralelamente a la conformidad y bienestar que refirieron los encuestados con respecto a la ayuda y acompañamiento familiar, éstos también refirieron poder mejorar su vínculo familiar en lo que respecta al afrontamiento de la vida cotidiana, mediante la adopción de una postura de escucha activa, empatía, espacios de conversación, tiempo para la realización de las actividades considerando sus limitaciones y la ampliación del conocimiento referido a la situación clínica de la colostomía. El modelo de sistemas de Neuman destaca el concepto del individuo, familia o comunidad como un sistema abierto que posee una interacción recíproca con su entorno y destaca la aparición de los factores estresantes que pueden ser positivos o negativos rompiendo

con su estructura. Neuman (1995) afirma que “un bienestar o una estabilidad óptimas indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas” (Alligood, 2015).

Como se habló anteriormente, una de las funciones de la familia es cuidar: cuidar de la pareja, de los hijos, de los padres, de los hermanos. Aunque resuene como una tarea sencilla, el preocuparse y ocuparse de los otros implica un trabajo activo, un trabajo de amor. Vínculos fuertes y estables son la antorcha que guían el proceso de recuperación de la salud del paciente colostomizado.

En cuarto lugar, con respecto a la dimensión económica, se intentó identificar cuáles son los aspectos económicos que influyen en el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (trabajo, acceso y provisión de insumos).

Los resultados obtenidos demostraron que el afrontamiento económico es “poco suficiente”, con un valor considerable del 68,74% del total de los encuestados, inclusive con un nivel educativo terciario/universitario para los tres rangos etarios, aún siendo en su mayoría, la población propietaria y en menor medida la población inquilina. Asimismo, refirieron que la compra de los insumos relacionados con la ostomía resulta ser “poco accesible”, siendo el 34% los individuos que poseen trabajo y el 28% se encuentran desempleados, además de aquellos que poseen licencia por discapacidad. Estos datos se pueden diferenciar del estudio realizado en Brasil en 2013 y publicado en el año 2014 por de Alencar Luz y Barros Araújo (2014), donde en sus resultados destacan el bajo nivel educativo de los participantes con un valor de 55,56% y en las actividades profesionales predominaron los pacientes jubilados con un valor de 42,3%. A pesar de que el nivel educativo predominante no coincide con los resultados de esta investigación, si coincide con la edad predominante, ya que los resultados arrojaron que la

mayoría de los pacientes ostomizados corresponde a un perfil de jóvenes y adultos jóvenes con un valor de 55,6%. De Alencar Luz y Barros Araújo (2014) afirman que :

Esta variable tiene implicaciones considerables para una serie de circunstancias que tienen un impacto directo en la salud de las personas con ostomía, tales como la dificultad en la adquisición de asistencia adecuada, y equipos y recursos materiales necesarios para el cuidado personal, cuando no se tiene un programa de atención específico dentro del área de trabajo regional de salud. (De Alencar y Barros Araújo, 2014)

En cuanto a los recursos económicos, y la posibilidad de desarrollarse independientemente en el proceso de recuperación de la salud de estos individuos, resulta imprescindible hacer hincapié en las dificultades y limitaciones que las personas colostomizadas poseen al momento de desempeñarse laboralmente. Según lo referido por los encuestados, muchas de las personas que ya se encontraban con empleo formal, pudieron continuar con su trabajo, pero existe un porcentaje considerable que se encuentran desempleados arrojando un valor aproximadamente un 37% conformados por los que no trabajan por su situación de salud y no consiguen empleo formal. Macionis & Plummer (2011) afirman lo siguiente:

Comparados con los que no tienen discapacidad, los discapacitados tienen una probabilidad mayor de ser pobres. A menudo son excluidos de las actividades cotidianas del día a día, y tienen menos probabilidad de tener un trabajo (bien remunerado). Suelen tener rentas por debajo de la media y además se ven obligados a enfrentar gastos extras de su discapacidad. (p. 287)

Se puede inferir entonces, que las desigualdades de salud se encuentran estrechamente relacionadas con las desigualdades económicas. El estudio antes mencionado también afirma que

“hubo dificultades en los pacientes que volvieron a a su actividad profesional, debido a la pérdida o limitación de la capacidad productiva de la persona, además de que muchos refieren retirarse o alejarse y los desempleados no consiguen entrar en el mercado de trabajo formal. En este contexto, es imprescindible, la reinserción social de los pacientes ostomizados, ya que contribuye a una mayor aceptación de los cambios físicos y funcionales, favorece la independencia la autonomía, y en consecuencia, el retorno a las actividades diarias. (De Alencar y Barros Araújo, 2014)

Un aspecto importante en la estratificación social, es la existencia de un Estado presente o un Estado de bienestar. Autores afirman que:

El Estado de bienestar incluyen un compromiso con pleno empleo y todo un conjunto de políticas relacionadas con la educación, la salud, la familia o la vivienda. Los Estados de bienestar, por tanto, tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de una sociedad y reducir las desigualdades. (Macionis & Plummer, 2011)

Referente al material y tipo de bolsas utilizadas por la población encuestada, ésta respondió que prefieren utilizar el sistema de bolsas de dos piezas por higiene y facilidad en un menor porcentaje (7%), dos piezas sin especificar (9%), pero una parte considerable refirió que es indistinto el material para su uso (13%). Estos datos son relevantes porque se diferencian de la investigación realizada por De Alencar y Barros Araújo (2014), donde sus datos arrojaron el predominio de uso de dispositivos de una pieza drenable. En dicha investigación los autores aclaran que la población estudiada utilizan dispositivos de tipo drenable ya que favorece el manejo de la bolsa, la reducción de frecuencia de sustitución, de costes financieros y alteraciones de la piel (De Alencar y Barros Araújo, 2014). Estas diferencias recaen subjetivamente en la

capacidad resolutive, de afrontamiento, acceso a los insumos y en la forma en que cada individuo atraviesa el proceso de recuperación.

Por último, en lo que respecta a un Estado de bienestar presente, los datos demuestran que gran parte de la población encuestada desconoce la existencia de la Ley de Ostomizados, y el 62% refirió no recibir ayuda por parte del Estado, por lo cual estos puntos se vinculan estrechamente con el desconocimiento que existe sobre los beneficios y derechos que las personas colostomizadas poseen. En este sentido, se recalca la importancia de la existencia de un Estado de bienestar que se encargue de concientizar a la sociedad acerca de sus derechos y asegurarse de que las personas reciban la ayuda necesaria. Además, de distribuir de manera equitativa los insumos necesarios para que el afrontamiento económico de estas personas se nivele, teniendo en cuenta las dificultades y limitaciones que éstos padecen al momento de conseguir un empleo formal. Los enfermos no son culpables por su condición.

Para finalizar, en cuanto a la dimensión comunicacional, se buscó caracterizar cuáles son los aspectos comunicacionales que afectan el afrontamiento de los pacientes colostomizados en su vida diaria (acceso a la información, seguimiento profesional).

Los datos arrojados permiten identificar que el afrontamiento de los encuestados, según lo referido, en el aspecto comunicacional relacionado con el acceso a la información es “poco accesible” para los tres rangos etarios, inclusive, con un nivel educativo alcanzado terciario/universitario. Si bien, con el avance de la tecnología existen nuevas formas de búsqueda de información y rápido acceso a las herramientas, queda en evidencia una clara necesidad del seguimiento profesional durante el proceso pre quirúrgico y post quirúrgico, de forma ambulatoria. Además, refieren la necesidad de recibir información más clara y precisa acerca de cómo se debe proceder luego de tener una colostomía y las capacitaciones por parte de los

profesionales, tanto médicos, cirujanos, como enfermeros. Muchos de los/as encuestados refirieron sentirse desprotegidos/as en cuanto a la dedicación y los tiempos que los profesionales de salud les brindan para afrontar esta nueva problemática, ya que los médicos y/ o cirujanos realizan la intervención quirúrgica y luego no continúan con un seguimiento personalizado. Por esto, surge la incertidumbre, el desconocimiento, el temor. Es importante tener en cuenta que la preparación psicológica de los pacientes que atravesarán por una cirugía es fundamental para disminuir el desconocimiento y la ansiedad, sobre todo por los cambios fisiológicos que estos tendrán luego de la cirugía. Estos datos coinciden con los resultados de un estudio realizado por De las Nieves y colaboradores en el año 2017, donde afirma que “algunos pacientes resaltaron la importancia de confiar en alguien que les resuelva todas las dudas y preocupaciones que les van surgiendo a lo largo del proceso y que les den ánimo” (De las Nieves et al., 2017). Además, coincide con los resultados de otro estudio realizado por Ferreira Umpiérrez y Fort en el año 2014, donde los datos obtenidos coinciden con lo planteado anteriormente. En su estudio los autores afirman que:

Del análisis de las entrevistas, mediante el enfoque fenomenológico, emergieron las categorías de: el vínculo familiar, la confianza en el equipo de salud, la enfermera como articuladora del proceso, el deseo de humanización del cuidado y la adaptación a la nueva vida familiar”. (Ferreira Umpiérrez y Fort Zoraida, 2014)

En el estudio recientemente mencionado, los autores hacen hincapié en el papel de la enfermera, como la que articula, coordina y lleva adelante el proceso de acompañamiento y asesoría, formando parte de la situación actual del paciente.

Como consecuencia del análisis de los indicadores resultantes de esta investigación, nace la necesidad del fortalecimiento del vínculo paciente – familia – sistema de salud, y se ha de

tener en cuenta que el enfermo supone la asistencia de una persona cualificada para la recuperación de su salud. Poseer una mirada holística donde no se dirija la mirada solamente en el procedimiento quirúrgico para extraer la enfermedad, sino examinar también el modo en que el entorno interceden y pueden afectar a su salud globalmente. Estos datos coinciden también con el estudio realizado por Antonini María Celeste en el año 2018, donde afirma:

En cuanto a la búsqueda de ayuda profesional de los encuestados ya sea por parte de los médicos, enfermeros, psicólogos, se observó que los resultados fueron variados, esto se debe a que el desafío sigue siendo la importancia de fortalecer el vínculo por parte de la persona – profesional para que sea óptimo, valorando las necesidades sentidas de las personas, lo cual nos revela sus necesidades de cuidado, creando una situación donde se pueda fortalecer a las personas para que sean capaces de afrontar, a partir de sus propios recursos. (Antonini, 2018)

Por otra parte, además de la necesidad de capacitación profesional referida por los encuestados, también surge la necesidad de que existan turnos menos prolongados y menor tiempo de espera en los centros sanitarios. Estos datos coinciden con el estudio realizado por De las Nieves y colaboradores en 2017, donde afirman que:

Los informantes muestran que hay necesidades importantes que no son cubiertas, como resultado de un servicio asistencial poco racionalizado y muy variable en cuanto a la accesibilidad de los servicios, tiempos de demora, capacitación específica del equipo profesional en el área de información y coordinación asistencial (De las Nieves et al., 2017).

Con respecto a esto, actualmente existen nuevas herramientas como la cibermedicina, con las que el profesional puede contar para tener un contacto más estrecho con el paciente, intercambiar información sanitaria, proporcionar servicios de salud y asistencia superando las barreras geográficas y temporales. La utilización de la cibermedicina es de gran significación, ya que posibilita al individuo colostomizado poder comunicarse con el profesional idóneo para evacuar sus dudas en el momento que se presenta la incertidumbre o ante alguna emergencia. Para esto, los grupos de autoayuda pueden proporcionar un apoyo adicional y planes para el activismo del paciente en el proceso de recuperación de su salud. Tener la posibilidad de compartir espacios con individuos que atraviesen la misma situación clínica, compartir sus experiencias, información, y sobre todo tener un espacio que le proporcione un conocimiento mejor de la enfermedad para facilitar su control y mejorar su adaptación. Según la OMS:

La alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. (Zurro et al., 2014)

Conclusión

La investigación realizada pone de manifiesto las dificultades que posee la población que atraviesa por una colostomía. Existen factores que facilitan u obstaculizan este proceso de adaptación a la vida con una colostomía, el cual, involucra el concepto subjetivo de calidad de vida, la autoimagen, los símbolos referentes a diferentes asociaciones culturales, el desempeño en la realización de las actividades diarias, etc. Existen factores intrínsecos del individuo que repercutirán en las formas de afrontamiento que éste posea en las distintas dimensiones anteriormente estudiadas. Este nuevo escenario que se presenta supone cambios cognitivos y conductuales e implica un período de transición hacia “el nuevo cuerpo” con el fin de lograr una adaptación efectiva.

Se puede concluir, a partir de los resultados de esta investigación, que la hipótesis planteada es correcta, debido a que en el plano psicológico se pudo identificar que el afrontamiento es poco adecuado con prevalencia en mujeres de menor edad (30 a 45 años) con un nivel educativo alcanzado terciario/universitario, lo cual se relaciona con la dificultad de adaptación al nuevo cuerpo alterado, la autoimagen, sexualidad, incertidumbres, entre otros. Por otro lado, los resultados demostraron que el afrontamiento social es poco satisfactorio aún en mujeres del menor rango etario, al igual que en la primera dimensión. Esto se relaciona con la dificultad que posee la población colostomizada de compartir espacios con otras personas, participar en actividades recreativas, etc. por miedo a fugas, exposición de olor, manejo inapropiado de las heces. Además, en el plano familiar, los datos obtenidos permitieron identificar que el afrontamiento es contenedor para ambos sexos, sobre todo en mujeres del mismo rango etario 30 a 45 años. Estos datos se vinculan con las conformaciones actuales del sistema “familia” y con los factores externos que influyen en su estructura. Con respecto al

afrontamiento del plano económico, los datos demostraron ser poco suficiente para ambos géneros en los tres rangos etarios. Aquí se revela la dificultad económica que posee la población colostomizada en cuanto a la obtención y provisión de insumos para el cuidado de la colostomía, que sean eficaces y oportunos según la necesidad de cada individuo. Por último, en cuanto al plano comunicacional, los datos obtenidos pusieron de manifiesto que el afrontamiento resulta ser poco accesible, sobre todo en la población del menor rango etario, ya que existe un déficit de información oportuna por parte del sistema de salud.

Los resultados de esta investigación permiten reflexionar y plantear estrategias dirigidas a que el afrontamiento de los pacientes colostomizados sea el más óptimo posible y elevar su calidad de vida. Se recomienda:

- ✓ Estado de bienestar presente que favorezca la accesibilidad a una cobertura médica segura, eficaz y oportuna; que garantice el adecuado acceso a la información, insumos y orientación referidos a la salud de los pacientes colostomizados.
- ✓ Difusión de la existencia de la Ley 27.071 para personas ostomizadas en los centros sanitarios por parte de los profesionales y asesoramiento legal.
- ✓ Divulgación del derecho de los pacientes colostomizados de recibir los elementos necesarios que compone el universo de la colostomía.
- ✓ Control de la gestión de los servicios de salud, que cuenten con un equipo interdisciplinario dirigido al paciente y su familia con el fin de lograr la rehabilitación y la reinserción en la vida social y laboral.

- ✓ Implementación de un sistema eficaz de datos de pacientes colostomizados para tener una base de datos real de las personas que atraviesan esta situación con el objetivo de poder aplicar políticas de salud a nivel nacional.
- ✓ Desarrollo de investigaciones a nivel universitario y posgrado sobre esta problemática.
- ✓ Reducir los tiempos de espera sanitarios y turnos prolongados utilizando la cibermedicina como una herramienta accesible y rápida, donde las personas puedan comunicarse con su profesional de confianza ante alguna eventualidad.
- ✓ Charlas informativas en el primer nivel de atención sanitaria abiertas a la comunidad en barrios, unidad de pronta atención, CESAC, etc. para visibilizar esta realidad desde la promoción y prevención de la salud.
- ✓ Charlas informativas en el primer nivel de atención sanitaria, mediante grupos de apoyo dirigidos por un profesional cualificado donde se desarrollen talleres de cambio de bolsa y cómo actuar ante una urgencia.
- ✓ Existencia de un subsector en los centros barriales que esté presente durante el horario de atención y tenga un contacto de guardia las 24 hs, atendido por una persona cualificada para asistir al individuo frente a una urgencia clínica.
- ✓ Inclusión del paciente y familia durante todo el proceso pre quirúrgico, intra quirúrgico y posquirúrgico mediante charlas y seguimiento interdisciplinario.
- ✓ Personal sanitario capacitado en técnicas de recolocación de bolsas e insumos adecuados para cada situación en centros de salud.
- ✓ Creación de grupos de ayuda local y difusión de los ya existentes, compuesto por individuos que atraviesen o hayan atravesado por la misma problemática y puedan

compartir historias, experiencias, saberes y el individuo colostomizado tome conciencia de que existen otras realidades similares.

- ✓ Cultura de humanización del cuidado por parte del equipo de salud, el cual requiere una mirada holística sobre el paciente, entendiendo de que tanto él, como la familia y los profesionales forman parte del proceso de recuperación de la salud.
- ✓ Capacitación del profesional de enfermería en periestomías y difusión de dicha especialidad.
- ✓ Tele enfermería como una herramienta de trabajo mediante el cual el paciente puede tener un contacto directo derribando las limitaciones geográficas y temporales.
- ✓ Desarrollo del papel del profesional enfermero como articulador del proceso, haciendo énfasis en el fortalecimiento de dicho vínculo.

Bibliografía

- Alligood, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. 7). Barcelona, España: Elsevier.
- Antonini, M. (2018). Estrategias de afrontamiento de las personas durante la adaptación a una colostomía. *Universidad Nacional de Villa María*.
- Argentina. (2020). *Argentina*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- Asociación Argentina de Colostomizados. (2022). <https://www.sacp.org.ar/informacion-para-pacientes/ostomizados>.
- Buitrago Malaver, L. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy. *Cultura del cuidado enfermería*.
- Calcagno Gomez, G.; Perez Bitencourt, P.; Pizarro, A.; Pereira Madruga, A.; Silva de Castro, E.; De Oliveira Gomez, V. (2012). Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enfermería Global*.
- Casa Rosada Presidencia. (2022). <https://www.casarosada.gob.ar/nuestro-pais/constitucion-nacional#:~:text=El%201%C2%BA%20de%20mayo%20de,y%20consolidar%20la%20paz%20interior>.
- Castaño, E., & Del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.
- Chinoy, E. (1961). *La sociedad. Una introducción a la sociología*. Nueva York, Estados Unidos: Random House .
- De Alencar, L.; Barros Araújo Luz, M.;. (2014). Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia de salud de la familia. *Revista Cubana de Enfermería*.
- De las Nieves, C.; Capilla Díaz, C.; Celdrán Mañas, M.; Morales Asencio, J.; Hernández Zambrano, S.; Hueso Montoro , C.;. (2017). Percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida. *Revista Latino Americana de Enfermería*.
- Ferreira Umpiérrez, A.; Fort Zoraida;. (2014). Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional. *Revista Latino Americana Enfermagem*.
- Frías Osuna, A. (2000). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona, España: Masson.
- Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social. (2022). *Holismo.org.ar*. Obtenido de <https://www.holismo.org.ar/index.php/holismo/que-es-holismo>
- García Viniegras, C. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Gobierno de la Provincia de Buenos Aires*. Obtenido de <https://normas.gba.gob.ar/documentos/02e5XSRV.html>
- Gonzalez , A.; Constante Barragán , M.; Cárdenas Quintana , R.; Corrales Suárez , N.:. (2018). La psicología evolutiva en relación al perfil docente en educación. *Recimuc*.
- Jackier , N., Dos Santos, L., Wolhein, L., & Martínez, R. (2014). *Instrucción a la Enfermería Comunitaria. Una contribución a la salud colectiva*. Posadas.
- Kozier, B., Snayder, S., Erb, G., & Berman, A. (2008). *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. Madrid, España: Person.
- Macionis, J., & Plummer, K. (2011). *Sociología* (Vol. 4 edición). Madrid: Person.
- Mansilla, M. (2000). *Revista en investigación en psicología*, 3(2).
- Ministerio de Salud. (2022). <http://www.msal.gob.ar/dlsn/categorias/enfermedades/ley-27071>.
- Ministerio de Salud. (2022). <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>.
- Montaño Sinisterra, M.; Palacios Cruz, Y.; Gantiva Díaz, C.:. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. (U. d. Sanbuenaventura, Ed.) *Psychologia. Avances de la disciplina*.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2022). <https://www.ohchr.org/es/universal-declaration-of-human-rights>.
- Naciones Unidas. Derechos Humanos. (2022). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- Naciones Unidas. Derechos Humanos. (2022). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- OPS, OMS. (2020). *OPS, OMS*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Osuna, A. (2000). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson.
- Pastor García, L. (2006). ¿Qué significado hay que dar al término «calidad de vida» en bioética? *Cuadernos de Bioética*, 17(3).
- Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Colonia Desarrollo Santa Fé: Cc. Graw Hill.
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2016). *Brunner y Suddarth Enfermería médicoquirúrgica* (Vol. 1). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Tabarez Cruz, Yaima; Mederos Mollineda, Katuska. (2022). El desarrollo humano en tiempos de covid-19. *Scielo*, 18.

Zurro, A., & Solá, G. (2011). *Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.

Zurro, M.; Cano Pérez, J.; Gené Baida, J.;. (2014). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. Barcelona: Elsevier.

Anexos

Anexo 1

Encuesta

La siguiente encuesta fue realizada para la aprobación de la materia “Taller 1” de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Abierta Interamericana. La misma tiene como finalidad conocer cómo es la realidad en la vida diaria de los pacientes con colostomía. Cabe destacar, que toda la información es anónima, confidencial y voluntaria.

En las preguntas con opciones, marque con una X la respuesta correcta (solo una opción).

En las preguntas a desarrollar, puede responder lo que considere.

¿Acepta participar voluntariamente de la encuesta?

- Si
- No

1) Sexo

- Femenino
- Masculino
- Binario

2) Edad

- 30 a 45 años
- 46 a 65 años
- 66 a 70 años

3) Educación

- Primario
- Secundario
- Nivel terciario / universitario

4) Vivienda

- Propietario
- Inquilino
- Hogar / geriátrico
- Vivienda prestada

5) Familia

- Soltera / o
- En pareja
- Grupo familiar

6) Física

- Cursa actualmente la colostomía
- Cursó una colostomía en los últimos dos años
- Cursó una colostomía hace más de dos años

7) ¿Diariamente, realiza tareas de cuidado de la piel de la ostomía?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces

- d) Nunca

8) ¿Realiza cuidados diarios de la bolsa de colostomía (recambio y/o vaciado de la bolsa)?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

9) ¿Considera que los cuidados diarios que realiza son suficientes? ¿Por qué?

.....
.....

10) ¿Se siente en comodidad con su cuerpo y la presencia de la bolsa?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

11) ¿La bolsa condiciona la ropa que se va a poner?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

12) ¿Realiza contacto físico con otras personas como abrazar, besar, etc.?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

13) ¿Le preocupa los ruidos intestinales y los que despide la bolsa?

- Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

14) ¿Permite que otras personas lo vean sin ropa para ayudar al cuidado de la ostomía?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

15) ¿Cómo se siente con respecto a su sexualidad con la presencia de la bolsa (intimidad, atractivo sexual)? ¿Por qué?

.....

.....

16) ¿Cree que cumple con todas las indicaciones realizadas por el médico?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

17) ¿Siente es necesario realizar todo lo indicado por el médico para mejorar su situación de salud?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

18) ¿Acude a las citas programadas con el médico?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

19) ¿Usted les comenta a otras personas que tiene una bolsa de colostomía?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

20) ¿Cómo se sintió cuando le informaron que le iban a colocar la bolsa de colostomía? Explique brevemente.

.....

.....

21) ¿Siente preocupación porque la bolsa se desprenda u ocurra algún accidente cuando se encuentra fuera de su casa?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

22) ¿Siente miedo de que la bolsa despida olor?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

23) ¿Siente miedo de no poder controlar el llenado y vaciado de la bolsa?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

24) ¿Cómo se siente acerca del tiempo de permanencia de la bolsa? Explique brevemente

.....

.....

25) ¿La bolsa lo condiciona para realizar las tareas diarias del hogar?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

26) ¿La bolsa lo limita o condiciona al momento de pasar tiempo fuera de su casa?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

27) ¿Usted realiza actividad física o participa en actividades recreativas con otras personas?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

28) ¿Considera que la bolsa lo condiciona para realizar las actividades diarias (compras, viaje en transporte público, búsqueda de niños al colegio, etc.)? ¿Por qué?

.....
.....

29) ¿La bolsa lo limita al momento de compartir reuniones, encuentros con amigos?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

30) ¿Siente incomodidad cuando comparte espacios con otras personas?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

31) ¿Se anima a conocer gente nueva?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

32) ¿Qué considera que pueden hacer las demás personas para que usted se sienta a gusto compartiendo el espacio? Explique brevemente

.....

.....

33) ¿Diariamente, comparte tiempo con su familia?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

34) ¿Su familia le hace sentir comodidad por la presencia de la bolsa?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

35) ¿Su familia lo ayuda con el cambio de la bolsa y cuidado de la piel?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

36) ¿Desde el principio, se sintió acompañado por su familia?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

37) ¿Cómo considera que podría mejorar el vínculo familiar? Explique brevemente

.....

.....

38) ¿Recibe colaboración de su familia para realizar las tareas diarias de su casa como limpiar, ir de compras, lavar ropa, etc.?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

39) ¿Siente que su familia colabora con la realización de las tareas diarias?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

40) ¿Cómo cree que su familia podría ayudarlo en el hogar? Explique brevemente

.....

.....

41) ¿Su familia estuvo presente desde el momento del informe médico?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

42) ¿Su familia recibió información sobre su situación clínica?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

43) ¿Se siente acompañado en esta situación por su familia?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

44) ¿Su familia lo acompaña a las citas médicas?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre

- c) Pocas veces
- d) Nunca

45) ¿De qué otra forma cree que su familia lo puede acompañar? Explique brevemente

.....

.....

46) ¿Recibe alguna ayuda o aporte del gobierno?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

47) ¿Cuál es su situación laboral actual? Explique brevemente

.....

.....

48) ¿Cómo considera que es el acceso a los insumos (bolsas, cremas, etc.) para el cuidado de la bolsa?

- a) Muy accesible
- b) Accesible
- c) Poco accesible
- d) Inaccesible

49) ¿Cómo le resulta económicamente, la compra de insumos (bolsas, cremas, etc.) con su propio dinero?

- a) Muy accesible
- b) Accesible
- c) Poco accesible
- d) Inaccesible

50) ¿Recibe insumos de manera gratuita por parte del Estado?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

51) ¿Qué tipo de bolsa elije para utilizar? ¿Por qué?

.....
.....

52) ¿Considera que despeja todas sus dudas con la información que le brinda su médico?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

53) ¿Escuchó hablar sobre la Ley de Ostromizados?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

54) ¿Considera que es fácil y accesible obtener información sobre el cuidado de la bolsa y su situación clínica? Explique brevemente

.....

.....

55) ¿Recibe seguimiento clínico por parte de su médico de cabecera?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

56) ¿Recibe seguimiento clínico por parte del equipo profesional (nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, etc.)?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

57) ¿Usted puede acceder a su médico de forma fácil ante una emergencia o una consulta?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

58) ¿El personal de enfermería, le brinda información y cuidados apropiados en el hospital o en su domicilio?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

59) ¿Usted puede acceder a consultas telefónicas o videollamadas con los profesionales?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

60) ¿Qué mejoras considera que deberían aplicarse a su seguimiento profesional? Explique brevemente

.....

.....

Anexo 2

Tabla de valores

Variable	VV	Dimensión	VD
Afrontamiento	a) Muy dificultoso b) Dificultoso c) Poco dificultoso d) Nada dificultoso	Aspectos psicológicos	a) Muy adecuado (55-72) b) Adecuado (37-54) c) Poco adecuado (19-36) d) Inadecuado (1-18)
		Aspectos sociales	a) Muy satisfactorio (25-32) b) Satisfactorio (17-24) c) Poco satisfactorio (9-16) d) Insatisfactorio (0-8)
		Aspectos familiares	a) Muy contenedor (40-52) b) Contenedor (27-39) c) Poco Contenedor (14-26) d) Nada contenedor (1-13)
		Aspectos económicos	a) Muy suficiente (19-24) b) Suficiente (13-18) c) Poco suficiente (7-12) d) Insuficiente (1-6)
		Aspectos comunicacionales	a) Muy accesible (28-36) b) Accesible (19-27) c) Poco accesible (10-18) d) Inaccesible (1-9)

Explicación del valor de las variables

1. Dimensión: Aspectos psicológicos: 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 (Total 18)

a) $1 \times 18 = 18$ (1-18)

b) $2 \times 18 = 36$ (19-36)

c) $3 \times 18 = 54$ (37-54)

d) $4 \times 18 = 72$ (55-72)

Indicadores	Categorías
7) ¿Diariamente, realiza tareas de cuidado de la piel de la ostomía?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
8) ¿Realiza cuidados diarios de la bolsa de colostomía (recambio y vaciado de la bolsa)	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
9) ¿Considera que los cuidados diarios que realiza son suficientes? ¿Por qué?	
10) ¿Se siente en comodidad con su cuerpo y la presencia de la bolsa?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1

11) ¿La bolsa condiciona la ropa que se va a poner?	a) Siempre 1 b) Casi siempre 2 c) Pocas veces 3 d) Nunca 4
12) ¿Realiza contacto físico con otras personas como abrazar, besar, etc.?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
13) ¿Le preocupa los ruidos intestinales y los que despiden la bolsa?	a) Siempre 1 b) Casi siempre 2 c) Pocas veces 3 d) Nunca 4
14) ¿Permite que otras personas lo vean sin ropa para ayudar al cuidado de la ostomía?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
15) ¿Cómo se siente con respecto a su sexualidad con la presencia de la bolsa (intimidad, atractivo sexual)? ¿Por qué?	
16) ¿Cree que cumple con las indicaciones realizadas por el médico?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
17) ¿Siente que es necesario realizar todo lo indicado por el médico para mejorar su situación de salud?	a) Siempre 4 b) Es necesario 3 c) Casi siempre 2 d) Pocas veces 1
18) ¿Acude a las citas programadas con el médico? 19) ¿Usted le comenta a otras personas que tiene una bolsa de colostomía?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
20) ¿Cómo se sintió cuando le informaron que le iban a colocar la bolsa de colostomía? Explique brevemente	
21) ¿Siente preocupación porque la bolsa se desprenda fuera de su casa? 22) ¿Siente miedo de que la bolsa despidan olor? 23) ¿Siente miedo de no poder controlar el llenado y vaciado de la bolsa?	a) Siempre 1 b) Casi siempre 2 c) Pocas veces 3 d) Nunca 4
24) ¿Cómo se siente acerca del tiempo de permanencia de la bolsa? Explique brevemente	

2. Dimensión: Aspectos sociales: 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 (Total 8)

a) $1 \times 8 = 8$ (1-8)

b) $2 \times 8 = 16$ (9-16)

c) $3 \times 8 = 24$ (17-24)

d) $4 \times 8 = 32$ (25-32)

25) ¿La bolsa lo condiciona para realizar las tareas diarias del hogar?	a) Siempre 1 b) Casi siempre 2 c) Pocas veces 3 d) Nunca 4
26) ¿La bolsa lo limita o condiciona al momento de pasar tiempo fuera de su casa?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
27) ¿Usted realiza actividad física o participa en actividades recreativas con otras personas sin dificultad?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
28) ¿Considera que la bolsa lo condiciona para realizar las actividades diarias (viaje en transporte público, búsqueda de niños al colegio, ocio, etc.)? ¿Por qué?	
29) ¿La bolsa lo limita al momento de compartir reuniones, encuentros, eventos con amigos?	a) Siempre 1 b) Casi siempre 2 c) Pocas veces 3 d) Nunca 4
30) ¿Siente incomodidad al compartir reuniones, encuentros, eventos con amigos?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
31) ¿Se anima a conocer gente nueva?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
32) ¿Qué considera que pueden hacer las demás personas para que usted se sienta a gusto compartiendo el espacio? Explique brevemente	

3. Dimensión: Aspectos familiares: 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 (Total 13)

a) $1 \times 13 = 14$ (1-13)

b) $2 \times 13 = 28$ (14-26)

c) $3 \times 13 = 42$ (27-39)

d) $4 \times 13 = 52$ (40-52)

33) ¿Diariamente, comparte tiempo con su familia?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
34) ¿Su familia le hace sentir comodidad con la presencia de la bolsa?	
35) ¿Su familia lo ayuda con el cambio de la bolsa y cuidado de la piel?	
36) ¿Desde el principio, se sintió acompañado por su familia?	
37) ¿Cómo considera que podría mejorar el vínculo familiar? Explique brevemente	
38) ¿Recibe colaboración de su familia para realizar las tareas diarias de su casa como limpiar, ir de compras, lavar ropa, etc.?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3

39) ¿Siente que su familia colabora con la realización de las tareas diarias?	c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
40) ¿Cómo cree que su familia podría ayudarlo en el hogar? Explique brevemente	
41) ¿Su familia estuvo presente desde el momento del informe médico? 42) ¿Su familia recibió información sobre su situación clínica? 43) ¿Se siente acompañado en esta situación por su familia? 44) ¿Su familia lo acompaña a las citas médicas?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
45) ¿De qué otra forma cree que su familia lo puede acompañar? Explique brevemente	

4. Dimensión: Aspectos económicos: 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52 (Total 6)

a) $1 \times 6 = 6$ (1-6)

b) $2 \times 6 = 12$ (7-12)

c) $3 \times 6 = 18$ (13-18)

d) $4 \times 6 = 24$ (19-24)

46) ¿Recibe alguna ayuda o aporte del gobierno?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
47) ¿Cuál es su situación laboral actual? Explique brevemente	
48) ¿Cómo considera que resulta el acceso a los insumos (bolsas, cremas, etc.) para el cuidado de la bolsa?	a) Muy accesible 4 b) Accesible 3 c) Poco accesible 2 d) Inaccesible 1
49) ¿Cómo le resulta económicamente, la compra de insumos (bolsas, cremas, etc.) con su propio dinero?	a) Muy accesible 4 b) Accesible 3 c) Poco accesible 2 d) Inaccesible 1
50) ¿Recibe insumos de manera gratuita por parte del Estado?	a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1
51) ¿Qué tipo de bolsa elije para utilizar? ¿Por qué?	

5. Dimensión: Aspectos comunicacionales: 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 (Total 9)

- a) $1 \times 9 = 9$ (1-9)
- b) $2 \times 9 = 18$ (10-18)
- c) $3 \times 9 = 27$ (19-27)
- d) $4 \times 9 = 36$ (28-37)

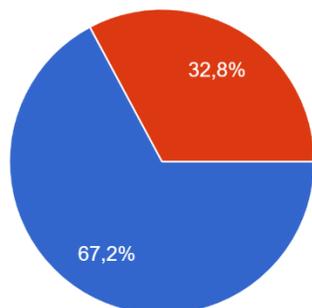
<p>52) ¿Considera que despeja todas sus dudas con la información que le brinda su médico respecto a su situación?</p> <p>53) ¿Escuchó hablar sobre la Ley de Ostomizados?</p>	<p>a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1</p>
<p>54) ¿Considera de facilidad obtener información sobre el cuidado de la bolsa y sobre su situación clínica? Explique brevemente</p>	
<p>55) ¿Recibe seguimiento clínico por parte de su médico de cabecera?</p> <p>56) ¿Recibe seguimiento clínico por parte del equipo profesional (nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, etc.)?</p> <p>57) ¿Usted accede a su médico de forma fácil ante cualquier emergencia o una consulta?</p> <p>58) ¿El personal de enfermería, le brinda información y cuidados apropiados en el hospital o en su domicilio?</p> <p>59) ¿Usted puede acceder a consultas telefónicas o videollamadas con los profesionales?</p>	<p>a) Siempre 4 b) Casi siempre 3 c) Pocas veces 2 d) Nunca 1</p>
<p>60) ¿Qué mejoras cree que deberían hacerse en su seguimiento profesional? Explique brevemente</p>	

Anexo 3

Gráficos de Google Forms

Género

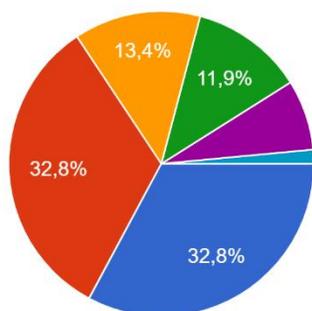
67 respuestas



- a) Femenino
- b) Masculino
- c) Binario

Edad

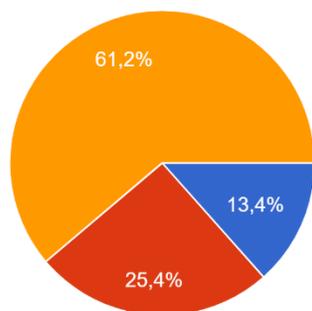
67 respuestas



- a) De 30 a 45 años
- b) De 46 a 65 años
- c) De 66 a 70 años
- a) 30 a 45 años
- b) 46 a 65 años
- c) 66 a 70 años

Educación

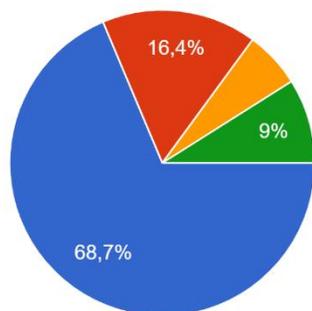
67 respuestas



- a) Primario
- b) Secundario
- c) Nivel terciario / universitario

Situación de vivienda

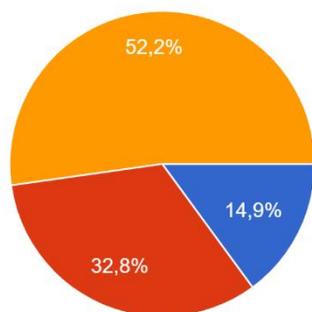
67 respuestas



- a) Propietario
- b) Inquilino
- c) Hogar / Geriátrico
- d) Vivienda prestada

Familia

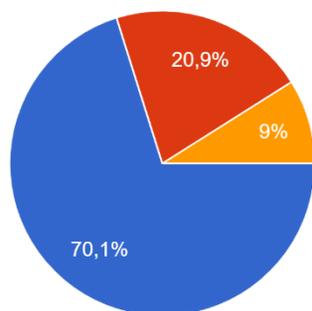
67 respuestas



- a) Soltera / o
- b) En pareja
- c) Grupo familiar

Situación clínica de la colostomía

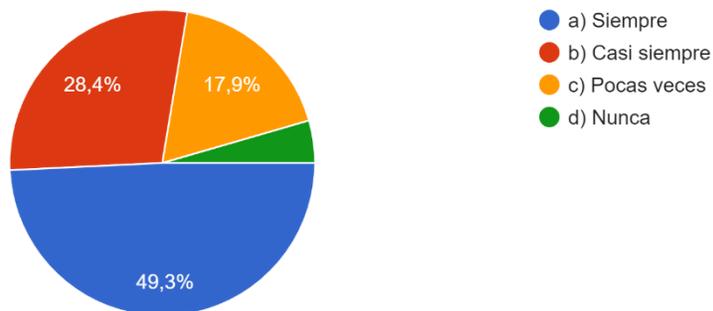
67 respuestas



- a) Cursa actualmente la colostomía
- b) Cursó una colostomía en los últimos dos años
- c) Cursó una colostomía hace más de dos años

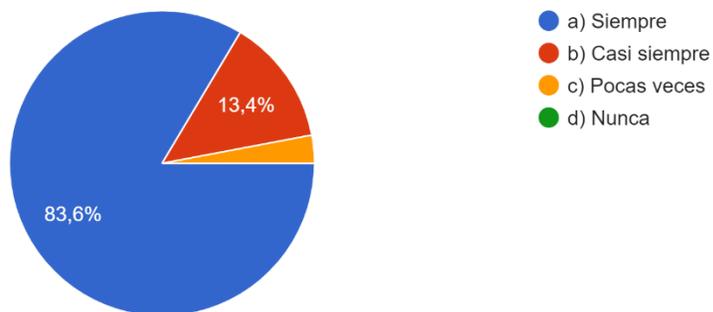
¿Diariamente, realiza tareas de cuidado de la piel de alrededor de la ostomía?

67 respuestas



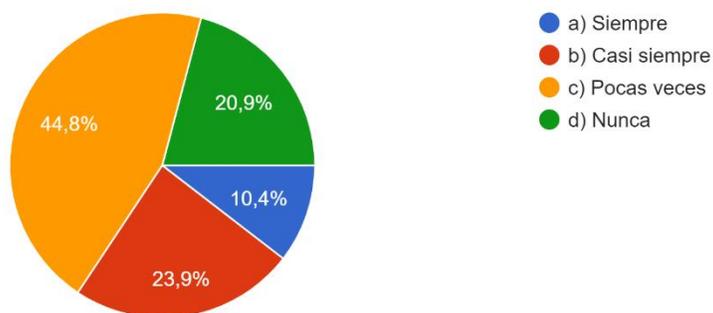
¿Realiza cuidados diarios de la bolsa de colostomía (recambio y/o vaciado de la bolsa)?

67 respuestas



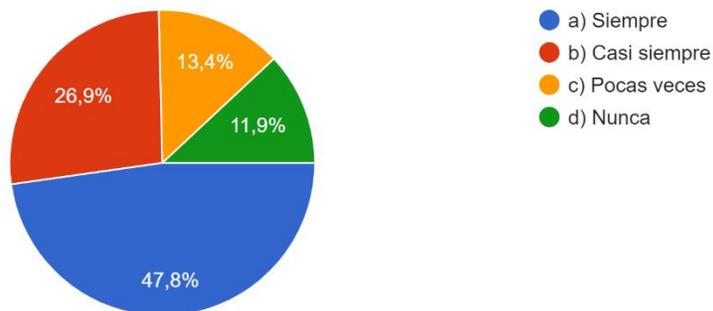
¿Se siente en comodidad con su cuerpo y la presencia de la bolsa?

67 respuestas



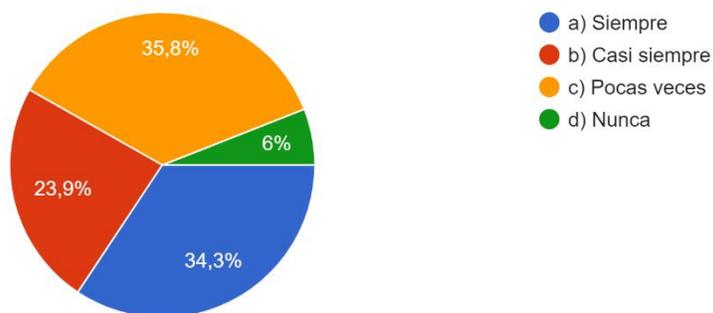
¿La bolsa condiciona la ropa que se va a poner?

67 respuestas



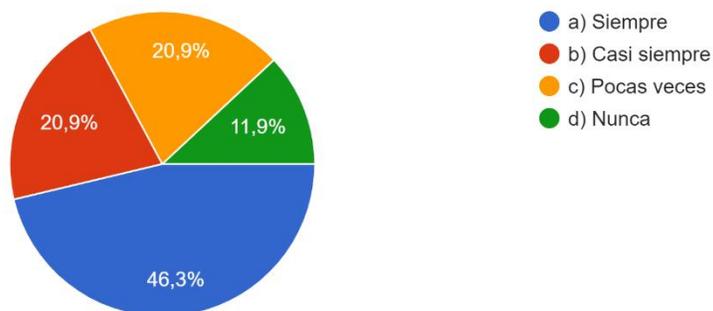
¿Realiza contacto físico con otras personas como abrazar, besar, etc.?

67 respuestas



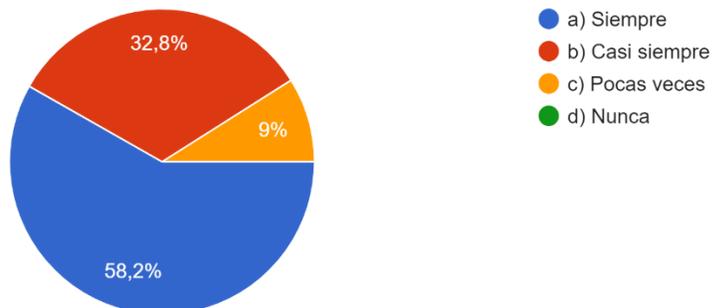
¿Le preocupa los ruidos intestinales y los que despide la bolsa?

67 respuestas



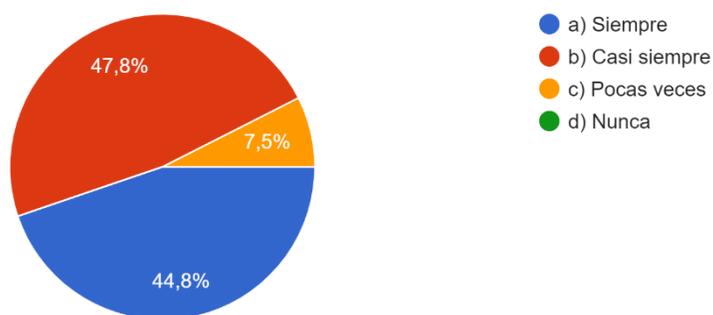
¿Siente que es necesario realizar todo lo indicado por el médico para mejorar su situación de salud?

67 respuestas



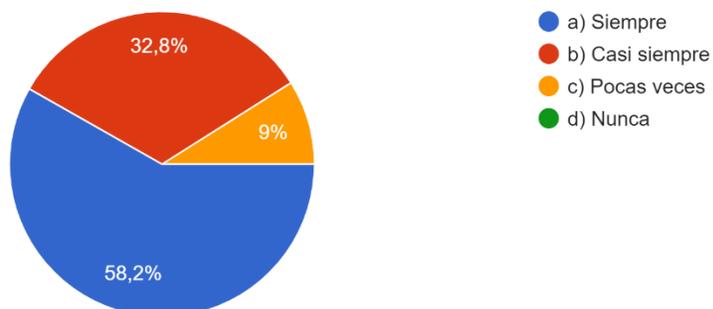
¿Cree que cumple con todas las indicaciones realizadas por el médico?

67 respuestas



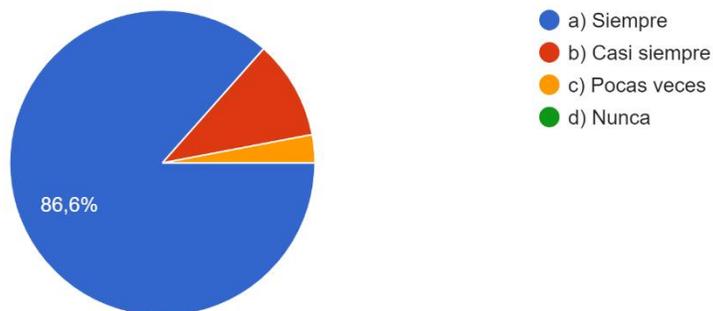
¿Siente que es necesario realizar todo lo indicado por el médico para mejorar su situación de salud?

67 respuestas



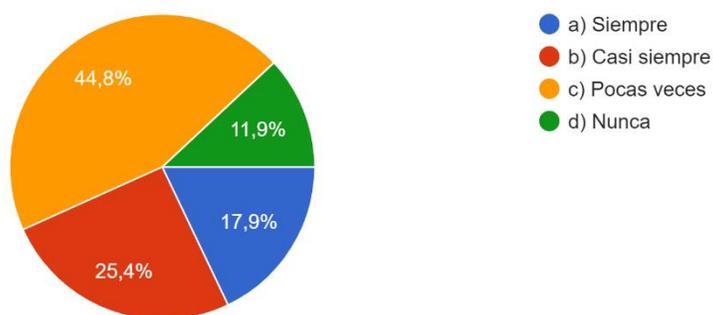
¿Acude a las citas programadas con el médico?

67 respuestas



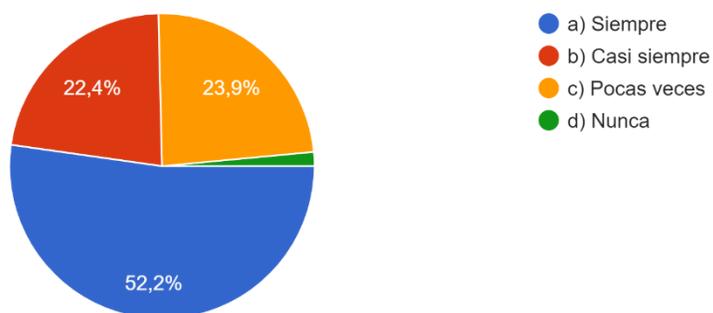
¿Usted les comenta a otras personas que tiene una bolsa de colostomía?

67 respuestas



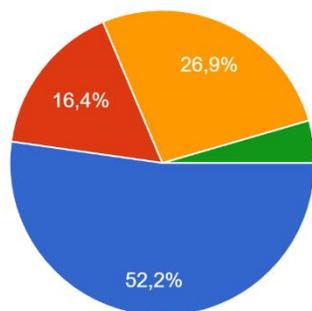
¿Siente preocupación por que la bolsa se desprenda u ocurra algún accidente cuando se encuentra fuera de su casa?

67 respuestas



¿Siente miedo de que la bolsa despida olor?

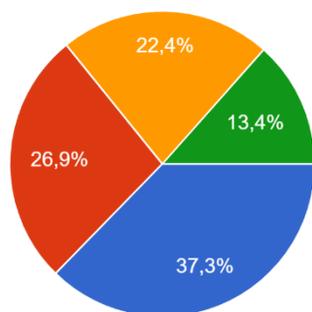
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿Siente miedo de no poder controlar el llenado y el vaciado de la bolsa?

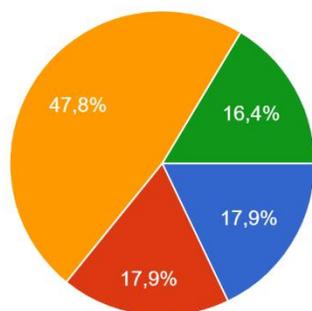
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿La bolsa lo condiciona para realizar las tareas diarias del hogar?

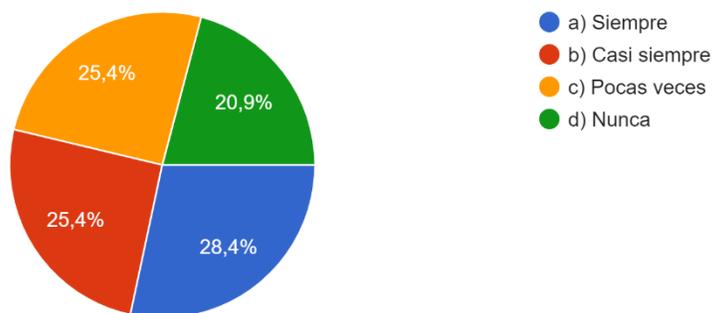
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

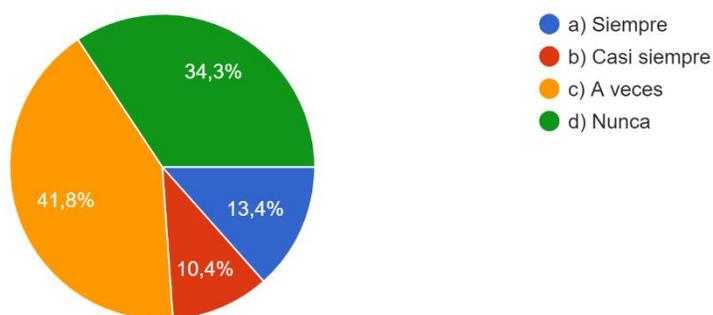
¿La bolsa lo limita o condiciona al momento de pasar tiempo fuera de su casa?

67 respuestas



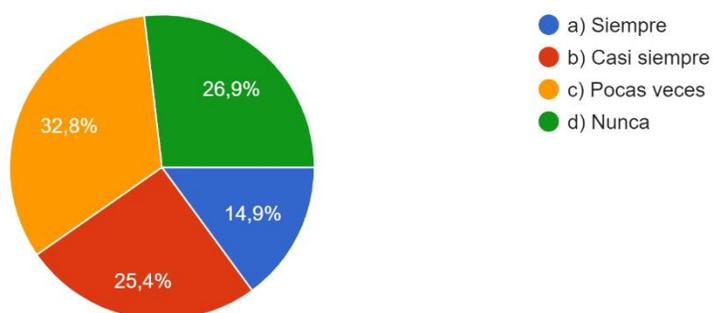
¿Usted realiza actividad física o participa en actividades recreativas con otras personas?

67 respuestas



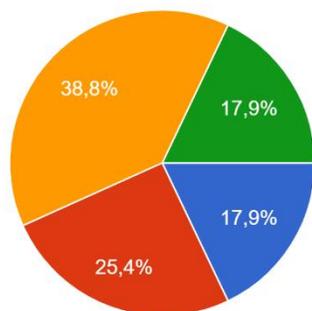
¿La bolsa lo limita al momento de compartir reuniones, eventos, encuentros con amigos?

67 respuestas



¿Siente incomodidad cuando comparte espacios con otras personas?

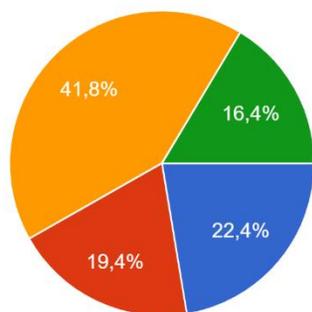
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿Se anima a conocer gente nueva?

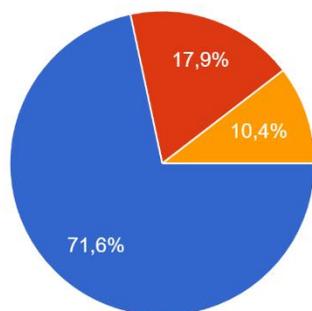
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿Diariamente, comparte tiempo con su familia?

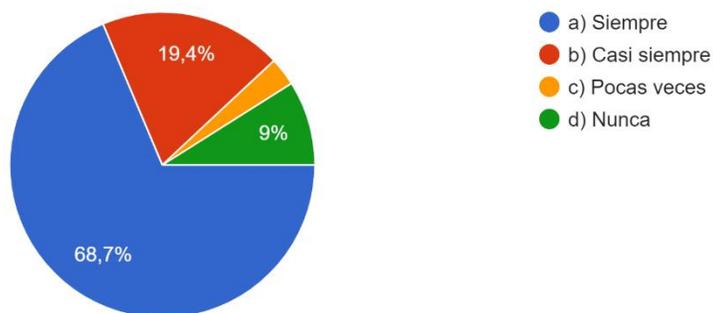
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

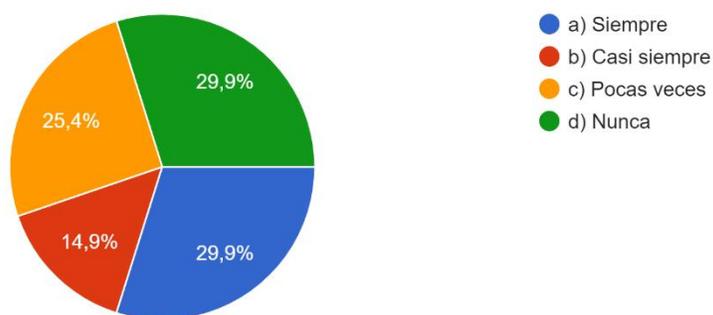
¿Su familia le hace sentir comodidad por la presencia de la bolsa?

67 respuestas



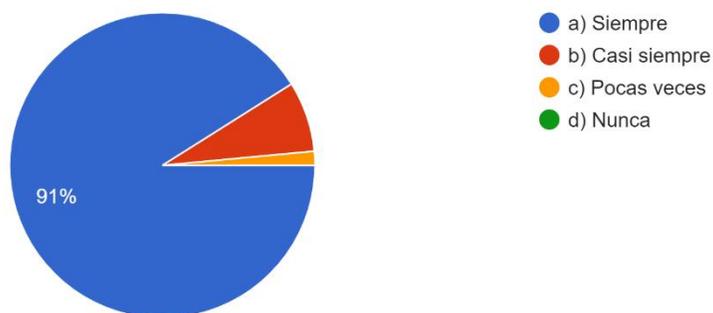
¿Su familia lo ayuda con el cambio de la bolsa y cuidado de la piel?

67 respuestas



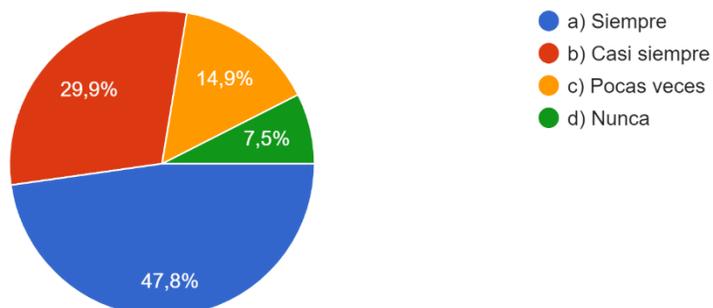
¿Desde el principio, se sintió acompañado por su familia?

67 respuestas



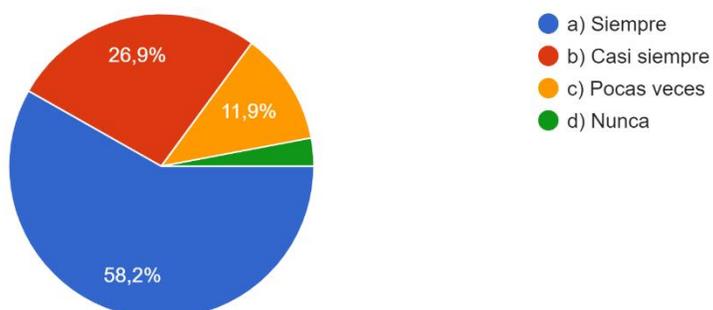
¿Recibe colaboración de su familia para realizar las tareas diarias de su casa como limpiar, ir de compras, lavar ropa, etc.?

67 respuestas



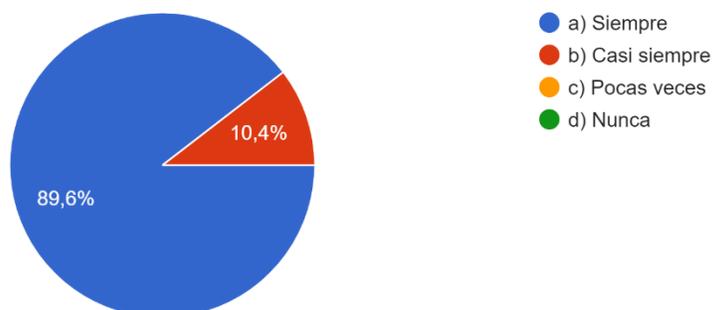
¿Siente que su familia colabora con la realización de las tareas diarias?

67 respuestas



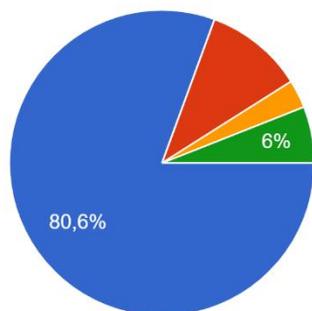
¿Su familia estuvo presente desde el momento del informe médico?

67 respuestas



¿Su familia recibió información sobre su situación clínica?

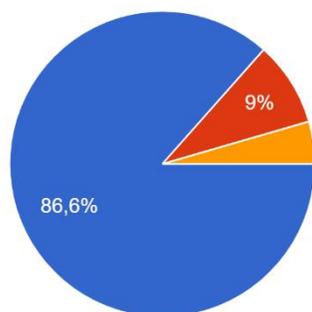
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿Se siente acompañado en esta situación por su familia?

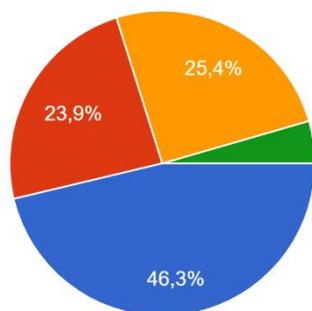
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

¿Su familia lo acompaña a las citas médicas?

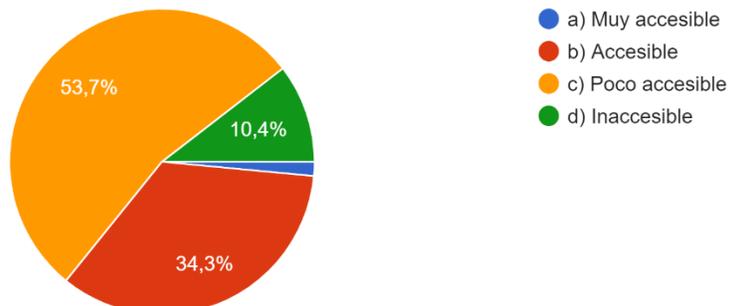
67 respuestas



- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Pocas veces
- d) Nunca

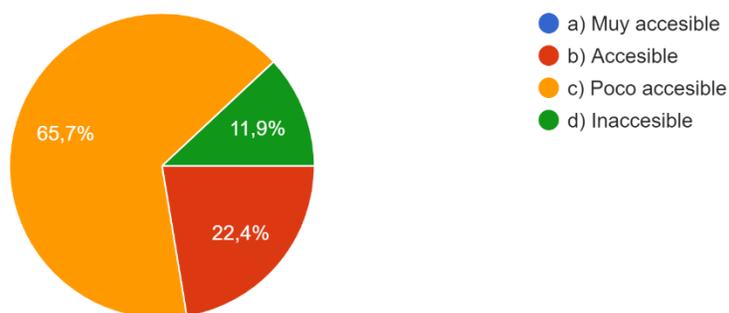
¿Cómo considera que es el acceso a los insumos (bolsas, cremas, etc.) para el cuidado de la bolsa?

67 respuestas



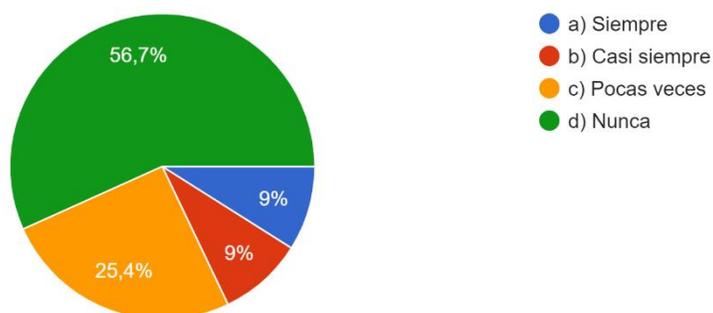
¿Cómo le resulta económicamente, la compra de insumos (bolsas, cremas, etc.) con su propio dinero?

67 respuestas



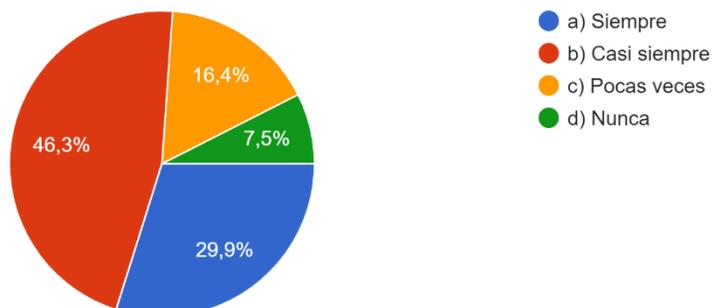
¿Recibe insumos de manera gratuita por parte del Estado?

67 respuestas



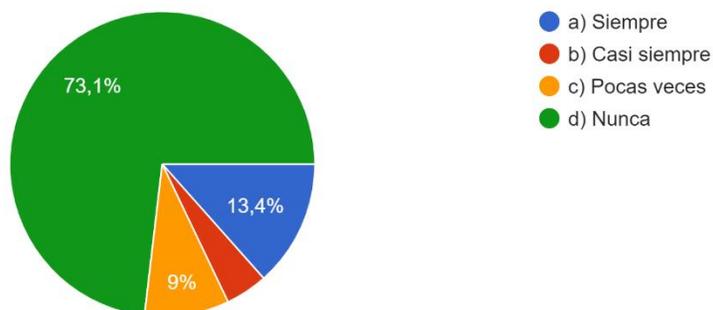
¿Considera que despeja todas sus dudas con la información que le brinda su médico respecto a su situación?

67 respuestas



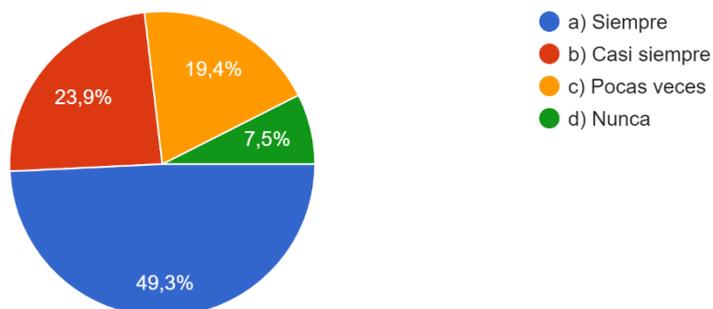
¿Escuchó hablar sobre la existencia de la Ley de Ostomizados?

67 respuestas



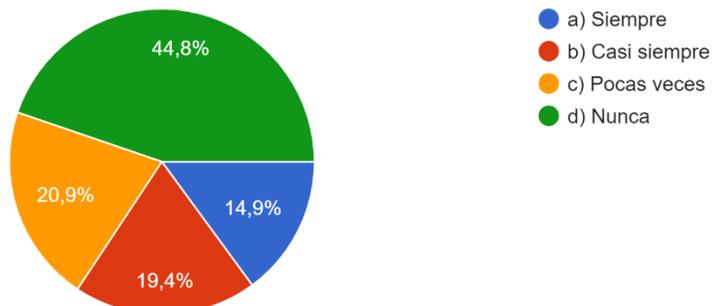
¿Recibe seguimiento clínico por parte de su médico de cabecera?

67 respuestas



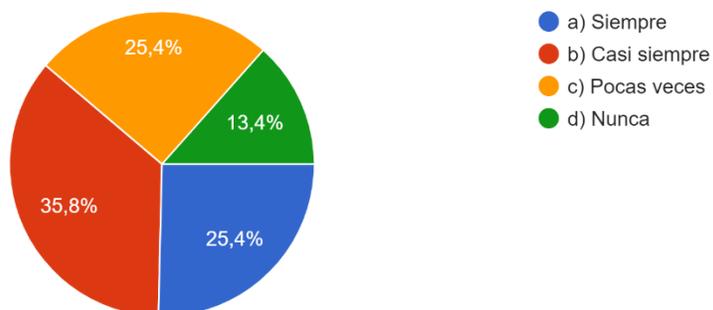
¿Recibe seguimiento clínico por parte del equipo profesional (nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, etc.)?

67 respuestas



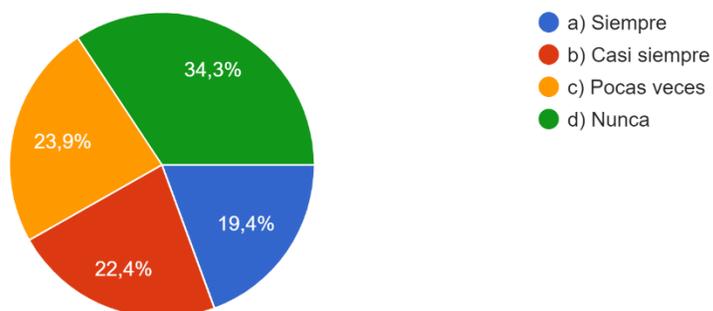
¿Usted puede acceder a su médico de forma fácil ante una emergencia o una consulta?

67 respuestas



¿El personal de enfermería le brinda información y cuidados apropiados en el hospital o en su domicilio?

67 respuestas



¿Usted puede acceder a consultas telefónicas o videollamadas con los profesionales?

67 respuestas

