

UNIVERSIDA NACIONAL DE ROSARIO
FACUTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ESCUELA DE ENFERMERIA

Percepción de la Calidad de Vida de los pacientes Ostomizados y tipos de Ostomas, según sexo, edad, nivel de escolaridad y estado civil, en un Policlínico de atención para Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Rosario.

Por: Mirta Perea

Director:

Lic. Juan Pablo del Valle

Codirector:

Dr. Flores Claudio

Docente Asesor:

Lic. Natalí Córdoba

Rosario, 11 de diciembre de 2019

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica
Tesina.*

Agradecimiento

Agradezco a Dios en primera lugar, por haberme dado la oportunidad de haber llegado hasta esta instancia de la carrera que con plena convicción elegí seguir.

Agradezco a la Srta. Natalí Córdoba, quien fue mi profesora, persona conductora y responsable de la comprensión de esta materia que en su culminación me enseñó el encanto y la magia que tiene el Accionar de investigar sobre temas que resultan apasionantes para el enriquecimiento propio, agradezco su acompañamiento por este recorrido que en lo personal fue cautivante.

Gracias a todas las personas que creyeron en mí dándome aliento para que continuara superándome

Gracias a mi familia, amigos y “a la Vida que me ha dado Tanto”...

Resumen y Palabras clave

EL adulto mayor Ostomizado tienen una particular percepción de la Calidad de vida en relación al tipo de Ostoma según la edad, el sexo, nivel de educación y estado civil.

Para enfermería es un caudal de saberes que se traspolan a un abordaje y tratamiento oportuno de la Unidad de estudio.

Objetivo General: Identificar la Percepción de la Calidad de Vida y Tipo de Ostoma según sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil de los pacientes ostomizados en una sala de internación de médico quirúrgica en un Policlínico de atención para jubilados y pensionados de la ciudad de Rosario durante el primer semestre de 2020.

Diseño metodológico: El siguiente estudio se realizará con metodología Cuantitativa, de tipo descriptivo observacional, transversal y prospectivo, mediante una encuesta, sobre la población total que son aproximadamente 75 adultos mayores de 65 años

Palabras claves: Percepción de la Calidad de Vida, Tipo de Ostoma, sexo, edad, nivel de educación, estado civil.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

✚ Estado actual del conocimiento o Estado del Arte.....	5
✚ Planteamiento del Problema en estudio.....	7
✚ Hipótesis y objetivos.....	8

MARCO TEÓRICO.....9

MATERIAL Y MÉTODO

✚ Tipo de estudio o Diseño.....	31
✚ Sitio o contexto de la Investigación.....	31
✚ Población y Muestra.....	32
✚ Técnica e instrumento para la recolección de datos.....	33
✚ Personal a cargo de recolección de datos	34
✚ Plan de Análisis.....	37
✚ Plan de trabajo y cronograma.....	42

ANEXOS

I. Guía de Convalidación o Exploratorio de los sitios	44
II. Instrumento de recolección de datos	45
III. Resultados del estudio exploratorio.....	47
IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento.....	48

BIBLIOGRAFÍA..... 49

INTRODUCCIÓN

Estado actual del conocimiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad de Vida es la Percepción de un individuo que tiene su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y los sistemas de los valores en que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, normas e inquietudes. La Calidad de Vida puede entenderse como una relación global dentro de la cual establece aspectos positivos pero también eventos adversos. Desde décadas pasadas comienza a dársele importancia lo que siente el usuario respecto a su bienestar, de esa manera se incorpora a esta definición de Percepción de calidad de vida Relacionada con la Salud ya que otrora se consideraban las observaciones del equipo médico, sin considerar los sentimientos de las personas en relación a su estado salud –enfermedad. (Schwartzman, 2003).

Por tal motivo la Percepción de la Calidad de Vida resultó ser una manera importante de interrelacionar los factores emocionales, sociales, económicos, educación de salud de cada individuo portador de un Ostoma. (Schwartzman, 2003).

Según, un estudio realizado en una institución de Salud de Colombia, que tuvo como objetivo describir la epidemiología de la población portadora de un Ostoma de eliminación, en una muestra de 247 pacientes portadores de ostomas, con un instrumento elaborado con 25 variables epidemiológicas, clínicas y convalidado por expertos, arrojó como resultado que el 57% de los pacientes Ostomizado fueron hombres, predominando los mayores de 63 años, en un 51% la enfermedad prevalente fue cáncer de recto en un 26%,seguido de cáncer de colon en un 24%, según tipo de estoma, las colostomías se manifestaron en 71% según el tiempo de permanencia, los estomas temporales arrojaron el 59% de los resultados .El estudio aportó una visión general de la población ostomizada pero permitió plantear una serie de necesidades, tanto en el área de educación profesional, práctica clínica y otros, para planificar cuidados acordes a las necesidades del sujeto de atención, familia y comunidad, resaltando ésta problemática en la población colombiana. (Novoa Rodríguez, et al, 2018).

Otro estudio realizado en Madrid, tuvo como objetivo, conocer la Calidad de Vida percibida a corto y mediano plazo de los pacientes enterostomizados (colostomías e ileostomías), se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, las variables que se estudiaron fueron: Calidad de Vida, sociodemográfica y clínicas, los instrumentos utilizados cumplieron el SF-36 y Stoma – QOL, mientras conservaron el Ostoma, en el preoperatorio, a los 15 días del alta, a los 3 y 6 meses de la cirugía. Variaciones de la calidad de vida desde la visita inicial a la final, el mismo tomó una muestra poblacional una muestra poblacional de 44, de los cuales el 68% fueron

hombres con edad media de 66 años, el 32 % mujeres con edades de 59 años según estados civil el 73% casados , 48% jubilados /incapacidad 57%con estudios medios superiores, en relación a la forma de cirugías 57% fueron programadas 57% padecían cáncer de colon rectal en relación a las enfermedades prevalentes, de acuerdo al tipo de Ostoma, 52% fueron colostomías, relacionadas al tiempo de permanencia , se obtuvieron los siguientes resultados 25% cierre precoz 36%ostomias temporales y con el 39% permanentes . Los cambios en las puntuaciones globales o a lo largo de los cuatro tiempos fueron significativos en el área funcional del SF-36, también fueron significativo los cambios en las puntuaciones globales del Stoma-QOL en la comparación de los valores a los 15 días del alta , 3 meses de las cirugías, llegando al resultado de que la percepción de la Calidad de Vida es peor a los primeros tres meses de la cirugías ,que mejora y se mantiene entre los 3 y 6 meses del postquirúrgico, otro resultado fue la contra cara, donde la percepción de la calidad de vida en el área emocional fue mejor en los jóvenes y en las personas con nivel de estudios superiores y medios como también fue relevante y mejor la percepción de la calidad de vida en pacientes Ostomizado permanentes. (Muñoz, Rocio; Montserrat, Solís Muñoz.1, 2011) .

Por otro lado Umpiérrez, realizó desde Montevideo Uruguay, un estudio con el enfoque Fenomenológico social de Alfred Schütz, optó por una investigación cualitativa, la finalidad de este estudio fue comprender la experiencia de vida de un grupo de pacientes portadores de colostomías develando sus expectativas en relación al cuidado de enfermería, la participación fue de 9 pacientes colostomizados. Los resultados obtenidos del análisis de la entrevista, permitieron que surgieran 5 categorías representativas de las experiencias vividas y expectativas de los sujetos las cuales fueron mencionadas como: poder de adaptación, entorno sociolaboral, la enfermera como asesora para la transición, el deseo del cuidado humanizado y la construcción de nuevos horizontes. Sus aportes presentes consisten en comprender esas categorías emergentes. En relación al poder de adaptación, construir desde lo que cada persona trae, teniendo como punto de partida las circunstancias de situación bibliográfica el acervo del conocimiento y las experiencias vividas anteriormente, la ausencia de conocimiento previo, este tipo de situación torna a las personas susceptibles vivenciando la falta de adaptación y la depresión como resultado, otra de las categorías es la relación socio laboral , muestra la relación con los otros permeada de intersubjetividad, denota un mundo compartido con semejantes, muestra el lugar destacado que el sujeto otorga a los amigos, a las familias y a las enfermeras en su proceso de acompañamiento, coincide con los aportes de la fenomenología de Schütz, donde se destaca la relación cara a cara, desde la concepción de que siempre hay otras personas que están al alcance

de nuestra experiencias de vida y que comparten nuestros espacios. Los deseos del cuidados humanizado expresa la necesidad de una atención cálida y cercana, por último la proyección del los sujetos, que hacen hacia el futuro un mundo compartido que supone enfrentar nuevos estilos de vida que pueda suponer portar un Ostoma. (Ferreira Umpiérrez, 2013)

Por lo que se viene mencionado anteriormente de las investigaciones y los aportes ya realizados, también en la Universidad de Estadual do Piaura, Brasil, se realizó un estudio para analizar el perfil de pacientes Ostomizados atendidos por las estrategias Salud de las familias. Este último fue un estudio exploratorio, con abordaje cuantitativo, tomándose 45 paciente Ostomizados, hombres y mujeres cuya muestra se conformó con el 100% de estos pacientes, como resultados prevalecieron las mujeres con el 57,8%, con edades entre 20 -59 años con 55,6% , en su mayoría con bajo nivel educativo en un 55,6%, y bajos ingresos, se observó en 75,6%, además como causas subyacentes por causas de las ostomías predominaron las enfermedades inflamatorias intestinales en 40%, en relación al tipo de Ostoma fueron las colostomías en un 77,8%, de acuerdo a tiempo de permanencia 66,7% las temporales, en cuanto al uso de dispositivos de una pieza el 80% , con drenaje 60% y con barra de protección 62,2%.(Alencar Luz-Araújo Luz et al , 2015).

A través de este recorrido, teniendo en cuenta el conocimiento del perfil de las personas portadoras de ostomas y las peculiaridades asociadas con el estoma, son esenciales para conducir la atención de enfermería con una mirada de participación activa de los sujetos de la atención articulando con otros profesionales que participen en el cuidado y seguimiento del proceso de adaptación a la nueva condición de salud del cliente (Alencar luz, Araújo, Luz, et al, 2015).

Planteamiento del Problema en Estudio

¿Qué relación existe entre La Percepción de la Calidad de Vida y Tipo de Ostoma según sexo, edad, nivel de escolaridad y estado civil de pacientes Ostomizados en una sala de internación de médico quirúrgica en un Policlínico de atención para jubilados y pensionados de la ciudad de Rosario durante el período del 2020?

Hipótesis

1. Los pacientes con ileostomías tienen mejor percepción de Calidad de vida que los pacientes Colostomizados.
2. Según el tipo de Ostoma los hombres con nivel de escolaridad completa, casados, tiene mejor Percepción de la calidad de vida.
3. Los pacientes colostomizados e ileostomizados, con vivienda de material que cuenten con todos los servicios luz, gas, zanjeos, recolección de residuos, cloacas tienen mejor Percepción de la Calidad de vida.
4. Los hombres con colostomías e ileostomías en comparación a las mujeres, refieren sentir más inseguridad, preocupación, tristeza, negación, rechazo, lo cual afecta su percepción de calidad de vida.

Objetivo General

Identificar la Percepción de la Calidad de Vida y Tipo de Ostoma, según sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil de los pacientes Ostomizados en una sala de internación de médico quirúrgica en un Policlínico para Jubilados y Pensionados de la ciudad de Rosario durante el 2020.

Objetivos Específicos

- ✚ Identificar los sentimientos positivos, negativos y su intervención en la percepción de la calidad de vida de población masculina y femenina Ostomizado.
- ✚ Conocer los grupos de contención con que cuenta esta población de sujetos con estomas.
- ✚ Identificar la percepción social de los sujetos con estomas
- ✚ Conocer el tipo de Ostoma de cada sujeto.
- ✚ Identificar el nivel de escolaridad y estado civil de los ostomizados.

Propósito

El propósito de este proyecto será la implementación de un programa de cuidados para pacientes ostomizados con integración e inclusión de las familias y pacientes, dentro del Policlínico de atención para jubilados y pensionados.

MARCO TEÓRICO

La Calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida.

Desde hace tiempo la psicología, filosofía, las ciencias sociales, etc., vienen intentando dar respuestas convincentes sobre cómo medir la Calidad de vida de las personas, una variable tan compleja multi dimensional, multifactorial. (Schwartzman, 2003)

“Si bien el concepto de Calidad de Vida o de la buena vida está presente desde los antiguos Griegos(Aristóteles) este concepto de Calidad de Vida Relacionado con Salud es incorporado en el Campo de la Salud en los años 90 con auge de las transformaciones, sociopolíticas, demográficas, económicos , científicos, etc.”El aporte de este paradigma, orientó un cambio incorporando los Sentimientos reales de los sujetos respecto a su Bienestar o malestar, relacionados a su estado de salud-enfermedad, tratamientos terapéuticos, medicamentosos, tecnológicos, interpersonales y a nivel macroscópico de las políticas de salud de los estados, a través de una autoevaluación, se introduce el concepto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de cada sujeto, desde allí surge relevante la Percepción Subjetiva para poder medir la Calidad de Vida de los pacientes, otrora lo tradicional era válido solamente las obsecraciones del equipo Médico, fundada en el Modelo Biomédico en donde los factores sociales y psicológicos eran excluidos . (Schwartzman, 2003)

La incorporación del concepto de Medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud fue un gran avance en materia de evaluación de Salud, pero no existe aun claridad suficiente respecto a un concepto general compartido, es inevitable tener que aceptar la dificultad de medir integralmente un fenómeno multicausal como es la Percepción Individual, tratando de elaborar una base empírica desde un concepto general inmensurable o imposible, a datos que reflejen evidencias científicas de adecuada Calidad.

Por consiguiente los métodos actuales de Medición de Calidad de Vida en Relación a la Salud, se desarrollaron sobre tres Tradiciones de investigación: La investigación, de la Felicidad proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953(Jones) como un constructo psicológico posible de ser investigado.

En 1960 se realiza en Estados Unidos, la primera investigación, sobre la Felicidad y el Bienestar (Gurin y cols), donde se demostró que la Felicidad y el bienestar no se podían simplificar solamente al grado de humor positivo experimentado. En tanto, otros estudios evidenciaron la autonomía de los efectos positivos y negativos relacionados con el Bienestar.

Costa y Mc en 1980, Abbey y Andrewes en el año 1985, en sus estudios de investigación demostraron la relación de afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la tendencia de ser extravertido, mientras que los efectos negativos reflejaban estrecha relación con el estrés, la depresión y la neurosis. Seguido, la demostración por parte de la Psicología que las respuestas subjetivas (sentimientos, emociones, deseos, etc.) podían evaluarse a través de test, esto llevó a jerarquizar este campo del conocimiento, llevando el desarrollo importante de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones (Barge-Schaapveld DQCM, Nicolson N.A, Deslepaal PAEG & De Vries MW., 2000).

La investigación en indicadores Sociales, provenientes de las Ciencias Sociales, el cual se focalizó en los Determinantes Sociales y Económicos del Bienestar.

La primera Evaluación de bienestar material se realiza en 1930 (King), y el término de Calidad de vida es utilizado en los años 50 (Ordway, 1953) por influyentes políticos de la época. Estudios que se hicieron más tarde mostraron la poca o nula relación entre indicadores objetivos de Bienestar con la Vida y las apreciaciones subjetivas, desde este punto las líneas de investigación en área social se observan distantes desde las que continúan focalizándose en indicadores subjetivos. Por lo anterior referido, ciertos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación de los distintos ámbitos de la vida específicos (Feist, G.J., Bodner, T.E., Jacobs, J.F; Miles. & Tan, V., 1995). A pesar de las diferencias de opiniones y los distintos modelos sobre las necesidades humanas, desarrolladas por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer y Killian, 2000): necesidad fisiológica (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.), necesidad de relación emocional con otras personas, necesidad de aceptación social, Necesidad de realización y de sentido.

En el Área Salud, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), fue progresista en el futuro desarrollo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, cuando la define en 1948 como.... “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”, esta definición pasó a ser una expresión de deseos, ya que las prácticas médicas así como las evaluaciones poblacionales fueron alejándose cada vez más de este concepto. (Schwartzman, 2003)

En relación al concepto unificado de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sienta sus bases, en paralelo, cuando en 1991 el grupo de expertos multicultural crea un instrumento de medición para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, el (WHOQOL-100), que a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico

para su construcción, desarrolla de manera simultánea en distintas culturas, utiliza metodología cualitativa, como grupos focales, para evaluar la pertenencia para los futuros usuarios de los espacios incluidos en la evaluación.

La Organización Mundial de la Salud define Calidad de Vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valores en lo que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994).

El Grupo WHOQOL, a su vez establece una serie de medidas, aceptadas por un gran número de investigadores, los cuales fueron los puntos de consenso:

Las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud deben ser: Subjetivas: recoger la Percepción de las personas involucradas, Multidimensionales: relevar diversos aspectos del individuo, en los niveles físicos, emocionales, sociales, interpersonales, Incluir sentimientos positivos y negativos, Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad en que se cursa, esto marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. (Schwartzman, 2003).

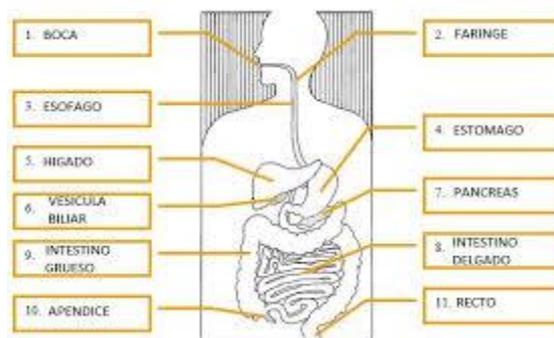
Bajo estos pensamientos y conceptos, La percepción de Calidad de Vida es la mejor forma de interrelación con los factores emocionales sociales, económicos, de educación, de atención de la salud de cada individuo inmerso en su cultura, portador de un Ostoma. (Novoa, JM, Rodríguez, FAC, et al, 2018).

Desde esta perspectiva, considerando la Percepción de la Calidad de Vida, como manera de relación con factores emocionales, donde en este marco se involucran los sentimientos positivos que son expresión de seguridad, alegría, aceptación o en su defecto la presentación de sentimientos negativos a través de la representación de preocupación, tristeza, inseguridad, negación, rechazo, que cada individuo de manera personal interpretará los eventos de salud-enfermedad, de acuerdo a sus matrices de aprendizajes, entendiendo a este término de la mano de la psicología social por la embajadora ilustre Ana Quiroga, refiriendo "*...la posibilidad de existencia del sujeto como tal está determinada por su capacidad de emerger de los aprendizajes que se tejen en sus vínculos y relaciones sociales a partir de necesidades manifiestas desde su nacimiento*", en otras palabras el ser humano para convertirse en tal necesita de las demás personas, pero Ana Quiroga también refiere que esos "*modelos interno son sociales y a su vez personales*", de este concepto, el significado de la percepción será de acuerdo a la subjetividad de cada individuo, según la experiencia que tenga y el significado que le otorgue a las necesidades individuales Desde éste pensamiento se justifica la percepción de la Calidad de Vida de los adultos mayores Ostomizados, en donde irán presentados diferentes maneras de percibir en

relación al tipo de Ostoma ,según la edad de los sujetos, el sexo, estado civil, su nivel de escolaridad también esta percepción social particular e individual sería afectada, por la contención la seguridad y pertenencia que le podrían brindar los grupos sociales , como ser familias , amigos , entidades religiosas, a los pacientes ostomizados. Haciendo mención el estado socioeconómico, en relación al tipo de vivienda de los pacientes con ostomias, si fueren precarias, casas de materiales, departamentos, mansiones, según el tipo de construcción: chapas, maderas, cartón etc., y a su vez estas personas dispondrían en sus modo de vida, con el confort, en lo que respecta a los servicios públicos denominados: zanjeos, cloacas, barrido, recolección de residuos ,agua, luz, gas natural como factores que modifiquen o no la Percepción de la Calidad de Vida de la población de adultos mayores de 65 años y portadores de una colostomías o ileostomías.(Quiroga , Ana, año,2019).

Los ostomas son un abocamiento de los órganos, pudiendo ser del aparato digestivo, urinarios, sobre la pared abdominal hacia el exterior, por donde se efectúan la eliminación de los desechos corporales, para poder entender mejor lo anteriormente dicho se hará referencia a la anatomía y fisiología del aparato digestivo en su estado óptimo de Salud.

Anatomía y fisiología del sistema digestivo (Hernando Moreno, Guillama Vilela, et al ,2017).



El aparato digestivo es un conjunto de órganos que cumplen la función de digerir y absorber los nutrientes de los alimentos, para que esto suceda deben lograrse una serie de fenómenos a lo largo de las partes que lo componen. El tubo digestivo comienza con la cavidad bucal en donde se ubican la lengua, las piezas dentarias y se vierten el contenido de las glándulas salivales, tiene lugar la masticación y salivación produciéndose la digestión de los alimentos, formándose el bolo alimenticio. Éste último mediante el proceso se transporta desde la boca faringe al esófago, la faringe, se comunica con la boca por la parte anterior y posterior con la laringe de la que está separada por la epiglotis y con esófago al quien vierte los alimentos transformados en bolo alimenticio. La deglución es una coordinación neuromuscular a nivel de la faringe, si se

presentarse un error de alguno de estos mecanismo, hace que los alimentos pasen a las vías respiratorias o a la nariz, en vedes pasar al esófago, que es un conducto muscular de 18 a 26 cm recorrido por el bolo alimenticio, solo participan en forma ordenada de la progresión de los alimentos. (Hernando Moreno, Guillama Vilela, et al, 2017)

El estomago es una dilatación del aparato digestivo que se presenta en forma de J, se comunica con el esófago atreves del cardias, con el duodeno atreves del píloro. Ambas cardias y píloro funcionan como válvulas que regula el paso de los alimentos .El estomago funciona como un reservorio, permitiendo así ingestiones intermitentes .El paso de contenido gástrico al duodeno tiene pequeñas cantidades volumétricas controladas por el efecto del píloro.

El jugo gástrico del estomago contiene acido clorhídrico, pepsinas, que se mezclan con el bolo alimenticio produciendo la digestión, y este pasa a llamarse quimo, los movimientos peristálticos producen el vaciamiento hacia el duodeno. (Hernando Moreno, Guillama Vilela, et al, 2017)

El intestino delgado tiene aproximadamente entre 6 a 8 metros de largo, formado por tres tramos: Duodeno separado por el píloro del estomago, recibe bilis desde hígado y jugo pancreático, seguido del yeyuno, y finalmente el íleon. El íleon se comunica con el intestino grueso a través de la válvula ileocecal. El intestino delgado continúa con la digestión de los alimentos, hasta convertirse en componentes aptos para la absorción, aquí juega un papel importante el jugo gástrico, pancreático, la bilis y el jugo intestinal, el quimo una vez que fue mezclado con estos jugos se convierte quilo, las paredes del intestino delgado tiene la capacidad de contráctil y mezcla el contenido y expulsa así adelante.

El intestino delgado, absorbe las sales, los nutrientes y el agua este proceso es muy eficiente, menos del 5% de grasas, hidratos de carbonos y proteínas se eliminan por las eses los adultos con dieta normal. . (Hernando Moreno, Guillama et al, 2017)

La digestión de las grasas (lípidos) se produce por efecto de la lipasa, originándose los triglicéridos, los fofos lípidos que se absorben en el yeyuno. Para que se produzca este proceso de digestión es necesario la participación de sales biliares; los hidratos de carbonos (almidones, azúcares, etc.), son ingeridas por las amilasa salivar y pancreática, las disacaridazas formándose monosacáridos que son absorbidos en yeyuno/íleon, finalmente las proteínas mediante pepsinas y proteasa (tripsina), dan lugar a los péptidos absorbidos en yeyuno /ilion.

El colon se encuentra unido al intestino delgado por la válvula ileocecal, mide aproximadamente en el adulto 1,5 metros en el adulto, y concluye en ano, presenta una forma peculiar, tiene unas bandas longitudinales y contracciones circulares que dan lugar a unos bultos llamadas haustras, en el colon distinguimos varias porciones: la primera es el ciego, más ancho que el resto,

apéndice, colon ascendente que se extiende hasta el ciego o flexura hepática, a este nivel el colon gira cambiando de dirección llamándose colon trasverso, a nivel del bazo se ubica el ángulo o esplénico, donde el colon vuelve a cambiar de dirección llamándose colon descendente, a nivel de la pelvis pasa a llamarse colon sigmoideo, con mayor movilidad y tortuosidad, esta es la porción más estrecha del colon, llegamos al recto aquí termina el conducto anal, donde tiene lugar la expulsión de las heces al exterior, llegan aproximadamente 1200 a 1500 de contenido ileal, entre 200 y 400ml son eliminado en forma de materia fecal, la función principal de colon es juntar durante un determinado tiempo cantidad de contenido fecal, esto sirve para mezclar los contenidos para favorecer la absorción de agua, sal y ácidos grasos de cadena corta, estos se producen durante la fermentación de los nutrientes que no se absorben por el intestino delgado, mediante las bacterias de la flora bacteriana colonica, que son indispensables para la integridad y buena salud de las células del colon, la motilidad o contractilidad presentan patrones diferentes para cada una de las funciones fisiológicas y regulan la absorción de líquidos. Cabe destacar que el colon aumenta la capacidad de absorción hasta 5 veces cuando es necesario, y disminuye la misma cuando hay elevación de la motilidad colonica y si se da un acortamiento del tiempo de tránsito colonico. La flora intestinal que se encuentra en la flora normal del colon está constituida por billones de bacterias de especies diferentes por ejemplo: bacteroides, porphyroma, bifidobacteria, lactobasilos, escherichias colis y otros coliformes, enterococos y clostridium. Las bacterias de la flora nativa del intestino intervienen en la digestión de los nutrientes y en el sistema inmune gastrointestinal. El sistema digestivo también cuenta con glándulas anexas, entre estas se mencionan, glándulas salivales con tres pares, dos parótidas una a cada lado de la cabeza, por delante del conducto auditivo externo, dos submaxilares ubicadas en la parte interna del maxilar inferior, por ultimo dos sublinguales, todas cumplen la función de salivar los alimentos para formar el bolo alimenticio y comenzar la digestión de los hidratos de carbono; seguido se describe el hígado es una glándula con cuerpo y volumen de color rojo, su función es producir bilis que se almacena en la vesícula biliar, durante las comidas la vejiga biliar se contrae, provoca el acceso al duodeno a través del conducto colédoco, en relación a la bilis cumple la función de emulsionar en el intestino delgado las grasas de los alimentos, por otra parte el hígado es fundamental en las vías metabólicas, además recibe de los intestinos los nutrientes absorbidos, los transforma, los sintetiza, también destoxifica compuestos absorbidos por el intestino delgado, para concluir el páncreas es una glándula de forma triangular se encuentra debajo del estomago y en contacto con el duodeno, cumple con una doble función, por tal motivo se las denomina en páncreas exógeno y páncreas endógeno,

el primero le corresponde la fabricación de jugo pancreático que contiene enzimas digestivas este llega al duodeno por el conducto de Wirhson para participar en la digestión de los alimentos, a la segunda le corresponde la fabricación de hormonas que se excretan en la sangre para llevar acabo funciones imprescindibles para el organismo, lo más conocido es la insulina encargada de la regulación de los valores de glucemia en sangre(Hernando Moreno, Guillama Vilela, et al ,2017).

La” *ostomía*” es un término general que se utiliza para describir un procedimiento quirúrgico donde se crea una abertura en el cuerpo, la abertura se denomina” *estoma* “, por donde se evacúa hacia el exterior, los desechos corporales materia fecal (evacuación intestinal) u orina, la piel que rodea al estoma se llama piel peristomal, cada estoma es único, en general son de color rojo, los primeros días a la intervención quirúrgica pueden observarse edematizados similar a un rodete, pueden sangrar, pueden estar sobre el nivel de la piel, sobrepasar o debajo del nivel de la piel aquí se considera retracción del estoma es signo para ser evaluado por el profesional. Varían los tamaños y formas, no tiene sensibilidad al tacto por consiguiente no se percibe dolor.

Para una mejor interpretación de lo mencionado sobre la diferencia de los términos, entendiendo el tipo de Ostoma que se realiza colostomía o ileostomías se puede visualizar las características del estoma. La colostomías es una apertura realizada quirúrgicamente en el colon a través del abdomen, el propósito de este hecho es que la materia fecal no transite por alguna parte afectada del colon. La colostomía puede realizarse en cualquier parte a lo largo del colon, esta puede ser temporal o permanente dependiendo de la razón médica para su realización, cuando se practica este tipo de Ostoma la materia fecal ya no se elimina por el ano sino por la colostomía. Para construir una colostomía el profesional a cargo de la cirugía pasa parte del colon a través de la pared abdominal, esta nueva apertura en el abdomen se denomina *estoma*, un estoma temporal puede ser una colostomía en asa o doble barril, ésta puede tener un aparato de soporte que es retirado después de dos semanas aproximadamente, remarcar que una colostomías no tiene músculo de esfínter por esta razón no existe control voluntarios en las evacuaciones. . (Copyright American Cancer Society, 2011).

Otro tipo de Ostoma es la ileostomía, es una apertura aplicada en el intestino delgado a través del abdomen, el propósito de esta práctica es que la materia fecal no pase por el colon, al igual que las colostomías pueden tener tiempo temporal o ser permanente dependiendo el criterio médico. Por razón de presencia de una lesión o enfermedad, como colitis ulcerosas o enfermedad de Crohn, el colon pude ser extirpado junto al recto y el ano. (Brunner, et al, 1988, pág. 850-855)

Una alternativa de esta técnica de una ileostomía permanente, se efectúa un procedimiento llamado anastomosis anal con bolsa ileal o reservorio ileal, una vez extirpado el colon el intestino delgado se utiliza para crear una bolsa de reservorio que se coloca en la pelvis y se conecta al ano, en la mayoría de estos casos se necesita una ileostomía hasta que sana el reservorio. (Copyright American Cancer Society, 2011).

Otro de los factores que se relaciona con la Percepción de la Calidad de Vida de los pacientes ostomizados tiene que ver con el sexo de los individuos y el grupo etario, las mujeres a igual que los varones, con el paso del tiempo experimentan cambios tanto fisiológicos, físico, mentales y sociales

Según el Censo de Población, Hogares y Viviendas de 2001, por esos años Argentina registraba una población de 36.260.130 personas, la densidad de la población era de 13 habitantes por kilómetros

La esperanza de vida al nacer en aquellos años fue de 75,24 años Para los varones representó 71,56, para las mujeres 79,06. La esperanza de vida adicional a los 60 años, fue de 19,97 años en total, para los varones 17,38 años y para las mujeres 22,33 años, se demostró que Argentina es uno de los países más envejecido de Latinoamérica, este signo de envejecimiento comienza a vislumbrarse a partir de los años 70. Según las cifras aportadas por el INDEC, en el Censo realizado en 2001, mostraba que las personas de más de 60 años residentes en Argentina ascendían a 4.871.957 (un 13,4% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población ascendían a los 9,8 puntos por cientos y los mayores de 85 años el 0,8 por cientos Los adultos constituían el 11,8 % de la población total rural y el 13,6 % de la población total urbana del país, por esto se considero que las personas de 75 años representaban un 30% de la población mayor. Se consideró que Argentina, presenta una feminización progresiva, que se refleja en una proporción de mujeres que va aumentando conforme avanza la edad. Por último, según datos obtenidos por el Centro Latino Americano y Caribeño de Demografías en el n° 73 en su boletín Demográfico (2004), sobre estimaciones de la población para América Latina y el Caribe, considera que para el 2050 un cuarto de la población Argentina tendrá más de 60 años. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2006, pag.:11)

En la última etapa del ciclo de la vida se producen cambios en el organismo que lo limitan para adaptarse al medio. El proceso biológico del envejecimiento deja huellas irreversibles, pero tiene en cuenta la individualidad de cada organismo.

La gerontología desestima el concepto de la vejez como enfermedad, considera que los achaques de las personas de edad avanzadas son la representación de una enfermedad y no de la vejez. La gerontología reclama un cambio de pensamiento profesional frente a los problemas del adulto mayor profundizando en el conocimiento de los factores que intervienen el proceso, lo que significa la consideración del estado físico y comportamiento de los adultos mayores. (Martínez, QM, 2010, Pag.:58).

El envejecimiento lleva a cambios tanto en la piel como en sus apéndices, el cabello blanco o gris, producido por pérdida de melaninas en el folículo piloso, pérdida de pelo frontotemporal en varones, en los hombres y mujeres hay pérdida del vello púbico, puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro e hipotiroidismo. Aumento de vellos facial en mujeres, en personas de piel claras, en los hombres en pabellones auriculares, cejas y orificios nasales. La formación de arrugas es producto de la disminución de la grasa subcutánea, falta de colágeno en su capa media de la epidermis provoca, una piel fina predispuesta a cualquier tipo de lesión. Otra característica de la piel en el adulto mayor son las manchas en zona dorsal de las manos, brazos cara, denominadas como lentigo senil. Las uñas, suelen ser duras espesas y difíciles de cortar, además las uñas de los pies son un indicador de calidad de vida y de autonomía en su necesidad de higiene. (Martínez, QM, 2010, pág.:59-60).

Un cambio bien documentado en el proceso de envejecer, es la disminución del tamaño y bajo de peso del cerebro, así como el número de las neuronas en funcionamiento, puntualmente en la sustancia negra, el cuerpo estriado y el núcleo dorsal del nervio vago, a si mismo el cerebro cuenta con una gran reserva, aún no se puede comprobar establecer una relación entre el tamaño y el funcionamiento. Lo que se conoce es que la transmisión nerviosa en las personas mayores es más lenta, produciendo una conducción nerviosa reducida, como consecuencia esta población tienen una merma en el tono muscular con un movimiento voluntario más lento, las decisiones del individuo se lentifican y las respuestas se demoran en emitirlas. Esto puede observarse en la imprecisión de los movimientos finos o psicomotricidad fina y la aparición del temblor senil distal, pero se debe considerar que el adulto mayor expuesto a un envejecimiento normal, conserva las facultades de pensar, razonar, aprender y memorizar de forma intacta, teniendo presente no esperar de parte de estos sujetos respuestas inmediatas. En general estos cambios pueden ser causa de pérdida del sueño, la alteración del sueño afecta a la fase IV y el sueño REM, por este motivo presentan insatisfacción en el descanso despertándose, como resultado un sueño interrumpido., por otra parte los cambios neurológicos producen pérdida de la sensibilidad

térmica del sujeto mayor exponiendo al individuo a insolación o a hipotermia. (Martínez, QM, 2010, pág.: 60-61-).

En relación a los cambios sensoriales en las personas mayores, se presentan con rapidez a partir de las edades superiores a los 70 años, estos órganos presentan algún tipo de modificaciones a nivel de la agudeza sensorial, en estos sujetos, la percepción del dolor está reducida por lo que resulta difícil su evaluación en la fase aguda. La sensación táctil en el anciano se presenta reducida no pudiendo percibir en ocasiones objetos o sensaciones, sin embargo responden satisfactoriamente al contacto físico. Los cambios en esta edad se manifiestan como riesgos potenciales el déficit a nivel del equilibrio responde en simultáneo a la dificultad de respuesta inmediata en situaciones que lo requieren, este evento es causado por retardo de las respuestas a los estímulos de los sentidos vestibular y sinestático. Los receptores vestibulares se ubican en músculos y tendones, desde allí envían señales al sistema nervioso central en relación al movimiento de las articulaciones y a la situación del cuerpo en el espacio, la función de estos sentidos es mantener el equilibrio, la coordinación y la posición normal del cuerpo, estos sucesos se encuentran presentes en relación a que el organismo del adulto mayor demora el tiempo para que el estímulo llegue al SNC, sea procesada la información y vuelva a enviar la respuesta a la periferia. (Martínez, QM, 2010, Pág.:61-62).

El individuo mayor por lo general comienza a perder la agudeza del campo visual a partir de los 45 a los 50 años, momento que se dificulta cambiar la forma del cristalino para acomodarse a la visión de cerca, esto lleva a las personas a la utilización de lentes para definir las letras pequeñas. El envejecer trae merma en el tamaño pupilar, para la mejora en la visual de los objetos es necesario aumento en la iluminación, pero a su vez se produce un aumento en la opacidad del cristalino, esto traduce a sensibilidad a la fuerza de la iluminación. Por este motivo es conveniente brindarle a la persona mayor, un ambiente iluminado con luz brillante pero difusa. Además se dificulta la discriminación de algunos colores, por la razón que el cristalino se torna amarillento y esta transformación hace que se oculten los colores en especial los fríos (verde azul y violeta), otra problemática que manifiesta la pérdida de la visión es la dificultad para percibir la terminación de los escalones de una escalera predisponiendo al anciano a caídas y fracturas. Un signo observable en la zona ocular de coloración grisáceo o azul, es causa de acumulación de sustancias lípidas en los bordes externos de las córneas aunque esto no tiene efecto pernicioso, en las transformaciones oculares, las glándulas lacrimales bajan la segregación presentando

sequedad e irritabilidad ocular., mencionado los párpados presentan ptosis o desprendimiento del párpado superior ,por atrofia de la musculatura palpebral.(Martínez, QM, 2010, pág.:63).

También el sentido del gusto se observa disminuido, en razón de que los ancianos consumen mayor cantidad de dulces, azúcares y alimentos muy condimentados, algunos autores lo atribuyen a la disminución de las papilas gustativas. La audición se verá afectada por cambios en el órgano de Corti o disminución de las células nervios en el octavo nervio craneal provocando pérdida progresiva de la audición y la diferenciación de los tonos altos., la mayoría de esta personas hacen referencia de no escuchar bien, la razón de esto es que tiene pérdidas selectivas de las frecuencias altas y no una disminución de la agudeza auditiva , la agudeza auditiva también se ve afectada por la acumulación de cera por aumento en la producción , pero este evento es transitorio hasta que el adulto mayor toma conciencia de esta problemática y es resulta La sensación del olfato .en el adulto se reduce a causa de disminución en el funcionamiento de la células en sus nervios olfativos , esto se traduce en factor de riesgo para la población ya que no capta los peligros ambientales que se identifican por el olor. (Martínez, Quintanilla Manuel, 2010).

Las transformaciones en el sistema cardiovascular se ven reflejadas en cuanto el adulto mayor intente realizar alguna actividad no habitual, el corazón no responderá con inmediatez a la demanda exigida por el organismo, lo mismo sucede si el geronte atraviesa alguna enfermedad. El rendimiento de éste músculo decrece con el paso del tiempo, el porcentaje más alto del gasto cardíaco el organismo lo destina al cerebro y arterias coronarias El ritmo cardíaco disminuye en un 25%, los síntomas de cansancios son más elevados que en edades más tempranas, las arterias coronarias se endurecen y presentan resistencia al flujo sanguíneo, por lo que reduce a 50%. El sistema vascular presentan un cierto grado de aterosclerosis, afectando a la aorta, arterias coronarias y carótidas, esta causa produce una esclerosis de los vasos arteriales medianos y pequeños, con la consecuente de la reducción de flujo sanguíneo de la red capilar, estas modificaciones a nivel anatómicas reducen la distensibilidad y elasticidad de las arterias grandes limitando la en cantidad del flujo sanguíneo para los órganos vitales (Martínez, Quintanilla Manuel, 2010).

Es decir cuando la demanda de aporte sanguíneo aumenta, por parte de los tejidos, el efecto es mayor debido a la resistencia periférica, el corazón y las arterias no responden, por consiguiente de cualquier episodio que aumente la demanda de sangre, produce un aumento en la frecuencia

cambios en el ritmo, fuerza del pulso y un aumento de la tensión arterial, produciéndose ángor o síncope, por consecuencia de la presentación de hipoxia en cerebro y corazón. Los corazones añosos en muchos casos padecen de arritmias trayendo como consecuencia menor aporte sanguíneos y aumentando problemas cardíacos o cerebrales de los adultos mayores de 65 años. (Martínez, QM, 2010, pág.:65).

En los cambios endócrinos se hace relevante la diferencia entre sexo, hombres y mujeres, la mujer menopáusica, etapa femenina abarca desde los 40 a los 55 en adelante, se verá afectada por la disminución brusca de la progesterona y descenso brusco de estrógenos. El descenso de los niveles de estrógenos produce en el tejido mamario, reducción del tejido glandular, aumento del conectivo y grasa. Esto hace que los pechos femenino caigan sin perder tamaño, la grasa reemplaza al tejido glandular. El útero también sufre transformaciones, pierde tamaño, en mujeres muy ancianas hasta un 50% comparada con edades más jóvenes, estas modificaciones en el organismo también afectan a las trompas de Falopio, reduciendo su tamaño y motilidad, la disminución hormonal produce en la mujer descalcificación ósea, la vulva al perder grasa subcutánea reduce su cuerpo y se retrae.

En el varón la producción de estrógenos continúa a nivel de la corteza suprarrenal, lo que desciende es la testosterona, pero no de manera brusca, sino que su descenso sucede de manera gradual la cual comienza desde la juventud, al igual que sucede con la espermatogénesis. En el varón adulto mayor se produce frecuentemente agrandamiento de la glándula prostática, la consecuencia es el aumento progresivo en la dificultad para miccionar. (Martínez, QM, 2010, pág.:67-69).

En el geronte el sistema óseo, se produce desmineralización de los huesos, por consiguiente se pierde masa ósea, por lo que se cuenta estimativamente, los mujeres 25% y los hombres 12%, éste proceso se llama osteoporosis senil, producto por falta de movimiento, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio o pérdida por trastornos endócrinos, propicia fracturas de los ancianos. También disminución de la talla por estrechamiento de los discos vertebrales, cifosis dorsal, esto altera la estática del tórax. Desplazamiento del triángulo de sustentación corporal, por desgastes de los puntos articulares en miembros inferiores, provocando aparición de callos alterando, equilibrio alineación corporal y marcha. En relación a las articulaciones comienza a disminuir el agua del espacio y el tejido cartilaginoso, hay fricción de superficie y aparición del

dolor, otra forma de degeneración es el crecimiento de los bordes dando lugar a deformidades y compresión de los nervios. (Blotta, E. et al, año2007).

La existencia de los avatares óseos intervienen en la transformación pulmonares, como ser en los cambios a nivel de tórax como en la columna vertebral, el pulmón pierde volumen tornándose más rígido y menos distensibles por la dificultad de contracción de los músculos inspiratorios, el volumen del llenado pulmonar se reduce a45%., este evento se suma a los cambios irreversibles que el organismo humano transita en el proceso de envejecer. (Martínez, QM., 2010, Pág.:66).

En el aparato digestivo del adulto mayor se menciona que la segregación de saliva disminuye y es más alcalina, las encías se retraen y las mucosas están menos hidratadas , esto provoca pérdida de piezas dentarias., viéndose alterada el proceso alimentario .Por otro lado el nivel del músculo liso de la región digestiva y la dificultad en el estímulo al sistema nervioso autónomo, esto dará lugar a que el peristaltismo, desde el esófago al colon sea un proceso lento, lo mismo el vaciado del estómago, manifestándose sensación de plenitud, también disminuyen las enzimas pancreáticas reduciendo la digestión y absorción de nutrientes. Continuando con la lentitud de la digestión, aquí participa la bilis presentándose más espesa siendo el vaciado de la misma tardío. Otro de los trastornos que presenta esta población por el proceso de envejecimiento, por la dificultad de relajar el esfínter anal, por el frío, úlceras, hemorroides se manifiesta estreñimiento, contando además la disminución del peristaltismo y fuerza abdominal que dificultan las evacuaciones de los adultos mayores. . (Martínez, QM, 2010, pág.:67).

Además de cambios fisiológicos por el paso del tiempo en las personas, también existen cambios psico-sociales, estas transformaciones se reflejan como primera expresión , cuando los individuos , llegada a la última etapa de la vida y deben jubilarse, abandonar su lugar , puesto habitual de trabajo , dejar de ejercer una profesión de la cual había venido instruyéndose durante toda la etapa de juventud, para después poder desarrollarla y desarrollarse ,donde queda plasmada la identidad de algunos individuos . Aquí el individuo es excluido socialmente por el mercado laboral, pasa a ser de una persona autónoma, productora a la pasividad tomando la denominación de jubilado, o en su defecto por circunstancias de cada individuo de pensionado. Este reconocimiento social el cual expone su transformación, en muchos adultos mayores trae acompañada sentimientos de tristezas, angustia por el déficit en la adaptación. Otro cambio en los adultos mayores consiste en las pérdidas de sus cónyuges cambiando de estado civil, pasan al

estado de viudez, en esta etapa el adulto mayor es sometido a continuas pérdidas afectivas, de amigos, hermanos, seres queridos en general.

En relación a los cambios que el proceso de envejecimiento presenta a nivel fisiológico, físico y psicosocial, son las características propias de este grupo etareo, consideradas para la identificación de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores portadores de una ostomias. En simultáneo otro factor a considerar en esta población de Ostomizados adultos mayores, para medir la percepción de la calidad de Vida de los pacientes con ileostomías y colostomías, es el estado civil que presenta la población de estudio.

El estado civil es un atributo de la personalidad, pudiéndose definir como la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad, respecto a los demás miembros de esta. El estado civil de las personas, es la situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familias que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes. Los individuos socialmente pueden presentar diferentes estados civiles, *estado civil soltero*, son las personas que no contraen un vínculo matrimonial que declaren antes las leyes un compromiso formal ante un juez. *Estado civil casado* es la persona que antes un juez ha declarado una unión conyugal con otro tomando deberes, responsabilidades, pero también derecho que esa unión le confiere. *Estado civil viudo*, una persona con estado de viudez es aquella que por cierta circunstancia a perdido a su conyugue, quedando en libertad si en algún momento lo requiriera, contraer nuevas nupcias, sin ningún impedimento legal. *Estado civil divorciado* corresponde a las personas que estuvieron sujetas a un contrato matrimonial y jurídicamente ha sido disuelta. Tomando como base el estado civil de las personas de este momento histórico-político y social, la recreación se posiciona en las características históricas-social de la población, estos adultos mayores fueron la juventud de la década de los años 60 y 70, donde la cultura social era dispar y diconsonante con la del momento histórico actual. Por aquellos tiempos, la sociedad tenía conceptos muy conservadores respecto al matrimonio, estos vínculos se disolvían con la defunción de algunos de los cónyuges., los divorcios no eran frecuentes, las personas solo disolvían las uniones con separaciones de hechos, y en el mayor de los casos porque el esposo abandonaba a la mujer, la violencia hacia la mujer se naturalizaba en ese entonces, aún no existía amparos legales como en la actualidad, el modelo patriarcado familiar era el predominante, el hombre era el proveedor absoluto del hogar, la mujer era la encargada por excelencia, por mandato social, del cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar en lo que

respetaba a los quehaceres domésticos, en cuanto al mercado laboral los salarios siempre fueron superiores el de los hombres en relación al de las mujeres, era la época que la mujer asomaba con un cierto grado de intento por tener una posición reconocida en el mundo social., sin nada o muy pocos derechos ganados. El conocimiento de la historia lleva a la comprensión del presente. y el entendimiento de la forma como el adulto mayor Ostromizado, va a percibir su calidad de vida.

Siguiendo con la recorrida histórica-social y cultural, y considerando la variable *nivel de escolaridad*, como un factor más relacionado con la percepción de la Calidad de Vida de los adultos mayores portadores de una ostomias, la posición en este apartado está orientada en conocer el pasado, para entender el presente de la población en estudio.

En la Argentina en 1943, durante el gobierno de facto de Pedro Pablo Ramírez, se incluyó la educación religiosas en las escuelas, siendo que en 1884 la educación argentina marcó un hito con la sanción de la ley 1420 que consagro en el país la educación gratuita, obligatoria y laica.

Durante el gobierno peronista (1946-1952 y 1952-1955), logra ampliar la matricula de los colegios, y la clase media empieza a tener acceso a la enseñanza secundaria y superior. (Firgermarr, Hilda, 2011).

En 1953 el presidente de turno, Juan Domingo Perón abolió la enseñanza de religión en los colegios públicos, la educación en ese momento fue utilizada para construir en los niños una visión política favorable al gobernante y a su esposa Eva Duarte.de Perón (Firgermarr, Hilda, 2011).

A pesar de todas estas bonanzas de las políticas de turno, la realidad que la población estudiantil, por razones socio-económicas no alcanzaban a completar la educación primaria, las niñas de esa época colaboraban en la crianza de sus hermanos y en las tareas domésticas ocupando el mayor tiempo, por esta razón no se disponía de tiempo extra para dedicarlo a la educación. Los varones en zona rurales eran insertados de temprana edad al mercado laboral, como mano de obra barata, el deber de la época era cumplir fundamentalmente con el ingreso familiar para la subsistencia del grupo y la educación quedaba relegada, reflejada en la deserción escolar y el aumento del analfabetismo. Una de las características a tener en cuenta, aún a los alumnos se los golpeaba con reglas en las manos como formas de disciplinar o como método pedagógico, se los castigaba poniéndolos de rodillas mirando hacia la pared en presencia de toda la clase con los brazos

sosteniendo libros, los alumnos respetaban a sus maestro. A las niñas se las capacitaba en actividades prácticas con labores como costura, bordados, planchado de ropas, etc., los varones se les enseñaban carpintería, cuidado de huertas, y demás. Los pupitres de los colegios eran de maderas, tenían un orificio en el medio donde se colocaba un tintero, se mojaba una pluma de metal la cual se utilizaba para escribir. Los útiles escolares en su mayoría eran entregados, por colaboradores del gobierno de turno se utilizaba en aquel entonces, los trenes del Ferrocarril argentino para llegar a cada lugar de todos los ciudadanos argentino.

El sistema de Educación Nacional Argentino de la época en sus niveles de escolaridad lo conformaba de la siguiente manera para los colegios públicos, Nivel primario conformados por 6 años de escolarización, nivel secundario se constituía por 5 años, a los 3 años se obtenía un título intermedio denominado ciclo básico, nivel terciario y universitario.

En la actualidad la ley 26206 nacional de educación, garantiza la educación como un bien público está organizado en cuatro niveles y es obligatoria desde los 4 años de edad. Además de los niveles, la educación consta de 8 modalidades, educación técnico profesional, educación artística, educación especial, educación permanente para jóvenes y adultos, educación rural, educación intercultural bilingüe, educación en contexto de privación de la libertad, educación domiciliaria y hospitalaria. Otra característica de la educación que puede ser de gestión privada, mixta o pública. (Sistema de Tendencias Educativas en América Latina, 2017).

El sistema educativo está dividido en 4 niveles, educación inicial, educación primaria, educación secundaria, educación superior.

La *educación inicial* es la unidad pedagógica denominada jardín maternal y jardín de infante, aquí concurren niños de 45 días a 2 años de edad, en el jardín de infantes concurren niños a partir de los 3 años hasta los 5 años de edad., en este nivel son obligatorios los dos últimos años, conocidos como sala de 4 y 5 años., el objetivo es generar solidaridad, confianza, cuidado y amistad entre niños y niñas, desarrollar su capacidad creativa y el placer por aprender, promover el juego, desarrollar la capacidad de expresión y comunicación por la palabra, por el movimiento, por la música, la expresión plástica, etc., favorecer la formación corporal, prevenir y atender necesidades especiales y dificultades de aprendizajes., una vez completado este nivel el niño pasa a el *nivel primario*, con 6 años de edad, si bien el nivel inicial es obligatorio, no se dejan de recibir a los niños que no hayan cursado este nivel .El *nivel primario* tiene como

objetivo garantizar acceso de saberes comunes, ofrece condiciones para el desarrollo integral del niño y la niña, da oportunidades equitativas en todos los aprendizajes en especial en lengua y comunicaciones, ciencias sociales, matemáticas, ciencias naturales, lenguas extranjeras, etc., genera condiciones para el uso de nuevas tecnologías, promueve el desarrollo de una actitud, de esfuerzo trabajo y responsabilidad, promueve la curiosidad y el interés por aprender, desarrolla la iniciativa particular y el trabajo en equipo, da formación ética, promueve el juego, brinda oportunidades para realizar educación física, otorga conocimientos y estrategias para continuar con los estudios secundarios. El primero y segundo grado son considerados como una unidad pedagógica, es decir que el alumno pasa al siguiente aunque no haya alcanzado el aprendizaje de los contenidos de la curricular, siempre que en el año siguiente se considere que estará listo para lograrlo, por último la promoción acompañada, respeta las características de los procesos de cada alumno asegurando la continuidad de la trayectoria (esto se denomina *promoción acompañada*). (SITEAL, 2017)

La educación secundaria es el nivel educativo para los jóvenes y adolescentes que culminaron el nivel primario y en nuestro sistema de educación argentino en este contexto histórico es obligatoria, este nivel brinda a los estudiantes formación ética, tener conciencia de los derechos y obligaciones como ciudadanos argentinos, fortalece el accionar solidario, el respeto humano, prepara al ciudadano para el ejercicio democrático, etc., desarrolla en cada estudiante capacidades de aprendizajes e investigación de trabajo individual y en equipo, este nivel desarrolla las competencias lingüísticas de manera oral y escrita de la lengua española, y enseña la comprensión y expresión de lenguas extranjeras, además promueve el conocimiento como saber integrador, desarrolla las capacidades para comprender y utilizar las tecnologías, la información y la comunicación, este nivel relaciona al estudiante con el mundo del trabajo, la producción, la ciencia y la tecnología., además en el alumno desarrolla el proceso vocacional para que pueda elegir su futura profesión y trabajo, estimula al joven a la creación artística, la libre expresión, el placer estético e incentiva que comprenda la cultura., promueve la formación corporal y motriz brindando en los colegios educación física. (Sistema de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL, 2017).

La duración del nivel secundario depende de cada jurisdicción, puede durar de 5 a 6 años.

En algunas jurisdicciones termina en 6 grados y la secundaria culmina en 6 años., otras jurisdicciones la primaria se culmina con 7 grados y la secundaria en 5 años, los colegios secundarios con orientación técnicos profesional pueden durar 6 años.

Toda la educación secundaria no es igual, se encuentra dividida en ciclo básico y ciclo orientado, esto significa, que el ciclo básico se desarrolla en los 2 primeros años de secundario, un ciclo orientado comprende el resto de los años de la secundaria. (SITEAL, 2017).

Los colegios secundarios tiene diferentes orientaciones, Bachillerato orientados en ciencias sociales o en ciencias sociales y humanidades, Bachillerato orientado en ciencias naturales, Bachillerato orientado en economía y administración, Bachillerato orientado en lenguas, Bachillerato orientado en agrario/agro y ambiente, Bachillerato orientado en turismo, Bachillerato orientado en comunicaciones, Bachillerato orientado en informática, Bachillerato orientado en educación física, Bachillerato orientados en arte (música, artes visuales, teatro , danzas, etc.)

Los ciudadanos que hayan alcanzado la cumplimentación del nivel secundario estarán aptos para ingresar al nivel de educación superior está regulada por la ley de educación superior 24.521.

La educación superior comprende a Universidades e Institutos Universitarios estatales o privados autorizados en concordancia con la denominación establecida en la ley 24.521., la enseñanza que ofrece la educación superior, es a nivel profesional.

Aquí se contrastan los momentos histórico-político-social, cotejando las formas y posibilidades de acceso a la educación por parte de la generación presentes de adultos mayores, considerando la percepción de la calidad de vida según el nivel de educación de esta población teniendo en cuenta las vivencias individuales y colectivas y observando el presente sociopolítico de la educación actual. (SITEAL, 2017).

Por otro lado, el *tipo de vivienda de los adultos mayores ostomizados*, es otra variable de importancia en *La Percepción de Calidad de Vida* de la unidad de análisis.

Según los datos obtenidos a través del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, la cual permite caracterizar la situación habitacional de la República Argentina, determinando la calidad y cantidad de las mismas.

”La vivienda representa un bien vital para la existencia humana, ya que permite, el refugio, el albergue, la protección ambiental, la seguridad y la privacidad de la vida de sus ocupantes. Es la unidad que debe reunir las condiciones mínimas para que sus habitantes puedan descansar, alimentarse, higienizarse, reproducirse, realizar actividades de esparcimientos e interactuar con sus semejantes” (INDEC, 2010, pag.:217)

Tener una vivienda digna es una necesidad básica, es un derecho garantizado por la Constitución Argentina, el derecho a la vivienda digna figuro por primera vez en la constitución Argentina en 1949.

En 2010, el Censo contabiliza 13.812.125 viviendas particulares en el país, de las cuales 11.317.507 se encontraban habitadas y deshabitadas 2.494.618.

Se considero en el Censo a demás el tipo de material con que se construyó cada vivienda, para esto se diseñó una tipología de las viviendas en: *aceptables, recuperables e irrecuperables*, las indagaciones que se realizaron estuvieron referidas a preguntas sobre pisos, techos y cielorrasos, definiendo a viviendas aceptables a aquellas que por su calidad de materiales, no necesitan reparación o modificación para satisfacer las necesidades del hogar, ya que su construcción responden a materiales resistentes en todos sus componentes y poseen elementos de aislación y terminación, en otras palabras son las viviendas que cuentan con piso de cerámicos, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra., los techos presentan cubiertas asfálticas o membranas, baldosas o losas, tejas o chapas de metal , además cuentan con revestimientos interior.(INDEC, pág:221-222).

Se les asigno denominación tipo B a las viviendas que tenían posibilidades de poder recibir refacciones en las construcciones y alcanzar la calificación de poder ser habitadas de por personas cubriendo las necesidades y función de propiedad, son las viviendas recuperables. Otra clasificación de viviendas le correspondió a las viviendas irrecuperables, presentan condiciones precarias, construidas por pisos de tierras o ladrillos sueltos, techo de chapas, cartón, tabla, paja con barro o de paja sola. Las viviendas de tipo A, corresponde a las denominadas: aceptables son las casas y departamentos que cumplen con los requisitos y disponen de todos los servicios públicos. . (INDEC, 2010, pág.: 223).

La conexión a los servicios básico es uno de los principales aspectos que aseguran la calidad de vida de la población. Por este motivo es de suma importancia brindar acceso a los servicios de agua, desagüe cloacal, barrido, recolección de residuos, servicio de luz eléctrica, red de gas natural, esto garantiza el bienestar y la salubridad a las personas. (INDEC, 2010, pág.: 233).

Uno de los datos relevante de este censo fue que un alto porcentajes de persona que eran dueños de viviendas propias correspondían a adultos mayores, que habitaban en viviendas recuperables, y que la mayoría compartía el inmueble con familiares directo, hijos, nietos, etc. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2006).

Este dato anteriormente mencionado será de interés para observar el comportamiento de la percepción de la calidad de vida de los paciente ostomizados mayores de 65 años, considerando a demás la relación que pueda presentar que su vivienda contenga todo los servicios públicos o no los tenga.

Otro dato que se intentará develar, relacionado con la percepción de la calidad de vida de los pacientes colostomizados e ileostomizados es la necesidad de relación con los grupos sociales, las familias, grupos de amigos, las entidades religiosas, así como los clubes, en las vivencias diarias de la población en estudio, considerando que los seres humanos desde que nacen, por naturaleza son creaciones sociales, y que necesitan de un primer grupo que lo cuide, lo contenga, infunda valores, normas, reglas de convivencia, para que estos saberes puedan ser compartidos con otras personas y que esas otras personas en un mundo más amplio compartan sus saberes, y se amplíen los conocimientos y el ser humano ira formando los diferentes aspectos de una vida individual, social, espiritual y psicológica, para poder satisfacer necesidades que son propias de la esencia, humana, por eso la importancia de los grupos para que los seres con la ayuda y colaboración de otros pueda alcanzar a satisfacer necesidades individuales y grupales, desde este concepto se entiende a la unidad de análisis del presente trabajo ,compartiendo el pensamiento de grupos desde la psicología asocial:

Según Pichón Riviere caracteriza al grupo como *“un conjunto restringido de personas que ligadas por constante de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”*. (Quiroga, Ana 2019, pág.:96).

.....”Esta vivencia se transforma en pertenencia: sentimientos de integrar un grupo, de identificarse con sus acontecimientos y vicisitudes. Por la pertenencia los integrantes de un grupo se visualizan como tales, sienten a los demás miembros incluidos en su mundo interno, los internalizan, cuentan con ellos y pueden planificar la tarea grupal incluyéndolos”. (Quiroga, Ana, 2019, pág.: 96).

Por consiguiente, el hecho de conocer al paciente en todos sus aspectos, ámbitos individuales, personales colectivos y sociales, a la disciplina el *Arte de Cuidar*, a enfermería, le proporciona herramientas para poder enfrentar desafíos y planificar cuidados de Calidad

Por eso el presente trabajo se sustenta en la teoría de Hildegard Peplau, que se basa en el cuidado de la enfermera psicodinámica, considerando, que enfermería “*es capaz de entender la propias conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia*”. (Vega, Ana M et al, 2019, pag.:43-45).

Considera que “*La enfermera es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad, el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria. Es un importante proceso interpersonal y terapéutico*”. (Vega, Ana M. et al, 2019, pag.:43-45)

Peplau describe roles de enfermera, como a “*persona a quien recurrir, el enfermero prorciona respuestas específicas a las preguntas del paciente, especialmente información sanitaria, tratamiento, plan médico .El enfermero determina qué tipo de respuesta resulta más adecuada para un aprendizaje constructivo*”.

Rol docente:”El enfermero debe proceder siempre de lo que el paciente conoce y desarrollar ese papel en función de su interés y de su deseo de ser capaz de emplear la información “Rol de conductor....”ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa” .Rol de sustituto” las actitudes y conductas del enfermero crean sentimientos que reactivan los generaos en una relación anterior,.....ayuda al paciente a encontrar similitudes y deferencia entre su papel y la persona recordada”. Rol de asesoramiento.....”El propósito de la técnica interpersonal es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente que es lo que le ocurre en la situación actual, de modo que pueda

integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de la vida”. (Vega, Ana M. et al, 2019, pag.:43-45).

La teoría de Peplau es compartida plenamente por la autora del proyecto y fundamenta sus bases de creación a través de esta corriente de pensamiento filosófica.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio o Diseño

El siguiente estudio se realizará con abordaje metodológico Cuantitativo, de tipo descriptivo observacional porque se describirán las variables tal cual se van presentando, transversal porque el instrumento de medición se aplicará en un solo momento y prospectivo, la recolección de datos se efectuará a medida que se van presentando los hechos.

Sitio o contexto:

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizará una exploración y relevamiento del sitio, a través de una guía de relevamiento de datos (Ver Anexo I).

Cabe destacar que el efector se ubica en la ciudad de Rosario, es dependencia mixta, es decir privada y estatal, donde la atención está destinada a los adultos mayores jubilados, pensionados y veteranos de Malvinas, en el mismo realizan cirugías generales entre tantas, especialidades, cuenta con salas de internación de diferentes patologías. El sector B del 2° piso cuenta con 21 camas, sector de Hemicuerpo con 12 camas útiles, integran el Área de internación del Servicio de Médico Quirúrgica, la dotación total de camas se encuentra readaptada por estar el edificio en remodelaciones edilicias.

De este modo se controlaran las amenazas de *historia* ya que a cada unidad de análisis se le considerará un ambiente tranquilo para que pueda completar la encuesta, que se les administrará para la recolección de los datos, *maduración* evitando que se vuelva a aplicar el instrumento a los mismos pacientes efectuando un minucioso control de cada encuesta administradas, *inestabilidad del ambiente* para evitar la aparición de ésta, se le solicitará a todos los usuarios que en lo posible completen la encuesta dentro de la habitación y en presencia de la autora, evitando interrupciones de ruidos externos e intromisión de cualquier personal ajeno a la investigación.

Es necesario realizar el relevamiento del sitio como primera medida de control y validez interna, asegurando que no exista la presencia de variables intervinientes.

Por consiguiente, el proyecto se realizará en un Policlínico de la ciudad de Rosario, de atención para Jubilados y Pensionados durante el primer semestre del 2020, por reunir con los siguientes criterios de elegibilidad

- ✚ Autorización de la autora del presente proyecto, del departamento de docencia para el acceso a la sala de internación de médico quirúrgica, lugar que se encontraran internados entre otros, pacientes ostomizados.
- ✚ Por encontrarse las variables en estudios en relación al proyecto.
- ✚ Encuentro a las unidades de análisis de estudio en dicha institución.

Población y muestra

La población en estudio son 75 pacientes ostomizados aproximadamente.

La unidad de análisis será cada uno de los pacientes que reúnan los siguientes, con criterios de inclusión / exclusión

Criterio de inclusión:

- ✚ Pacientes hospitalizados en la sala de Médico quirúrgica mayores de 65 años
- ✚ Pacientes de ambos sexo: hombres y mujeres
- ✚ Pacientes portadores de colostomías o ileostomías

Criterio de exclusión

- ✚ Pacientes portadores de urostomías
- ✚ Pacientes portadores de traqueotomías
- ✚ Pacientes gastrostomías
- ✚ Secuelas neurológicas
- ✚ Pacientes con retardo madurativos
- ✚ Pacientes que estén atravesando situaciones críticas que no estén relacionadas con su estado de salud o enfermedad presente.

Se tomará población total que son 75 pacientes aproximadamente para el presente estudio, serán mayores de 65 años, hombres y mujeres portadores de ileostomías y colostomías, teniendo en

cuenta que serán pacientes internados en la sala de médico quirúrgica, durante el primer semestre del 2020.

Se tendrán en cuenta las fuentes o amenazas de invalidación internas que podrían surgir, en lo referido a la *selección* de la unidad de análisis en donde el grupo de población para la aplicación de la prueba piloto será de similares características, al grupo experimental, es decir mayores de 65 años hombres y mujeres portadores de un Ostoma. Para evitar la *mortalidad* se tomará población total reclutando el número más altos de los pacientes internados.

Por otro lado, para disipar la amenaza de *regresión* se elegirán pacientes que no estén atravesando otras situaciones de crisis emocionales, como ser pérdidas familiares u otros eventos que no estén relacionados directamente con su Ostoma, ni tampoco pacientes que hayan participado con anterioridad de algún estudio similar al propuesto.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.

Para la recolección de datos, se utilizará como técnica una encuesta para obtener datos precisos y objetivos, acorde a un instrumento validado por otros investigadores pero adaptado a las variables de estudio, con opciones de respuestas de tipo Liket elaboradas por la autora, siendo un cuestionario auto administrado o bien con ayuda del familiar del paciente. Contiene cinco respuestas con casilleros que se deberá rellenar con una cruz por la opción correcta, en relación a la variable compleja. Las variables simples estarán colocadas encabezando el instrumento acompañadas de un casillero para completar con la misma modalidad. (Ver anexoII).

Para medir la Percepción de la Calidad de Vida, se operacionalizó, llevándola a los indicadores de los cuales, para la reconstrucción de la variable se formularon 6 ítems para la primera dimensión, para la segunda 4 ítems, para la tercera 1 ítems por cada indicador.

Se realizó la prueba piloto del instrumento para reconocer, si es claro para el entrevistado, en cuanto a redacción, interpretación y formulación de preguntas propuestas en el cuestionario. En caso contrario sirve para realizar los ajustes pertinentes.

Por último que mida las variables que se pretenden medir.

La prueba piloto se realiza con el fin de disipar las amenazas de validez internas que puedan surgir, de lo cual se tendrá en cuenta las siguientes: *Inestabilidad del instrumento* para comprobar la estabilidad y confiabilidad del instrumento se lo someterá a la prueba piloto un mes antes de realizar la investigación sobre una población de similares características, *conducta experimental* siendo la autora la encargada de la recolección de los datos no impondrá ninguna conducta de coerción sobre cada unidad de análisis respetando los principios éticos.(Ver anexo IV).

Personal a cargo de recolección de datos

La recolección de los datos estará a cargo de la autora del proyecto.

Principios éticos

En el presente estudio se considerarán los principios éticos, como ser *Principio de Beneficencia* el cual hace referencia a la expresión de “no dañar”, por consiguiente se preservaran a los pacientes ostomizados de exponerlos a situaciones que puedan producirles daños físicos o psicológicos, por esta razón no se los obligará a que respondan a lo que no quieran contestar, no se los presionará a participar si no lo desean y podrán retirarse de las entrevistas en el momento que lo deseen En cuanto al *Principio de Autonomía/Respeto a la dignidad humana*, se brindará todo tipo de información sobre los intereses del investigador, se tendrá en cuenta cualquier sugerencia del participante, que pueda elegir con libertad de participar o no, en caso de estar de acuerdo se le brindará un documento donde muestre su conformidad para que integre el proyecto. En relación *al Principio de Justicia*, el trato será igual para todos los pacientes voluntarios que participen en el proyecto, sin marcar favoritismo ni beneficiar a uno más que a otros. Otras de las cuestiones a considerar, es que los datos que se recolecten serán confidenciales sin revelar las identidades de los voluntarios

Clasificación de las variables tipo y función:

Variable	Tipo	Función	Escala de medición
Percepción de la Calidad de vida	Cualitativa, compleja	Dependiente	Ordinal

Tipo de Ostoma	Cualitativa simple	Independiente	Nominal
Sexo	Cualitativa imple	Independiente	Nominal
Edad	Cuantitativa discontinua	Independiente	Razón
Nivel de escolaridad	Cualitativa simple	Independiente	Ordinal
Estado civil	Cualitativa simple	Independiente	Nominal

Operacionalización de Variables:

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores
Percepción de la Calidad de Vida. Cualitativa, compleja, de pendiente	El término de calidad de vida relacionado con la salud hace referencia a valoraciones o percepción de salud por parte del sujeto, tanto en aspectos subjetivos como objetivos	<p>1. Percepción subjetiva.</p> <p><i>1.1 Sentimientos negativos</i></p> <p><i>1.2 Sentimientos positivos:</i></p> <p>2. Percepción Social:</p> <p><i>Familia</i></p> <p><i>Amigos</i></p> <p><i>Clubes</i></p> <p><i>Entidades religiosas</i></p> <p>3. Socioeconómica.</p> <p><i>3.1 Tipo de</i></p>	<p>1.1.</p> <p>Preocupación</p> <p>Tristeza</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Negación.</p> <p>Rechazo</p> <p>1.2 Seguridad</p> <p>Aceptación</p> <p>Alegría</p> <p>2.1 Seguridad</p> <p>Contención</p> <p>Pertenencia</p> <p>Integración Social.</p> <p>3.1 Material</p> <p>Chapa.</p>

		<i>vivienda</i> <i>Casa</i> <i>Departamento</i> <i>Mansión</i> <i>Casa precaria</i> 3.2 <i>a)Servicios públicos</i>	Madera. Cartón 3.2 Zanjeos Cloacas. Barrido Recolección de residuos Agua Luz Gas natural.
Tipos de ostomas. Cualitativa simple Independiente.	Se clasifican según tipo en relación al abocamiento de la porción intestinal en ileostomías y colostomías		Ileostomías. Colostomías.
Edad. Cuantitativa discontinua, Independiente	Es el tiempo vivido de las personas a partir de su nacimiento.		Rango
Sexo Cualitativa, simple, Independiente.			Mujer Hombre.

Estado civil. Cualitativa simple.	Es el estado legal de los individuos		Casado. Soltero Viudo Separado
Nivel de escolaridad. Cualitativa, compleja, Independiente.	La escolaridad son los conocimientos que se adquieren en las instituciones educativas en un período de tiempo		Primario Completo Primario Incompleto. Analfabeto. Secundario completo Secundario Incompleto. Terciario completo Terciario incompleto Universitario completo. Universitario incompleto.

Plan de análisis

Para mostrar, describir y resumir la información de los datos que se obtendrán sobre las variables del presente proyecto se aplicará estadística descriptiva, a razón que la misma mostrará datos a través de los datos que se recaudarán una vez aplicado el instrumento en dicha población, los mismos se organizaran, luego se representarán a través de gráfico de tortas, gráficos de barras, tablas según tipo y escala de medición de las variables en estudios.

A continuación se hará mención de la utilización del tipo de escala que se aplicará a cada variable y la representación según la estadística descriptiva:

Para *sexo* que es una variable cualitativa, simple se medirá con escala nominal y se representará en gráfico de torta, no se codificará con números sino con letras, y la representación de sus indicadores será con símbolos numéricos. Sexo:(S) Femenino:(01) Masculino (0.2)

Edad, variable cuantitativa discontinua se medirá con escala de razón y se representará en gráfico de barras, para su reconstrucción tendrá un símbolo alfabético. Edad:(Ed.)

Estado civil, variable cualitativa simple se medirá con escala nominal, representada con símbolo alfabético, sus indicadores estarán señalados con símbolos alfabéticos y numéricos. Estado civil: EC, Casado: Ec:(0.3) Soltero: Es. (0.4), Divorciado: Ed. (0.5), Viudo: Ev (0.6)

Nivel de escolaridad, variable compleja cualitativa, se medirá con escala ordinal, se representará en una tabla. Analfabeto: A (0.7) Primario: P: completo: Pc (0.8) Incompleta: Pi (0.8), Secundario: Sc: completo: Sc. (0.9) Incompleto: Si:(10), Terciario: NT: completo: Tc (11) Incompleto: Ti. (12)

Tipo de Ostoma, variable cualitativa simple, se medirá con escala nominal, representada gráficamente, en un gráfico de tortas. TO: Ileostomías: Ie:(13) Colostomías: Cl. (14)

Percepción de la calidad de Vida, variable cualitativa compleja, se medirá con escala ordinal, operacionalizada, se reconstituirá a través de índice, sobre el instrumento que se utilizará, el cual contiene cinco opciones de respuestas, se representará en gráficos de barras.

Reconstitución de la variable *Percepción de calidad de Vida*, se utilizará escala ordinal, en categorías para su medición.

Escala ordinal, representada, en 0: nada, 1: algo, 2: poco, 3: más o menos, 4: muchísimo.

1. Dimensión: Percepción subjetiva:

Subdimensión: Sentimientos negativos

Indicadores: Desde que tiene el Ostoma ¿Qué siente usted?

1. Preocupación

2. Tristeza

3. *Inseguridad*

4. *Negación*

5. *Rechazo*

Subdimensión: Sentimientos positivos:

Indicadores:

6. *Seguridad*

7. *Alegría*

8. *Aceptación*

Para la reconstitución de la primera *dimensión Percepción subjetiva*, el rango menor le corresponderá a 8 y el mayor a 40, por consiguiente $40-8=32\%2=16+8=24$.

Se utilizará para medir escala de dos nominaciones (negativos y positivos), como resultados dará 16 la cual representará a los sentimientos negativos y 24 representará los sentimientos positivos.

Por lo expresado la representación de la escala de medición de la variable, queda reconstruida de la siguiente manera:

Entre 8 a 16=sentimientos negativos

Entre 17 a 24=sentimientos positivos

2. Dimensión Percepción social

Importancia de los grupos, para los pacientes ostomizados.

Subdimensión

1. *Familia*

2. *Amigos*

3. Entidades religiosas

4. Clubes

Indicadores.

1. Seguridad

2. Contención

3. Pertenencia

4. Integración

1. Escala 0: nada, 1: poco, 2: regularmente, 3: bastante, 4: mucho

1.1 ¿Siente que sus amigos y familiares lo rechazan?

2. Escala 0: totalmente insuficiente, 1: bastante suficiente, 2: es suficiente, 3: muy suficiente, 4: totalmente suficiente.

2.2. ¿Considera que la calidad y frecuencia con sus amigos y familiares son suficientes para sus necesidades de afectos?

3. Escala 0: nunca, 1: a veces, 2: pocas, 3: frecuentemente, 4: siempre

3.3. ¿Concorre a lugares que hay muchas personas?

4. Escala 0: nada importante, 1: algo importante, 2: poco importante, 3: bastante importante, 4: totalmente importante.

4.4. Para usted ¿es importante concurrir a alguna iglesia en estos momentos?

Desde aquí la reconstitución de la segunda subdimensión *Percepción social*, consta de 4 ítems y 5 índices, el valor mínimo corresponde a 4 y el valor máximo es 20, por consiguiente se considerará una escala de 3 categorías, donde el rango será 4.

Los grupos serán: importante, poca importante, nada importante. Por esta razón:

Entre 4 a 12=importante

Entre 13 a16 =poco importante

Entre 17 a 20=nada importante

3. Dimensión socioeconómico:

1. Subdimensión

3.1 Tipo de vivienda:

Casa

Departamento

Mansión

Casa precaria.

Indicadores:

1. Material

2. Chapa

3. Cartón

2. Subdimensión:

3.2. Servicios públicos:

Indicadores:

4. Zanjeos

5. Cloacas

6. Barrido

7. *Recolección de residuos*

8. *Agua*

9. *Luz*

10. *Gas natural*

Para realizar la reconstrucción de la 3° dimensión se dividirá en dos categorías. Se realizará el recuento de 10 ítems que corresponden a los indicadores de ambas subdimensiones, y 5 índices. Por consiguiente el valor menor será 10 y el mayor será 50. Desde aquí $50-10=40$, a quien se lo dividirá por 2 categorías, siendo $40\%2=20+10=30$, 2 categorías: Con confort, sin confort, quedando:

Entre 10 a 30= con confort.

Entre 31 a 50= sin confort.

ANEXOS

Anexo I

Guía de relevamiento de sitio.

1. ¿El director de la institución otorga permiso para la realización del proyecto en el lugar?
2. ¿El departamento de docencia otorga la permanencia de la autora en la institución?
3. ¿Ambas autoridades permitirán que los datos recolectados sean publicados con fines académicos?
4. ¿La institución cuenta con sala de internación de áreas Médico Quirúrgica?
5. ¿La institución interna a pacientes mayores de 65 años?
6. ¿En la sala de médico quirúrgica internan pacientes con ileostomías y colostomías?
7. ¿Qué cantidad de pacientes ostomizados interna por día la institución en la sala de médico quirúrgica?
8. ¿En qué horario le permiten ingresar a la autora para recolectar los datos?

ANEXO II

Consentimiento informado

Nombre de la investigadora: Mirta Griselda Perea

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación, antes que decida participar voluntariamente lea cuidadosamente este consentimiento informado, haga todas las preguntas que tenga para que le quede claro el procedimiento de la investigación.

El objetivo de la investigación es Identificar la percepción de la calidad de vida de los pacientes ostomizados, portadores de ileostomías y colostomías, según, sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad.

La investigación es completamente voluntaria, usted puede participar y decidir si en algún momento desea abandonar el mismo. Para esta investigación, se tendrá en cuenta todos los pacientes adultos mayores de 65 años hombres y mujeres, que estén internados en la sala de Médico Quirúrgica, portadores de una ileostomía o colostomías.

Se asistirá al servicio de lunes a viernes por la mañana, cuando no haya presencia de otras personas, y se entregará en manos el cuestionario para que lo complete.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico, participar en este proyecto de investigación, su contribución ayudará al desarrollo científico.

La información que usted proporcionará durante el proyecto de investigación, no será revelada a ninguna persona bajo ninguna circunstancia .Los resultados de la investigación podrán ser publicados pero la identidad suya no será divulgada.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin embargo los datos obtenidos hasta entonces seguirán siendo parte de la investigación a menos que usted solicite que sus datos e información sean borrados.

Yo,.....con documento de identidad

CI.....certifico que he sido informado/a con la claridad debida acerca del proyecto de investigación que fui convocado, invitado a participar, que actúo libre y voluntariamente como colaborador. Soy conocedor/a de la autonomía que tengo de retirarme u oponerme a la investigación cuando crea conveniente.

Firma.....

Fecha:

Día/mes/año

ANEXOIII

Resultado del estudio Exploratorio.

La institución es regulada y subvencionada, parte por el estado y por un ente privado. Es integrante de la obra social más grande de Latinoamérica, su atención está destinada a los Adultos mayores, Pensionados, jubilados y Veteranos de Malvinas .Su estructura funcional depende de la Gerencia de Efectores Sanitarios Propios, situada en la sede Central de la obra Social, residente en Capital Federal.

Presta atención a más de 37.000 afiliados, con distintos servicios de especialidades.

Es considerado un efector de de agudos por los servicios de atención que brinda.

En la actualidad la dotación de camas útiles se encuentra readecuada, ya que el edificio está en proceso de restructuración edilicia.

Dispone de una sala guardia con equipamientos modernos, una unidad de cuidados intensivos, coronaria, y cuidados intermedios.

Además está capacitado con 2 sectores de internación en Área de Médico quirúrgica que dispone de 32 camas útiles, donde se recepcionan para la internación a los adultos mayores de 65 años.

El departamento de Docencia y la Dirección de la institución autorizaron a la autora del proyecto a realizar su trabajo, en la primera semana del corriente mes, en donde la totalidad de los pacientes reúne los criterios de inclusión son 15 aproximadamente.

ANEXO IV

Resultado de la prueba piloto.

La prueba piloto del instrumento de recolección de datos, se realizó en una institución de la ciudad de Rosario, de atención al adulto mayor. La misma se aplicó en un grupo de 3 pacientes hospitalizado en la sala de médico quirúrgica, que reunieron los criterios de inclusión al igual que la población en estudio, en el momento los usuarios se encontraban acompañados de familiares. Se les explicó detalladamente el procedimiento a seguir, tanto familiares y pacientes, refirieron la comprensión inmediata y conformidad. Se procedió a la distribución de las encuestas y se esperó prudentemente a que terminaran, siempre atento a preguntas que pudieran surgir de parte del usuario.

Por último, se obtuvieron los siguientes resultados.

- ✚ El instrumento fue claro, de fácil comprensión
- ✚ El tiempo empleado por los usuarios y familias fue breve.
- ✚ En ningún momento el paciente y/o familiar refirieron incomodidad por alguna pregunta que se encuentra en la encuesta.
- ✚ El instrumento reúne las condiciones para recaudar los datos necesarios sobre las variables del proyecto.
- ✚ El instrumento lleva un orden apropiado de acuerdo a las variables de estudio.

BIBLIOGRAFIA

Schwartzman, Laura, Calida de Vida Relacionada con la Salud, Aspectos Conceptuales, (2003).

Novoa, Juan Manuel; Rodriguez, Fabio Alberto Camargo; Lidia, Piedd; Garzon., Perfil Epidemiológico de la población con Ostomia de eliminación de una institución de Salud de Colombia, (2018)

Hernando Moreno, Guillama Vilela, Gutiérrez López, Sánchez Casado, Luis, & Jesús, Anatomía, fisiología y patología del aparato digestivo, Técnicas básicas de Enfermería, (2017).

Copyright American Cancer Society, Guía de colostomía (2011). www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-news-staff.html.

Quiroga, P Ana, “Enfoques y Perspectivas en Psicología Social”, material bibliográfico de la cátedra *Construcción de la subjetividad*, de 1º año, (2019).

Brunner, Lillian, et al, Enfermería Médico Quirúrgica, 6ºed., vol.1,(1988), pag.:850-855.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencias y Servicios Sociales en los países del Cono Sur, Informe (2006), pag.:11.

Martínez, Quintanilla Manuel, Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogerítricos, ed. Instituto Monsa,(2010).

Blotta, Eduardo, et al, Recopilación bibliográfica de la Cátedra biología II, (2007).

Firgermarr, Hilda, “Historia de la Educación argentina”, (2011), <http://educación.laguia2000.com/general/historia-de-la-educación-argentina>.

Sistema de Tendencia Educativas en América Latina (SITEAL), Panorama Educativo, Perfil de País, septiembre (2017), <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/perfiles-de-pais/4/argentina>.

Quiroga, Ana, El concepto de Grupo y los Principios Organizadores de la Estructura Grupal, Material bibliográfico de la cátedra, *Construcción de la Subjetividad* de 1º año, (2019), pág.,96.

INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, (2010), pág.: 217)

Vega, Ana María at et, Recopilación bibliográfica de la Cátedra “Teorías y Tendencias en Enfermería”, Teoría de Peplau, (2019), pag.:43-45: