



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL PROCESO DE ADAPTACIÓN, EN
PACIENTES OSTOMIZADOS, POLICLÍNICA Dr. ROBERTO RAMÍREZ DE
DIEGO, HERRERA, PANAMÁ, JUNIO - JULIO 2025.

Trabajo final para optar al título de Maestría en Atención Primaria en Salud

Elaborado por:

Cinthia L. Cedeño R.

Cédula 7-704-2

Dra. Diva Agudo González

Asesor Metodológico

Panamá, junio 2026.

CARTA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



Acta de Aprobación de Proyecto de Intervención

Mediante la presente y a solicitud de la parte interesada, la Comisión Académica del Programa de Maestría en Atención Primaria en Salud.

Certifica que:

La Participante del programa Licenciada **CINTHIA CEDEÑO**, con cédula de identidad personal N° **7-704-2**, participante de la Maestría en Atención Primaria en Salud, programa de la Facultad de Ciencias de la Enfermería que se desarrolla en el Centro Regional Universitario de Azuero, ha presentado la propuesta de Proyecto de Intervención denominado: **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL PROCESO DE ADAPTACIÓN, EN PACIENTES OSTOMIZADOS, POLICLÍNICA DR. ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO 2024."**, el mismo ha sido aprobado por la Comisión Académica, la cual determino que necesita ser enviado a la Comisión de Bioética.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
MIRNA A. FERNÁNDEZ DE FLORES	Presidenta de la Comisión	
VIELKA ÁVILA	Coordinadora de Facultad de Enfermería.	
EVELYN ACEVEDO	Coordinadora del Programa en el Centro Regional	
LINETTE PALACIOS	Miembro de la Comisión Académica	

Dado en la Ciudad de Chitré a los 3 días del mes de Junio de 2024.



Año 2024: "Año de la política agroalimentaria a 60 años de la gesta patriótica del 9 de enero"

Apartado 0601-00062 - Chitré, Provincia de Herrera, República de Panamá
Teléfono: 523-3001; correo electrónico: postradocrua@up.ac.pa Web: www.up.ac.pa



Ratón for Excellence
Licenciado N° 915-2001

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía, fortaleza y refugio durante este proceso académico. Gracias por brindarme sabiduría, paciencia y la oportunidad de culminar esta meta profesional.

A mis hijos, quienes constituyen la mayor motivación de mi vida. Su amor y comprensión me inspiraron a continuar avanzando en los momentos más complejos.

A mi esposo, por su amor, compañía y apoyo constante durante este camino. Gracias por su comprensión, sus palabras de aliento y por creer en mí incluso cuando las dificultades parecían mayores que las fuerzas.

A mis padres, por sus enseñanzas, sacrificios y valores, los cuales han orientado mi vida personal y profesional. Gracias por ser ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y perseverancia.

A mi asesora, Dra. Diva Agudo, por su orientación, dedicación y acompañamiento académico durante el desarrollo de esta investigación. Sus conocimientos, observaciones y recomendaciones enriquecieron significativamente este trabajo.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, aportaron a la realización de esta investigación. Cada consejo, apoyo y gesto de confianza dejó una huella valiosa en este proceso de formación y crecimiento.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, fortaleza y fuente de sabiduría inagotable durante cada etapa de este camino. Gracias por iluminar mis pasos y permitirme alcanzar esta importante meta.

Con todo mi amor, a mis hijos, quienes constituyen mi mayor inspiración y la razón que impulsa cada uno de mis esfuerzos. Este logro también les pertenece, porque han sido mi fuerza para seguir adelante.

A mi esposo, por su amor, comprensión, paciencia y apoyo incondicional. Gracias por acompañarme con paciencia y confianza en cada desafío y por creer en mí durante este proceso.

Finalmente, a mis familiares, por su cariño, sus palabras de aliento y apoyo constante. Su motivación fue fundamental para perseverar y culminar esta importante etapa de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

CARTA DE APROBACIÓN	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I	19
DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LA PROBLEMÁTICA QUE INTERVENIR	19
1.1 Antecedentes:.....	20
1.2 Planteamiento del Problema.....	22
1.3 Justificación	24
1.4 Objetivos del trabajo.....	26
1.4.1 Objetivo general:	26
1.4.2 Objetivos específicos:.....	27
CAPÍTULO II	28
MARCO TEÓRICO.....	28

2.1 Antecedente histórico de la ostomía	29
2.2 Concepto de ostomía y estoma.....	30
2.3 Tipos de ostomía.....	31
2.3.1 Según el tiempo de duración	31
2.3.2 Según el segmento anatómico	32
2.4 Etiología y epidemiología de las ostomías.....	33
2.5 Impacto biopsicosocial de la ostomía	34
2.5.1 Dimensión física.....	34
2.5.2 Dimensión psicológica	35
2.5.3 Dimensión social y familiar	36
2.5.4 Salud sexual del paciente ostomizado.....	36
2.6 Calidad de vida en el paciente ostomizado	37
2.7 Intervenciones educativas en pacientes ostomizados.....	38
2.7.1 Componentes de un programa educativo efectivo.....	39
2.7.2 Estrategias didácticas en la educación para la salud del paciente ostomizado	40
2.7.3 Educación preoperatoria en el paciente ostomizado	41
2.7.4 Evaluación de la efectividad de las intervenciones educativas	41
2.8 Autocuidado en el paciente ostomizado.....	42
2.9 Aspecto legal sobre pacientes ostomizados	43
2.10 Fundamento teórico de enfermería: Modelo de Adaptación de Callista Roy.....	44
2.10.1 Modos de adaptación.....	45
2.10.2 Procesos de adaptación.....	47
2.10.3 Niveles de adaptación.....	48

2.11 Rol de enfermería en el proceso de adaptación del paciente ostomizado	51
CAPÍTULO III.....	53
ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	53
3.1 Tipo y diseño general del estudio.....	54
3.2 Definición operacional de las variables	54
3.3 Universo del estudio, selección y tamaño de la muestra.....	56
3.3.1 Muestra.....	56
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	57
3.4.1 Criterios de inclusión.....	57
3.4.2 Criterios de exclusión.....	57
3.5 Intervención propuesta.....	58
3.5.1 Etapa de planificación	58
3.5.2 Etapa de ejecución.....	58
3.5.3 Etapa de evaluación.....	59
3.6 Procedimientos para la recolección de información	59
3.6.1 Instrumento de recolección y control de calidad de los datos	61
3.7 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	62
3.7.1 Declaración de conflictos de interés.....	63
3.7.2 Beneficios y riesgos para los participantes.....	63
CAPÍTULO IV.....	64
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	64
4.1 Técnicas de Análisis de Datos	65
4.2 Discusión.....	79

CRONOGRAMA DE ETAPAS Y ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	82
PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	84
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	54
Tabla 2 Aspectos sociodemográficos y educativos de los pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego, Herrera, Panamá, 2025.	66
Tabla 3 Comparación del pretest y posttest en la dimensión adaptación física y autocuidado según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.	68
Tabla 4 Comparación del pretest y posttest en la dimensión adaptación emocional y autoconcepto según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.....	70
Tabla 5 Comparación del pretest y posttest en la dimensión adaptación social y relaciones interpersonales según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.	72
Tabla 6 Comparación del pretest y posttest en la dimensión conocimiento y apoyo familiar según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.	74
Tabla 7 Comparación del pretest y posttest por dimensiones del proceso de adaptación en pacientes ostomizados según puntaje total y prueba de Wilcoxon.....	75
Tabla 8 Efectividad global de la intervención educativa sobre el proceso de adaptación en pacientes ostomizados según puntaje total y prueba de Wilcoxon.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Triangulación teórica del Modelo de Adaptación de Callista Roy y su aplicación en el proceso de adaptación de pacientes ostomizados	49
Figura 2 Clasificación global del proceso de adaptación en el pretest y posttest.....	77

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Nota de aprobación de comité de ética	92
Anexo 2 Consentimiento informado.....	94
Anexo 3 Instrumento de recolección de la información.....	100
Anexo 4 Validación de instrumento	105
Anexo 5 Programación de las actividades educativas	106
Anexo 6 Evaluación de la intervención y resultados obtenidos	112
Anexo 7 Plan de intervención del proyecto.....	115
Anexo 8 Material Educativo.....	117
Anexo 9 Nota de la profesora de español.....	122
Anexo 10 Certificado de la profesora de español.....	123
Anexo 11 Cédula de la profesora de español	124

RESUMEN

A nivel mundial, alrededor de 1,9 millones de personas conviven con una ostomía, condición que implica cambios físicos, emocionales y sociales que afectan el proceso de adaptación. En Panamá, más de la mitad de los pacientes ostomizados atendidos de forma ambulatoria presentan dificultades para aceptar su estoma, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas desde la atención primaria.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre el proceso de adaptación en pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, Herrera, Panamá, durante junio-julio de 2025.

Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa con diseño longitudinal prospectivo. El universo estuvo conformado por 85 pacientes ostomizados y la muestra por 20 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se recolectó mediante un instrumento de 21 preguntas cerradas y una abierta, validado por cinco expertos mediante el coeficiente Kappa de Fleiss (relevancia $K = 0,92$; coherencia $K = 0,90$). La intervención se desarrolló durante tres semanas a través de tres módulos temáticos. El análisis estadístico se efectuó con SPSS versión 26 y Microsoft Excel 2019, utilizando la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

Resultados: El puntaje global del proceso de adaptación aumentó de $56,85 \pm 10,15$ en el pretest a $69,85 \pm 10,10$ en el posttest, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Los mayores cambios se observaron en la adaptación social y relaciones interpersonales, seguida de la adaptación física y autocuidado, así como del conocimiento

y apoyo familiar. La dimensión adaptación emocional y autoconcepto no mostró diferencias significativas.

Conclusión: La intervención educativa de enfermería mejoró significativamente el proceso de adaptación de los pacientes ostomizados, respaldando la implementación de programas educativos estructurados en el primer nivel de atención.

Palabras clave: *ostomía, adaptación, intervención educativa, autocuidado, calidad de vida, enfermería.*

ABSTRACT

Worldwide, approximately 1.9 million people were living with an ostomy, a condition associated with physical, emotional, and social changes that affected the adaptation process. In Panama, more than half of the outpatient ostomy patients experienced difficulties accepting their stoma, highlighting the need to strengthen educational interventions within primary health care settings.

Objective: To evaluate the effect of a nursing educational intervention on the adaptation process of ostomy patients attending the Dr. Roberto Ramírez De Diego Polyclinic, Herrera, Panama, during June–July 2025.

Methods: A quasi-experimental educational intervention study with a prospective longitudinal design was conducted. The study population consisted of 85 ostomy patients, and the sample included 20 participants selected through non-probability convenience sampling. Data were collected using an instrument comprising 21 closed-ended questions and one open-ended question, validated by five experts using Fleiss' Kappa coefficient (relevance $K = 0.92$; coherence $K = 0.90$). The intervention was implemented over a three-week period through three thematic modules. Statistical analysis was performed using SPSS version 26 and Microsoft Excel 2019, applying the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The overall adaptation process score increased from 56.85 ± 10.15 in the pretest to 69.85 ± 10.10 in the posttest, showing a statistically significant difference ($p < 0.001$). The greatest improvements were observed in social adaptation and interpersonal relationships, followed by physical adaptation and self-care, as well as knowledge and family support. The emotional adaptation and self-concept dimension did not show

statistically significant differences.

Conclusion: The nursing educational intervention significantly improved the overall adaptation process of ostomy patients, supporting the implementation of structured educational programs in primary health care as an effective strategy to enhance their quality of life.

Keywords: ostomy, adaptation, educational intervention, self-care, quality of life, nursing.

INTRODUCCIÓN

La ostomía implica un procedimiento quirúrgico mediante el cual se crea una abertura artificial en la pared abdominal para desviar el tránsito intestinal o urinario hacia el exterior del organismo. Aunque el propósito es preservar la vida del paciente ante condiciones como el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal o los traumatismos abdominales, sus consecuencias trascienden el ámbito clínico y afectan de manera profunda la imagen corporal, la identidad personal y la calidad de vida del individuo. A nivel mundial, aproximadamente 1,9 millones de personas conviven con una ostomía durante el período estudiado, y las proyecciones refieren que esta cifra continuará en aumento debido al incremento en la incidencia de las patologías que la originan.

El proceso de adaptación a la ostomía constituye uno de los mayores desafíos que enfrentaron estos pacientes. La adaptación no ocurre de manera espontánea: requiere un proceso activo de aprendizaje, aceptación y reorganización de la vida cotidiana en sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y familiares. En Panamá, Aranda (2013) reportó que el 56 % de los pacientes ostomizados ambulatorios presentaron baja aceptación de su estoma, evidencia que puso de manifiesto la magnitud del problema en el contexto nacional y la necesidad urgente de intervenciones profesionales dirigidas a esta población.

Ante esta realidad, la enfermería desempeña un papel central en el acompañamiento del paciente ostomizado. Su rol no se limita al cuidado técnico de la estoma, sino que abarca la educación continua, el apoyo emocional y facilitar la reintegración social y laboral.

Sin embargo, la ausencia de programas educativos estructurados en el primer nivel de atención panameño representa una brecha significativa que este proyecto se propuso abordar.

El presente proyecto de intervención educativa tuvo como propósito evaluar el efecto de un programa de enfermería estructurado en tres módulos temáticos sobre el proceso de adaptación de los pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, Herrera, Panamá, durante el período junio-julio de 2025. La intervención se fundamentó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, que orientó el diseño de los contenidos educativos hacia el fortalecimiento de los cuatro modos de adaptación del paciente: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia.

Los resultados obtenidos demostraron que la intervención produjo una mejora estadísticamente significativa en el proceso global de adaptación de los participantes, con un incremento de 13,00 puntos entre el pretest (media 56,85) y el posttest (media 69,85), confirmado mediante la prueba de Wilcoxon ($W = 0,0$; $p < 0,001$). Las dimensiones con mayor impacto fueron la adaptación social y relaciones interpersonales, la adaptación física y autocuidado, y el conocimiento y apoyo familiar. La dimensión emocional, si bien mostró tendencia positiva en la mayoría de sus indicadores, requirió intervenciones más prolongadas para alcanzar cambios significativos en el conjunto.

El contenido del documento está distribuido en cuatro capítulos.

El Capítulo I presenta el diagnóstico y análisis de la problemática, que incluyó los antecedentes del tema, el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos del proyecto. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, con énfasis en los conceptos de ostomía, adaptación biopsicosocial, calidad de vida, intervención educativa en salud autocuidado y el Modelo de Adaptación de Callista Roy como referente teórico principal. El Capítulo III describe los aspectos metodológicos, que comprendieron el tipo y diseño del estudio, la operacionalización de variables, el universo y la muestra, los criterios de

inclusión y exclusión, la intervención propuesta y los procedimientos de recolección y análisis de la información. El Capítulo IV presenta el análisis de los resultados, organizados por dimensiones del proceso de adaptación, y la discusión de los hallazgos en relación con la literatura científica. El documento finaliza con las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, la lista de referencias bibliográficas en formato APA 7.^a edición y los anexos correspondientes.

Se espera que los hallazgos de este proyecto contribuyan a fortalecer la práctica de enfermería basada en evidencia en el primer nivel de atención y sirvan como referencia para el desarrollo de protocolos de seguimiento y programas educativos dirigidos a pacientes ostomizados en el sistema de salud panameño.

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LA PROBLEMÁTICA QUE INTERVENIR

1.1 Antecedentes:

El paciente sometido a una ostomía pasa por una serie de cambios en su vida y rol social. La enfermera constituye un eslabón fundamental tanto en el proceso quirúrgico como en el proceso de rehabilitación e integración social.

Considerando lo anterior, Vargas et al. (2022), en el estudio titulado "Rol de enfermería en el proceso de adaptación y autopercepción en pacientes ostomizados", con diseño de investigación cualitativo, cuyo propósito fue enfatizar la importancia del papel de la enfermera en los cuidados del paciente ostomizado durante el procedimiento quirúrgico y los cambios que este generó, revelaron en sus resultados que existieron diversos aspectos de la vida de las personas afectados, principalmente la autoestima, la imagen corporal y la dinámica social y familiar, destacando que las mujeres se vieron más afectadas en el desarrollo de su autoconcepto por comentarios sociales o estereotipos de belleza (p. 34).

Cada persona manejó sus emociones, su dinámica social y personal de manera diferente, por lo que una adecuada intervención de enfermería facilitó la adaptación del paciente a su nueva vida. Este estudio guardó relación directa con el presente proyecto.

Por otra parte, el proceso de autocuidado resultó determinante en la recuperación. En un estudio llevado a cabo por Dávila Valle y Jaramillo Jácome (2019), titulado "El autocuidado en pacientes ostomizados", con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y una muestra de 15 pacientes con ostomías intestinales, se encontró que la dimensión calidad de vida alcanzó un 66,67 % en las prácticas de autocuidado, mientras que la dimensión de autosuficiencia con relación a la adaptabilidad al estoma correspondió al 46,67 % (p. 31).

Este estudio estuvo relacionado con el trabajo desarrollado, pues hizo referencia a los cambios que enfrentó el paciente ostomizado, el proceso de adaptación y la implementación de cambios en su autocuidado a partir del procedimiento quirúrgico.

La enfermería, como profesión centrada en el cuidado integral, desempeñó un rol preponderante en la vida diaria de los pacientes con ostomía. García et al. (2022), en el estudio titulado "Intervenciones de Enfermería para la Mejora en la Calidad de Vida de los Pacientes Ostomizados", realizaron una revisión de la literatura científica con la selección de seis artículos, en los cuales se evidenciaron intervenciones de la enfermera en los procesos de educación y acompañamiento en el manejo de las ostomías, orientadas hacia la autoeficacia, la adaptación y el afrontamiento mediante talleres educativos.

En este sentido, Isasi Huaccalsaico (2019), en el estudio titulado "Eficacia de un programa educativo sobre cuidados de colostomía a pacientes en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen", arrojó que la aplicación de un programa educativo a 18 pacientes mejoró los conocimientos sobre los cuidados de colostomía. El pretest evidenció un nivel de conocimiento de 62,12 %, cifra que mejoró notoriamente tras la intervención educativa.

Este hallazgo fue congruente con los objetivos del presente proyecto, al ofrecer un panorama de los resultados esperados al finalizar la intervención.

Por otro lado, Cardoso et al. (2023), en un estudio titulado "Obstáculos en el autocuidado de ostomizados en la Unidad de Referencia de Especialidades (URES)", identificaron que los obstáculos más frecuentes a los que se enfrentaron estos pacientes fueron: el cambio y la limpieza de la bolsa, las dificultades para adquirir los insumos, la orientación inadecuada

del personal de salud, y el proceso de adaptación y aceptación (p. 6).

1.2 Planteamiento del Problema

La ostomía constituye un procedimiento quirúrgico indicado ante diversas patologías que comprometieron la integridad del tracto gastrointestinal o urinario, entre ellas el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal, los traumatismos abdominales y la diverticulitis complicada. A nivel mundial, el número de personas que convivieron con una ostomía ascendió aproximadamente a 1,9 millones, con una distribución desigual entre regiones: en Europa, las cifras oscilaron entre 2 y 4 personas ostomizadas por cada mil habitantes (Hernández et al., 2016). Esta magnitud epidemiológica evidenció que la ostomía no constituye un evento clínico aislado, sino un problema de salud pública de alcance global.

Entre las causas más frecuentes que condujeron a la realización de una ostomía, el cáncer colorrectal ocupó el primer lugar a nivel mundial. Según el Instituto Español de Investigación Enfermera (IEIE) y el Consejo General de Enfermería de España (CDE) (2022), esta patología alcanzó 1.849.518 casos diagnosticados en 2018, representando el 10,2 % de los casos de cáncer en la población mundial (p. 10). La enfermedad inflamatoria intestinal constituye la segunda causa, con un 8 % de los procedimientos realizados. Estas cifras ponen de manifiesto que la ostomía está directamente vinculada a condiciones de alta prevalencia, lo que proyecta un incremento sostenido en el número de pacientes que requerirían atención especializada en las próximas décadas.

En la región de las Américas, el cáncer colorrectal ocupó el cuarto lugar en incidencia; cada año se registraron aproximadamente 240.000 casos nuevos, con cerca de 96.000

fallecimientos anuales (Hernández et al., 2016). Este tipo de cáncer representó la principal indicación de ostomía en la región, con el consecuente impacto sobre la calidad de vida, el estado emocional y el funcionamiento físico de los afectados. En países de América Latina como Argentina, 2 de cada mil personas conviven con una ostomía, cifra que refleja la extensión del problema más allá de los países de alto ingreso.

La experiencia europea ofrece un referente relevante sobre las consecuencias de una atención especializada en este campo. En España, el número de personas ostomizadas alcanzó aproximadamente 70.000, con una incidencia de 16.000 casos nuevos por año. La intervención de las enfermeras especializadas en estomaterapia demostró mejorar el confort y la calidad de vida de los pacientes en un 15 % (CDE, 2022, p. 1). Este hallazgo subraya que la calidad de la atención y no únicamente la prevalencia de la condición determinó los resultados de salud del paciente ostomizado.

En Panamá, la evidencia disponible señaló que el proceso de adaptación de los pacientes ostomizados presentó dificultades importantes. Aranda (2013) reportó que el 56 % de los pacientes ostomizados ambulatorios presentaron baja aceptación de su estoma, condición asociada con trastornos adaptativos que comprometieron su funcionamiento emocional y social (p. 111). En el contexto específico de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, el programa de ostomizados registró 85 pacientes activos, muchos de los cuales enfrentaron dificultades en el manejo de su dispositivo, la reintegración laboral y social, y el afrontamiento emocional de los cambios derivados de la cirugía. Sin embargo, no se contó con un programa educativo estructurado que abordara de manera sistemática estas necesidades.

La convergencia entre la magnitud epidemiológica del problema, el impacto

multidimensional de la ostomía sobre la vida del paciente y la ausencia de intervenciones educativas formalizadas en el primer nivel de atención de la región configuró una brecha que requirió respuesta desde la enfermería. Ante esta situación, se planteó la siguiente interrogante de investigación:

En este contexto, surgió la siguiente incógnita de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre el proceso de adaptación en pacientes ostomizados atendidos en la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, Herrera, Panamá, ¿durante el período junio-julio de 2025?

1.3 Justificación

La ostomía constituye una intervención quirúrgica que, más allá de su propósito clínico de preservar la vida del paciente, genera cambios significativos en la imagen corporal, el bienestar emocional y la dinámica social. La derivación de una parte del intestino hacia la pared abdominal para la eliminación de desechos compromete la autonomía funcional del paciente y produce un impacto sostenido sobre su vida cotidiana, sus relaciones interpersonales y su capacidad de reintegración social y laboral. Este conjunto de transformaciones convierte la ostomía en un evento que trascendió el ámbito quirúrgico y requirió una respuesta integral por parte del sistema de salud.

En este contexto, la relevancia teórica del presente proyecto reside en la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy como marco conceptual para comprender e intervenir en el proceso de adaptación del paciente ostomizado. Este modelo permitió reconocer que la adaptación no constituyó un proceso espontáneo, sino el resultado de una interacción dinámica entre el individuo, sus recursos personales y el apoyo educativo

recibido desde el entorno de salud. La operacionalización de los cuatro modos de adaptación en el diseño de los módulos educativos contribuye a fortalecer la base conceptual de las intervenciones de enfermería dirigidas a esta población y a evidenciar la utilidad del modelo en el contexto latinoamericano.

Bajo esta perspectiva, la pertinencia social del estudio se sustentó en la situación de vulnerabilidad que caracterizó a la población ostomizada atendida en la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. Los pacientes incluidos en el programa presentaron dificultades para manejar adecuadamente su condición, reintegrarse a sus roles familiares y laborales, así como afrontar el estigma social asociado al estoma. La limitada disponibilidad de normativas y lineamientos específicos orientados a la atención integral de las personas ostomizadas en Panamá otorgó mayor relevancia a esta iniciativa, la cual representó una respuesta concreta a una necesidad identificada en el primer nivel de atención, con posibilidades de replicación en otros centros de la Caja de Seguro Social.

Desde una dimensión práctica, la intervención educativa estructurada en tres módulos temáticos progresivos ofreció herramientas orientadas al manejo técnico de la ostomía, la gestión emocional de los cambios derivados del procedimiento y la reintegración al entorno social, laboral y familiar. Se espera que los beneficios del proyecto se reflejen en múltiples ámbitos: en el plano individual, mediante el fortalecimiento de la autonomía y la autoestima; en el entorno familiar, a través del fortalecimiento de las redes de apoyo; en el ámbito comunitario, favoreciendo la disminución del estigma asociado a la condición; y en el contexto institucional, mediante una reducción potencial de las complicaciones y de las consultas derivadas del manejo inadecuado del estoma.

La viabilidad metodológica del proyecto estuvo respaldada por la disponibilidad del grupo de estudio, el apoyo institucional de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá y el acceso a los recursos humanos, materiales y tecnológicos requeridos para su desarrollo. A ello se sumó la asesoría académica especializada y la preparación de la investigadora para aplicar los instrumentos de recolección de datos, desarrollar las sesiones educativas y realizar el análisis correspondiente mediante procedimientos estadísticos validados.

Desde la perspectiva disciplinar, la importancia del proyecto radicó en el fortalecimiento del rol educativo de enfermería como componente esencial del cuidado integral de las personas ostomizadas. La evaluación de una intervención educativa estructurada permitió generar evidencia sobre estrategias dirigidas a favorecer la adaptación física, emocional y social de esta población. Los resultados obtenidos podrán constituir un referente para el desarrollo de programas de atención, protocolos de seguimiento y futuras investigaciones orientadas a optimizar la calidad del cuidado brindado a pacientes ostomizados en el primer nivel de atención.

1.4 Objetivos del trabajo

1.4.1 Objetivo general:

- Evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre el proceso de adaptación en pacientes ostomizados, Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, Herrera, Panamá, junio – julio 2025.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar los aspectos sociodemográficos y educativos de los pacientes ostomizados Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego.
- Determinar el proceso de adaptación que presentan los pacientes con ostomía Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego.
- Implementar estrategias educativas que favorezcan el proceso de adaptación de los pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego
- Analizar la efectividad de las estrategias educativas para mejorar la adaptación de los pacientes ostomizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedente histórico de la ostomía

La ostomía como práctica clínica registra sus antecedentes desde la Antigüedad. En el libro de los Jueces del Antiguo Testamento se relató un pasaje vinculado a procedimientos relacionados con la apertura abdominal, y Praxágoras de Kos (350 a. C.), destacado médico griego, efectuó estomas en casos de traumatismo intestinal. Del mismo modo, en torno al año 1500 a. C., en Egipto, ya se mencionaban afecciones anorectales y neoplasias de esta región (Velásquez García, 2009, p. 19).

Esta práctica antigua encontró su sustento terminológico en la raíz etimológica de la palabra ostomía, que provino del latín ostum, el cual significó boca o apertura. El término también se empleó de forma alternada con la palabra stoma, voz griega que nombró el orificio creado entre la cavidad de un órgano y el exterior del cuerpo (Polanco Contreras, 2015, p. 8). Esta doble raíz lingüística reflejó la confluencia de tradiciones médicas grecolatinas que caracterizó el desarrollo de la medicina occidental.

Los avances más significativos en la técnica quirúrgica de las ostomías ocurrieron durante los siglos XVIII y XIX. En 1776, el médico francés Henri Pillore realizó la primera colostomía documentada en un paciente con cáncer de recto obstructivo; posteriormente, en 1839, Amussat describió con mayor precisión la colostomía lumbar, y en 1884 Maydl introdujo la técnica de asa de colostomía, que permitió exteriorizar un segmento del intestino sin seccionarlo (Velásquez García, 2009). Estos hitos quirúrgicos constituyeron la base técnica sobre la cual se desarrolló la estomaterapia como disciplina especializada. En paralelo al desarrollo quirúrgico, el siglo XIX incorporó el concepto de adaptación al pensamiento científico sobre el ser humano. Darwin, en 1859, sostuvo en su Teoría de la Evolución que la selección natural impulsó al ser humano a desarrollar mecanismos de

adaptación como condición de supervivencia (Ramos, 2000, p. 5). Esta conceptualización resultó especialmente pertinente en el contexto del paciente ostomizado, quien debió adaptarse a transformaciones profundas en su corporalidad, funcionalidad e identidad personal, es decir, una forma de selección adaptativa no biológica sino psicosocial.

El siglo XX marcó un punto de inflexión con la emergencia de la estomaterapia como especialidad de enfermería. En 1958, Norma Gill, primera paciente ostomizada que se convirtió en enfermera especializada, trabajó junto al cirujano Rupert Turnbull en la Cleveland Clinic para desarrollar los primeros programas sistemáticos de rehabilitación de pacientes ostomizados (Serrano et al., 2022). Este hito histórico marcó el inicio del reconocimiento formal del rol de enfermería en el cuidado integral de esta población, reconocimiento que sustenta directamente el proyecto de intervención educativa desarrollado en el presente estudio.

2.2 Concepto de ostomía y estoma

La ostomía se definió como la intervención quirúrgica que permitió comunicar una víscera con el exterior del cuerpo (Dicciomed, 2014). Desde el punto de vista funcional, cumplió el propósito de desviar el tránsito de material de desecho (intestinal o urinario) hacia el exterior del organismo, cuando el trayecto normal de eliminación se encontró obstruido, lesionado o debió ser resecionado por razones oncológicas o inflamatorias. El tipo de ostomía se determinó según el área anatómica comprometida: colostomía cuando se realizó en el colon, ileostomía cuando afectó al íleon, gastrostomía cuando involucró el estómago, y urostomía cuando se desvió el flujo urinario. Cada variante presentó características particulares en cuanto al tipo de efluente, la frecuencia de vaciado del dispositivo y los

cuidados específicos requeridos (López Azcunaga, 2019).

Relacionado con la ostomía, aunque conceptualmente distinto, el estoma correspondió a la abertura resultante del procedimiento, es decir, la mucosa intestinal que quedó expuesta al exterior a través de la pared abdominal. La diferencia conceptual entre ambos términos residió en que la ostomía designó el procedimiento quirúrgico, mientras que el estoma denominó exclusivamente a la abertura física resultante. El estoma sano debía presentar color rosado o rojizo, aspecto húmedo y consistencia turgente; cualquier alteración de estas características constituyó una señal de alarma que requirió valoración profesional inmediata (Polanco Contreras, 2015). Esta distinción resultó relevante para la educación del paciente, dado que la confusión entre ambos términos generó con frecuencia malentendidos sobre los objetivos del cuidado.

2.3 Tipos de ostomía

La comprensión de los tipos de ostomía resultó imprescindible para diseñar intervenciones educativas pertinentes, dado que el tipo de procedimiento determinó las necesidades de cuidado, los riesgos asociados y el proceso de adaptación del paciente. Los pacientes ostomizados se clasificaron según el tiempo de duración del procedimiento y el segmento anatómico comprometido.

2.3.1 Según el tiempo de duración

Las ostomías se dividieron en temporales y permanentes. Las temporales se indicaron en situaciones donde se esperaba la reversión del tránsito intestinal, como en lesiones traumáticas, infecciones abdominales graves o preparación para cirugías reconstructivas; mientras que las permanentes se establecieron cuando la continuidad intestinal no era

recuperable, como ocurrió en la resección abdominoperineal por cáncer de recto bajo o en enfermedad inflamatoria intestinal severa (Serrano et al., 2022, p. 7).

Más allá de la distinción técnica, esta clasificación tuvo implicaciones psicosociales de considerable importancia. Los pacientes con ostomías permanentes enfrentan un mayor desafío adaptativo al tener que integrar definitivamente la estoma en su imagen corporal e identidad personal, mientras que los portadores de ostomías temporales experimentan un proceso bifásico: la aceptación inicial de la estoma y, posteriormente, la readaptación tras la cirugía de cierre (Dávila Valle y Jaramillo Jácome, 2019). Reconocer esta distinción fue esencial para orientar el contenido y la profundidad de las intervenciones educativas en cada caso.

2.3.2 Según el segmento anatómico

Los pacientes con ostomía en el colon se denominaron colostomizados. Este fue el tipo más frecuente y se realizó preferentemente en el colon sigmoide o descendente, produciendo heces de consistencia semisólida a sólida. Los ileostomizados fueron aquellos cuya ostomía se ubicó en el íleon, generando un efluente líquido de mayor acidez que requirió cuidado más riguroso de la piel periestomía (López Azcunaga, 2019, p. 14). En otras localizaciones del cuerpo, se encontraron la traqueostomía, la esofagostomía, la urostomía o conducto ileal (que derivó el flujo urinario en casos de cistectomía radical) y la gastrostomía o yeyunostomía de alimentación (Serrano et al., 2022). Cada modalidad implicó cuidados específicos y un proceso de adaptación con características propias.

Independientemente del tipo de ostomía, todos los pacientes debieron transitar por un proceso de adaptación que, para muchos, resultó complejo y de larga duración. Por esta razón, la intervención continua del personal de salud especializado no constituye un

complemento opcional, sino una necesidad clínica y educativa de primer orden.

2.4 Etiología y epidemiología de las ostomías

Las principales causas que condujeron a la realización de una ostomía fueron el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal (que incluyó la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa), los traumatismos abdominales, la diverticulitis complicada y las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal. Entre estas causas, el cáncer colorrectal ocupó el primer lugar en frecuencia a nivel mundial.

Según el Instituto Español de Investigación Enfermera (IEIE) y el Consejo General de Enfermería de España (CDE) (2022), este tipo de cáncer ocupó el tercer lugar en incidencia global con 1.849.518 casos en 2018 (10,2 % de la población mundial). En la región de las Américas, se produjeron aproximadamente 240.000 casos nuevos anuales, con cerca de 96.000 fallecimientos (Hernández et al., 2016). Estas cifras ilustraron la magnitud del problema y justificaron la necesidad de programas especializados de atención al paciente ostomizado.

A nivel específico, España registró aproximadamente 70.000 personas ostomizadas, con una incidencia de 16.000 casos nuevos por año (CDE, 2022). En América Latina, países como Argentina reportaron una prevalencia de 2 por cada mil habitantes conviviendo con una ostomía. En Panamá, la ausencia de estadísticas nacionales publicadas para el período del estudio impidió establecer una cifra precisa; sin embargo, la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego contó con un programa activo de 85 pacientes ostomizados registrados, cifra que refleja la pertinencia del problema en el ámbito local y fundamenta la necesidad de la intervención educativa desarrollada en este proyecto.

2.5 Impacto biopsicosocial de la ostomía

La ostomía generó un impacto profundo y multidimensional en la vida del paciente. Hernández Fernández (2011) identificó tres esferas fundamentales de alteración: la física, la psicológica y la social (p. 508). Este impacto se describió en la literatura como un proceso de ruptura biográfica, en el que el paciente debió reconstruir su identidad y su proyecto de vida en torno a una nueva realidad corporal. Comprender cada una de estas dimensiones resultó indispensable para diseñar intervenciones educativas que respondieran a la integralidad de las necesidades del paciente.

2.5.1 Dimensión física

Desde el punto de vista físico, la presencia del estoma supuso cambios significativos en la percepción corporal del paciente. La alteración de la imagen corporal estuvo directamente relacionada con la disminución de la autoestima y con dificultades en la aceptación de la nueva condición de salud. Los pacientes debieron aprender a manejar el dispositivo colector, mantener la higiene del estoma y prevenir complicaciones como la irritación periestomía, el prolapso, la hernia paraestomal y la estenosis (Hernández Fernández, 2011, p. 508).

El manejo adecuado del dispositivo colector requirió destrezas técnicas específicas que el paciente debió adquirir durante la hospitalización y consolidar en el domicilio. La dificultad para realizarlo de manera autónoma constituyó uno de los principales obstáculos en el proceso de adaptación, especialmente en los primeros meses poscirugía (Almendárez-Saavedra et al., 2015). La educación de enfermería sobre el cambio de dispositivo, los signos de alarma y la dieta adecuada resultó determinante para reducir las complicaciones

y mejorar la autonomía del paciente. A esta dimensión técnica se sumó el impacto sobre la actividad física: aunque la mayoría de los pacientes pudo retomar sus actividades habituales tras el período de recuperación, existieron restricciones relacionadas con deportes de contacto y actividades que aumentaran la presión intraabdominal, lo que requirió orientación profesional específica (López Azcunaga, 2019).

2.5.2 Dimensión psicológica

La dimensión psicológica se ve afectada con igual o mayor intensidad que la física. En el plano emocional, los pacientes manifestaron con frecuencia ansiedad, depresión, incertidumbre, estrés postraumático y sentimientos de vergüenza, culpa o pérdida. Aranda (2013) encontró que el 56 % de los pacientes ostomizados ambulatorios presentaron baja aceptación de su estoma, lo cual estuvo asociado con trastornos adaptativos que requirieron intervención psicoterapéutica.

La autoestima constituyó uno de los aspectos más afectados. El paciente que no logró integrar su nueva imagen corporal experimentó dificultades para retomar su rol social, laboral y familiar; García et al. (2022) señalaron que las intervenciones centradas en la autoeficacia y el afrontamiento produjeron los mayores beneficios en la adaptación psicológica. El proceso de aceptación de la ostomía no fue lineal ni uniforme: distintos autores describieron etapas similares al duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; cuya velocidad de tránsito dependió de factores individuales como la personalidad y el nivel educativo, y de factores contextuales como el apoyo familiar y el acceso a programas de rehabilitación (Bonfill Accensi et al., 2010). Esta complejidad del proceso psicológico demandó que las intervenciones educativas se diseñaran con sensibilidad al estado emocional del paciente en cada etapa.

2.5.3 Dimensión social y familiar

Estrechamente vinculada a la dimensión psicológica, la esfera social y familiar se vio igualmente comprometida. Los pacientes reportaron dificultades para participar en actividades sociales, temor al rechazo, problemas en la intimidad de pareja y cambios en la dinámica familiar derivados de la dependencia parcial para el cuidado del estoma. Vargas et al. (2022) señalaron que las mujeres se vieron más afectadas en su autoconcepto por estereotipos sociales vinculados a la imagen corporal y la feminidad, mientras que los hombres reportaron con mayor frecuencia preocupaciones relacionadas con su capacidad laboral. Cardoso et al. (2023) identificaron que los principales obstáculos en el autocuidado incluyeron el cambio de la bolsa, las dificultades para adquirir insumos, la orientación insuficiente del personal de salud y las dificultades propias del proceso de aceptación (p. 6).

La reintegración laboral constituye otro desafío relevante: algunos pacientes deben modificar sus actividades por limitaciones físicas o por temor a situaciones de exposición social relacionadas con la estoma. La intervención educativa orientada al entorno laboral, que incluye estrategias para el manejo del dispositivo en el trabajo y la comunicación con compañeros, demostró mejorar la confianza del paciente y su capacidad de reintegración (Silva y Shimizu, 2006).

2.5.4 Salud sexual del paciente ostomizado

La salud sexual constituye una dimensión frecuentemente subvalorada en el cuidado del paciente ostomizado, aunque su impacto sobre la calidad de vida fue considerable. La alteración de la imagen corporal, el temor al rechazo de la pareja y la inseguridad ante el

dispositivo colector generaron inhibición sexual y disfunción en las relaciones íntimas. Adicionalmente, en cirugías como la resección abdominoperineal, el procedimiento pudo comprometer estructuras nerviosas relacionadas con la función sexual, generando disfunción eréctil en hombres y dispareunia en mujeres (Silva y Shimizu, 2006).

Dado este impacto, la literatura especializada recomienda que la evaluación y el abordaje de la sexualidad del paciente ostomizado fueran incorporados sistemáticamente en los programas de rehabilitación y educación. La intervención de enfermería en esta área incluye la orientación sobre posiciones coitales adaptadas, el uso de cubiertas decorativas para el dispositivo y las estrategias para comunicar la condición a la pareja. El abordaje empático de esta dimensión por parte del equipo de salud favoreció la recuperación de la vida íntima y mejoró significativamente la calidad de vida del paciente (Polanco Contreras, 2015).

2.6 Calidad de vida en el paciente ostomizado

El impacto biopsicosocial descrito en la sección anterior se expresó en su conjunto a través de la calidad de vida, constructo multidimensional definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vivió, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. En el paciente ostomizado, este constructo se vio comprometido de manera simultánea en sus esferas física, psicológica, social y espiritual.

Hernández Fernández (2011) demostró que la implementación de programas educativos dirigidos a esta población contribuyó de manera sostenida a la mejora de la calidad de vida,

al dotarlos de herramientas prácticas para manejar los cambios derivados de su condición. Los programas que incluyeron seguimiento poscirugía y sesiones de educación continuada reportaron los mejores resultados en términos de adaptación y satisfacción del paciente. En esta misma dirección, Rico et al. (2019), en un estudio sobre calidad de vida en personas portadoras de ostomía digestiva en Colombia, encontraron que la intervención de enfermería especializada produjo mejoras significativas en la adaptación física, emocional y social. Los autores destacaron que la dimensión social de la calidad de vida fue la más sensible a la intervención educativa, con mejoras notorias en las habilidades de comunicación interpersonal y en la participación en actividades sociales. Consistente con estos hallazgos, Martínez Altava et al. (2018) concluyeron que la satisfacción con la atención de enfermería estuvo directamente asociada con los niveles de adaptación y calidad de vida reportados, y que los pacientes que recibieron atención de enfermeras especializadas en estomaterapia reportaron significativamente mejor calidad de vida.

La medición de esta variable se realizó mediante instrumentos validados como el Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Ostomizados (COH-QOL-OQ), el EORTC QLQ-CR29), para cáncer colorrectal y la escala de adaptación de Roy. La triangulación de estos instrumentos permitió obtener una valoración más completa del estado de salud del paciente (Rico et al., 2019) y orientó el diseño del instrumento utilizado en el presente estudio.

2.7 Intervenciones educativas en pacientes ostomizados

Ante el impacto biopsicosocial descrito, la intervención educativa en salud constituyó la respuesta más documentada y efectiva para mejorar el proceso de adaptación del paciente

ostomizado. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) definió la intervención educativa en salud como un conjunto de acciones planificadas, orientadas por objetivos explícitos, que buscaron modificar conocimientos, actitudes y prácticas en una población específica con el propósito de mejorar su condición de salud. En el contexto del paciente ostomizado, esta intervención adquirió un significado especialmente profundo, dado que la ostomía impuso al paciente la necesidad de aprender una nueva forma de relacionarse con su cuerpo, de organizar su vida cotidiana y de interactuar con su entorno. La educación en salud para esta población se fundamentó en la teoría constructivista del aprendizaje, que reconoció al paciente como sujeto activo en la construcción de su propio conocimiento. Desde esta perspectiva, la enfermera no actuó como mera transmisora de información, sino como facilitadora de un proceso de aprendizaje experiencial en el que el paciente integró los nuevos contenidos con sus saberes previos, sus creencias culturales y sus experiencias de vida (Tobón Correa, 2003). Polanco Contreras (2015) añadió que el objetivo central de todo programa educativo para esta población debió ser lograr que el paciente comprendiera que la ostomía no constituyó un problema, sino la solución a su condición de salud (p. 180). Este reencuadre cognitivo resultó determinante para transformar la vivencia del estoma de una experiencia de pérdida hacia una de recuperación y posibilidad.

2.7.1 Componentes de un programa educativo efectivo

La literatura especializada identificó cuatro componentes que determinaron la efectividad de los programas educativos dirigidos a pacientes ostomizados. El primero fue la evaluación diagnóstica inicial, que caracterizó el nivel de conocimientos previos del paciente, sus necesidades específicas, su nivel educativo y su estado emocional, orientando

la personalización de las intervenciones (OPS, 2019). El segundo fue la estructuración por módulos temáticos progresivos, que organizó los contenidos de manera lógica, partiendo del manejo técnico del estoma hacia la gestión emocional y la reintegración social, reduciendo la sobrecarga cognitiva del paciente. El tercero fue la evaluación continua mediante instrumentos pre y posintervención, que no solo midió la efectividad del programa, sino que ofreció retroalimentación al paciente sobre sus avances, reforzando su autoeficacia; la prueba de McNemar constituyó la herramienta estadística apropiada para esta evaluación en diseños cuasiexperimentales con datos dicotómicos (Landis y Koch, 1977). El cuarto componente fue la inclusión activa de la familia, cuya participación mejoró la dinámica de apoyo en el hogar y redujo la carga percibida por el paciente (Bonfill Accensi et al., 2010).

2.7.2 Estrategias didácticas en la educación para la salud del paciente ostomizado

Las estrategias didácticas debieron seleccionarse en función de los objetivos de aprendizaje, las características de la población y los recursos disponibles. La combinación de modalidades expositiva, demostrativa, participativa y reflexiva resultó más efectiva que el uso exclusivo de una sola estrategia (OPS, 2019).

La charla expositiva con apoyo audiovisual permitió la transmisión estructurada de contenidos conceptuales; su efectividad se incrementó al combinarse con materiales visuales (fotografías, videos, modelos anatómicos) que facilitaron la comprensión de conceptos abstractos (Zapata y Simons, 2019). La demostración práctica con retorno demostrativo constituyó la estrategia más efectiva para el desarrollo de habilidades técnicas, dado que el ciclo demostración-práctica supervisada-retroalimentación se repitió

hasta alcanzar la destreza autónoma del paciente. La técnica de mesa redonda favoreció el intercambio de experiencias entre participantes y la validación emocional mutua, reduciendo el aislamiento y el estigma asociados a la condición. Los materiales impresos, como trípticos y guías de cuidados, reforzaron el aprendizaje en el domicilio, y la modalidad virtual mediante grupos de mensajería instantánea permitió la resolución de dudas en tiempo real y la continuidad del proceso educativo entre sesiones presenciales.

2.7.3 Educación preoperatoria en el paciente ostomizado

Un componente de alto impacto, aunque frecuentemente subestimado, fue la educación preoperatoria. Cuando fue posible realizarla, permitió al paciente anticipar los cambios corporales que enfrentaría, reducir la incertidumbre y participar activamente en la selección del sitio del estoma. La marcación preoperatoria por parte de la enfermera especializada influyó directamente en la calidad de vida posoperatoria: una ubicación inadecuada generó dificultades crónicas en el ajuste del dispositivo, mayor riesgo de complicaciones y menor autonomía en el autocuidado; la participación del paciente en este proceso mejoró significativamente la aceptación inicial del estoma (Vargas et al., 2022). En los casos de cirugía de urgencia en que no fue posible la educación preoperatoria, la intervención debió iniciarse en el posoperatorio inmediato, ajustada al ritmo de recuperación de cada paciente.

2.7.4 Evaluación de la efectividad de las intervenciones educativas

La evaluación de la efectividad se realizó habitualmente mediante diseños cuasiexperimentales antes-después que compararon los niveles de conocimiento, habilidades y adaptación previo y posterior a la intervención. La prueba de McNemar

constituyó el estadístico más empleado cuando la variable de resultado era dicotómica o categórica, dado que requirió la evaluación de los mismos sujetos en ambos momentos, garantizando el control de las diferencias individuales (Landis y Koch, 1977). La evaluación cualitativa, mediante grupos focales, entrevistas o registros de observación, aportó información sobre la experiencia subjetiva del aprendizaje y la pertinencia cultural de los contenidos; la triangulación de ambos métodos ofreció una visión más integral de la efectividad (OPS, 2019). Pese a su valor demostrado, el seguimiento post intervención a mediano y largo plazo constituyó el componente más frecuentemente ausente en los programas documentados en la literatura, siendo sin embargo indispensable para garantizar la sostenibilidad de los cambios alcanzados.

2.8 Autocuidado en el paciente ostomizado

Las intervenciones educativas descritas en la sección anterior tuvieron como propósito central fortalecer el autocuidado del paciente ostomizado. Tobón Correa (2003) definió el autocuidado como una habilidad humana que se desarrolló a lo largo de la vida y se expresó en la capacidad del individuo para identificar sus necesidades, tomar decisiones y actuar de manera autónoma en su beneficio. Esta habilidad no fue innata: debió aprenderse y reforzarse mediante procesos educativos sistemáticos, lo que otorgó a la enfermería un rol protagónico.

Dávila Valle y Jaramillo Jácome (2019) encontraron que las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados presentaron niveles variables según la dimensión evaluada: la calidad de vida mostró un nivel de 66,67 %, mientras que la autosuficiencia en la adaptación al estoma alcanzó únicamente el 46,67 % (p. 31). Estos hallazgos revelaron

que, pese al interés de los pacientes por su autocuidado, existieron brechas significativas en las habilidades prácticas que requirieron intervención educativa específica. En consonancia, Cardoso et al. (2023) identificaron los principales obstáculos para el autocuidado: el cambio y la limpieza de la bolsa, las dificultades para adquirir los insumos, la orientación insuficiente del personal de salud y las dificultades del proceso de aceptación. La identificación de estos obstáculos resultó indispensable para diseñar intervenciones pertinentes y efectivas.

El marco teórico de Dorothea Orem, aunque no constituyó el referente principal del presente estudio, aportó conceptos relevantes para comprender el autocuidado del paciente ostomizado. Orem distinguió entre el agente de autocuidado (el propio paciente) y el agente dependiente de cuidado (el familiar o cuidador), y propuso tres sistemas de enfermería: el totalmente compensador, el parcialmente compensador y el de apoyo-educación. En el paciente ostomizado, la intervención de enfermería correspondió fundamentalmente al sistema de apoyo-educación, cuyo objetivo fue potenciar de manera progresiva la capacidad del paciente para ejercer su propio autocuidado de forma autónoma, meta que orientó el diseño del presente proyecto.

2.9 Aspecto legal sobre pacientes ostomizados

El marco normativo que reguló los derechos y la atención de las personas ostomizadas presentó un desarrollo desigual en la región latinoamericana. Esta disparidad generó diferencias importantes en el acceso a los insumos, a la atención especializada y a los programas de rehabilitación, con consecuencias directas sobre la calidad de vida y el proceso de adaptación de los pacientes.

En Argentina, el Ministerio de Salud sancionó el 10 de diciembre de 2014 la Ley 27.071, que estableció el Programa Médico Obligatorio con cobertura total para las personas ostomizados. Esta ley, compuesta por 11 artículos, garantizó la provisión gratuita y oportuna de los insumos, incluyendo bolsas, placas de ostomía, cinturones y accesorios, a través de las obras sociales, la medicina prepaga y el sistema público de salud, representando un avance significativo en la reducción de las inequidades en el acceso a los cuidados.

En España, el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria reconoció la importancia de la atención integral al paciente ostomizado. El papel de la enfermera estoma terapeuta fue formalmente reconocido como especialidad de enfermería, y el CDE (2022) reportó que su intervención logró reducir el coste sanitario del paciente con ostomía hasta en un 48 %, al disminuir las complicaciones, las hospitalizaciones y las consultas de urgencias. En contraste, en Panamá no existió durante el período del estudio una legislación específica que regulara los derechos de las personas ostomizados. La Caja de Seguro Social (CSS) dispuso de clínicas especializadas en puntos estratégicos del país, entre ellas la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego en Herrera, cuyo objetivo fue brindar atención integral y suministrar los insumos de uso diario. Sin embargo, la cobertura y disponibilidad de dispositivos no siempre resultaron óptimas por restricciones presupuestarias y logísticas. Esta brecha normativa limitó la garantía formal de los derechos de los pacientes y la estandarización de la atención, lo que refuerza la pertinencia de programas educativos como el desarrollado en el presente estudio.

2.10 Fundamento teórico de enfermería: Modelo de Adaptación de Callista Roy

El conjunto de necesidades identificadas en las secciones previas, de orden físico, psicológico, social y educativo, requirió un marco teórico que orientara la intervención de enfermería de manera coherente e integral. El Modelo de Adaptación de Callista Roy constituyó ese referente, al concebir a la persona como un sistema adaptativo holístico que respondió de manera constante a los estímulos del entorno mediante dos subsistemas de afrontamiento: el regulador y el cognitivo. La adaptación fue definida por Roy (1984, citada en Bonfill Accensi et al., 2010) como el proceso y el resultado mediante el cual las personas pensantes y sintientes utilizaron su conciencia consciente para crear una integración del ser humano con el entorno.

El modelo identificó tres tipos de estímulos que influyeron en la capacidad adaptativa del paciente: los estímulos focales (la ostomía y sus consecuencias directas), los contextuales (el apoyo familiar, el nivel educativo y el acceso a servicios de salud) y los residuales (las creencias, actitudes culturales y experiencias previas del paciente) (Roy y Andrews, 1999, citados en Om, Henao Trujillo et al., 2019, p. 6). La aplicación de este modelo en el cuidado del paciente ostomizado permitió a la enfermera evaluar sistemáticamente las respuestas del paciente en cada uno de los cuatro modos de adaptación, identificar los estímulos que dificultaban el proceso y diseñar intervenciones orientadas a fortalecer los mecanismos de afrontamiento disponibles. Om, Henao Trujillo et al. (2019) confirmaron que este modelo constituyó uno de los marcos teóricos más pertinentes para orientar el cuidado de enfermería en pacientes con condiciones crónicas que implicaron cambios permanentes en la imagen corporal y en el funcionamiento fisiológico (p. 5).

2.10.1 Modos de adaptación

Roy identificó cuatro modos de adaptación que representaron los patrones de

comportamiento mediante los cuales el paciente respondió a los estímulos de su entorno. Estos modos no operaron de manera aislada, sino de forma interdependiente: la alteración en uno de ellos repercutió necesariamente en los demás (Roy y Andrews, 1999, citados en Bonfill Accensi et al., 2010, p. 280).

- a) **Modo fisiológico:** se relacionó con las necesidades básicas: alimentación, hidratación, sueño, eliminación e integridad cutánea. En el paciente ostomizado, se vio afectado por los cambios en los patrones de eliminación, las restricciones dietéticas y el riesgo de complicaciones cutáneas periestomales como la dermatitis de contacto, la maceración y la foliculitis (Hernández Fernández, 2011, p. 508). Su abordaje requirió intervenciones educativas centradas en el manejo técnico del dispositivo, la higiene del estoma y la adecuación de la alimentación.
- b) **Modo de autoconcepto:** se refirió a la imagen que el paciente tuvo de sí mismo, tanto en la dimensión física (imagen corporal) como en la personal (identidad moral, ética y espiritual). Roy (1984, citada en Bonfill Accensi et al., 2010) señaló que el autoconcepto permitió a la persona saber quién era y cómo actuar en el mundo. La presencia visible del estoma modificó radicalmente esta percepción, y Aranda (2013) reportó que el 56 % de los pacientes presentaron baja aceptación de su estoma, expresión directa del deterioro del autoconcepto físico.
- c) **Modo de función de rol:** se vinculó con las responsabilidades, tareas y expectativas sociales del paciente en su contexto familiar, laboral y comunitario. Roy y Andrews (1999, citados en Om, Henao Trujillo et al., 2019) distinguieron entre el rol primario (determinado por la edad y el sexo), el secundario (responsabilidades familiares y laborales) y el terciario (actividades voluntarias y recreativas). La

ostomía afectó los tres niveles: los pacientes reportaron dificultades para retomar sus responsabilidades habituales, generando sentimientos de inutilidad y pérdida de identidad social (Vargas et al., 2022, p. 33).

d) Modo de interdependencia: concernió a las relaciones interpersonales y a la capacidad del paciente para dar y recibir afecto, apoyo y asistencia. Roy (1984, citada en Bonfill Accensi et al., 2010) identificó dos conceptos clave en este modo: la persona significativa y los sistemas de apoyo. En el paciente ostomizado, el temor al rechazo social, las dificultades en la intimidad de pareja y el aislamiento voluntario constituyeron las principales respuestas inefectivas en este modo (Silva y Shimizu, 2006, p. 485), lo que orientó las intervenciones educativas hacia el manejo del estigma y la participación en grupos de apoyo entre pares.

2.10.2 Procesos de adaptación

Los procesos de adaptación fueron definidos por Roy como los mecanismos de afrontamiento, innatos o adquiridos, que el sistema humano utilizó para responder a los estímulos del entorno (Roy y Andrews, 1999, citados en Bonfill Accensi et al., 2010, p. 280). Roy distinguió dos subsistemas complementarios. El subsistema regulador actuó a nivel biológico y fisiológico a través de respuestas neurológicas, endocrinas e inmunológicas; en el paciente ostomizado, se vio comprometido en el posoperatorio inmediato, cuando el organismo debió adaptarse a los cambios en el tránsito intestinal, la absorción de nutrientes y el equilibrio hídrico y electrolítico (Hernández Fernández, 2011). El subsistema cognitivo, por su parte, operó a través de la percepción, el aprendizaje, el juicio y la emoción; Roy (1984, citada en Om, Henao Trujillo et al., 2019) sostuvo que constituyó el principal punto de intervención para la enfermería educativa. Las

intervenciones del presente proyecto actuaron fundamentalmente sobre este subsistema, fortaleciendo los recursos de afrontamiento mediante la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades técnicas y la regulación emocional.

2.10.3 Niveles de adaptación

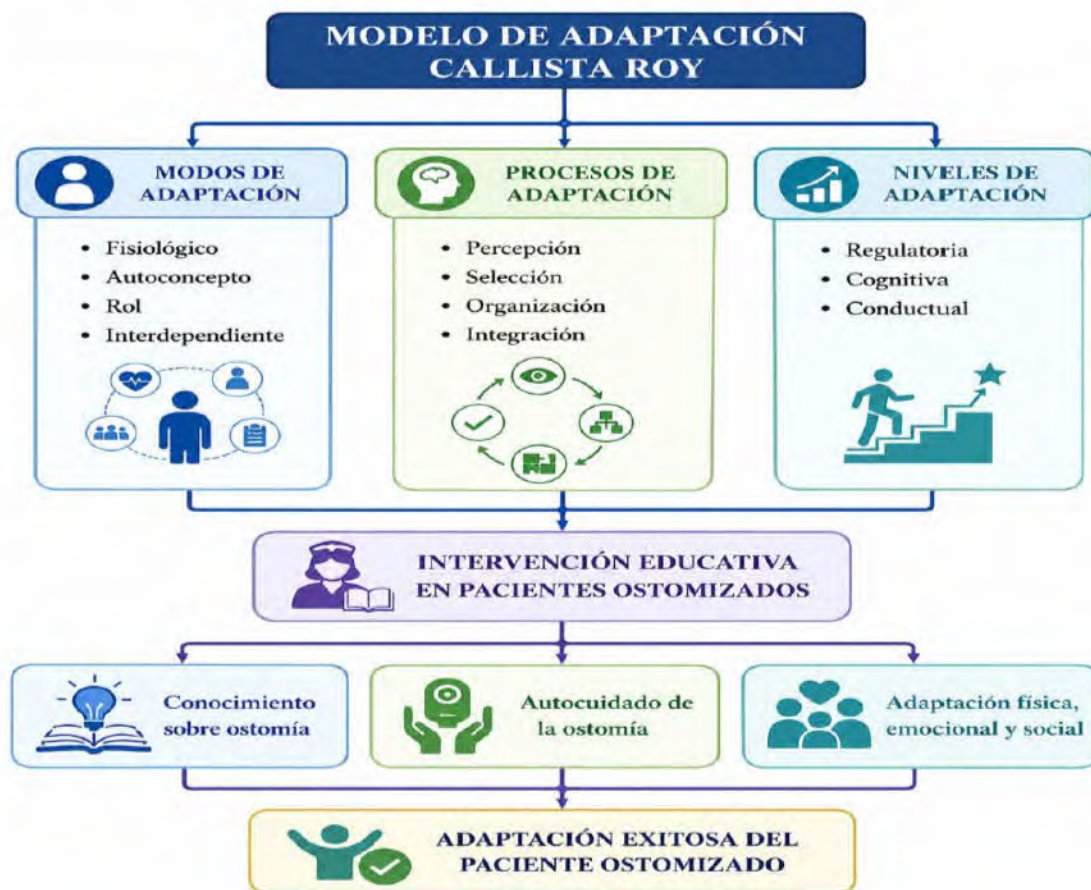
El Modelo de Roy identificó tres niveles de adaptación que no constituyeron categorías rígidas, sino un continuo en el que el paciente se desplazó en función de la eficacia de sus mecanismos de afrontamiento y de la intensidad de los estímulos (Roy y Andrews, 1999, citados en Bonfill Accensi et al., 2010).

- a) Adaptación regulatoria o integrada:** se refirió a los ajustes fisiológicos para mantener el equilibrio interno: regulación del tránsito intestinal, equilibrio hidroelectrolítico y prevención de complicaciones cutáneas; y constituyó el primer objetivo del proceso educativo posoperatorio (Almendárez-Saavedra et al., 2015).
- b) Adaptación cognitiva o compensatoria:** se relacionó con la comprensión de la condición, la asimilación de la información y la generación de respuestas constructivas ante las demandas del entorno. Roy (1984, citada en Bonfill Accensi et al., 2010) describió este nivel como aquel en que los mecanismos de afrontamiento se activaron ante un desequilibrio; en el paciente ostomizado, se expresó en la capacidad para aprender el cambio del dispositivo, identificar signos de alarma y buscar apoyo profesional (Dávila Valle y Jaramillo Jácome, 2019).
- c) Adaptación conductual o comprometida:** concernió a los cambios sostenidos en el comportamiento del paciente que le permitieron ajustarse a su nueva realidad de manera autónoma, mediante el establecimiento de rutinas de autocuidado, la modificación de hábitos alimentarios, las estrategias de comunicación

interpersonal y la reintegración progresiva a las actividades sociales, familiares y laborales. Om, Henao Trujillo et al. (2019) señalaron que alcanzar este nivel constituyó el indicador más robusto de la efectividad de las intervenciones educativas de enfermería, dado que su expresión fue observable, medible y sostenible en el tiempo (p. 9).

Figura 1

Triangulación teórica del Modelo de Adaptación de Callista Roy y su aplicación en el proceso de adaptación de pacientes ostomizados



La Figura 1 presenta la integración del Modelo de Adaptación de Callista Roy con la intervención educativa dirigida a pacientes ostomizados. Este modelo concibe a la persona como un sistema abierto que responde continuamente a los estímulos internos y externos mediante procesos adaptativos orientados a preservar la integridad física, psicológica y social.

Dentro de esta perspectiva, los modos de adaptación constituyen las manifestaciones observables de la respuesta humana frente a la nueva condición de salud. El modo fisiológico comprende aspectos relacionados con el funcionamiento corporal, incluyendo el manejo de la ostomía, la alimentación y los procesos de eliminación. El modo de autoconcepto involucra la percepción que la persona desarrolla sobre sí misma y la aceptación de los cambios derivados del procedimiento quirúrgico. Por su parte, el modo de rol se vincula con la capacidad para mantener o reajustar las funciones familiares, laborales y sociales. De manera complementaria, el modo interdependiente contempla las relaciones de apoyo establecidas con familiares, cuidadores y profesionales de salud.

Paralelamente, los procesos de adaptación permiten comprender cómo el individuo enfrenta los cambios generados por la ostomía. A través de la percepción, selección, organización e integración de la información, el paciente adquiere conocimientos y desarrolla estrategias que favorecen una respuesta adaptativa más efectiva.

Desde otra dimensión, los niveles de adaptación reflejan la manera en que la persona responde a las demandas de su entorno. La adaptación regulatoria se manifiesta mediante ajustes fisiológicos posteriores a la cirugía; la adaptación cognitiva involucra la comprensión de la nueva condición de salud y de las medidas de autocuidado; mientras

que la adaptación conductual se evidencia en la incorporación de prácticas orientadas al manejo adecuado de la ostomía.

Bajo este fundamento teórico se desarrolla la intervención educativa, orientada al fortalecimiento del conocimiento, la adquisición de habilidades para el autocuidado y el favorecimiento de la adaptación física, emocional y social. En consecuencia, se espera que los pacientes alcancen una adaptación más efectiva a su nueva condición de vida, incrementen su autonomía en el manejo de la ostomía y mejoren su bienestar integral.

La aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en el presente proyecto ofreció un marco conceptual coherente para el diseño de los módulos educativos, la selección de los indicadores de resultado y la interpretación de los cambios observados entre el pretest y el postest. Los cuatro modos de adaptación orientaron el contenido temático de cada módulo, mientras que los tres niveles fundamentaron la escala de medición del instrumento aplicado, con categorías que correspondieron progresivamente a niveles crecientes de integración adaptativa: Muy bajo (≤ 18), Bajo (19-36), Medio (37-54), Alto (55-72) y Muy alto (73-90).

2.11 Rol de enfermería en el proceso de adaptación del paciente ostomizado

El marco teórico presentado en este capítulo convergió en un punto central: el rol de enfermería como eje del proceso de adaptación del paciente ostomizado. La enfermería desempeñó una función central e insustituible desde el período preoperatorio hasta el seguimiento en el largo plazo, abarcando dimensiones clínicas, educativas, relacionales y de coordinación del cuidado.

En el período preoperatorio, la intervención de enfermería incluyó la marcación del sitio del estoma, la preparación psicológica mediante la entrega de información clara sobre el procedimiento y sus consecuencias, y el inicio del proceso educativo sobre los cuidados. Estas acciones demostraron reducir significativamente la ansiedad preoperatoria y mejorar los resultados posoperatorios (Vargas et al., 2022). En el posoperatorio inmediato, la enfermera asumió la responsabilidad del cuidado directo del estoma y de la enseñanza progresiva al paciente, proceso que requirió paciencia, empatía y habilidades pedagógicas adaptadas al estado emocional y a la capacidad de aprendizaje de cada persona en cada momento.

En el seguimiento a largo plazo, la enfermera especializada en estomaterapia cumplió una función de acompañamiento continuo, resolviendo dudas, ajustando los dispositivos y las técnicas según la evolución del estoma, identificando complicaciones de manera precoz y derivando al equipo multidisciplinario cuando fue necesario. García et al. (2022) destacaron que la continuidad del cuidado de enfermería constituyó uno de los factores más determinantes en la calidad de la adaptación del paciente ostomizado. El presente proyecto de intervención educativa se enmarcó en esta perspectiva integral, al diseñar y ejecutar un programa estructurado de sesiones que abordaron de manera sistemática las necesidades físicas, psicológicas, sociales y relacionales de los pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego.

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1 Tipo y diseño general del estudio

La investigación correspondió a un estudio cuasi experimental de intervención educativa, con seguimiento longitudinal y enfoque prospectivo. Este diseño permitió evaluar los cambios producidos en los participantes antes y después de la intervención, observando su evolución a lo largo del período de estudio.

3.2 Definición operacional de las variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición	Categorías
Adaptación de pacientes ostomizados	Acción y efecto de acomodarse, amoldarse, ajustarse o aplicarse a algo (Real Academia Española [RAE], 2001).	Proceso mediante el cual los pacientes aprenden a manejar los cambios físicos, emocionales y sociales derivados de la ostomía. Información obtenida mediante cuestionario aplicado.	Ordinal	• Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72) • Muy alto (73–90)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición	Categorías
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, vegetal o animal (RAE, 2022).	Número de años cumplidos del participante, reportado al momento de la aplicación del instrumento.	Razón	Indicada por el paciente.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (RAE, 2022).	Género reportado por el paciente al momento de la aplicación del instrumento.	Nominal	• Femenino • Masculino
Nivel educativo	Instrucción por medio de la acción docente (RAE, 2022).	Nivel de estudio que caracteriza al encuestado al momento de la aplicación del instrumento.	Ordinal	• Primaria • Secundaria • Universidad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición	Categorías
Ingreso económico	Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad o un individuo (RAE, 2022).	Ingreso mensual indicado por el paciente al momento de la aplicación del instrumento.	Razón	• < 500 • 501–1 000 • > 1 001

Nota. Elaboración propia basada en las definiciones de la Real Academia Española (RAE, 2001, 2022).

3.3 Universo del estudio, selección y tamaño de la muestra

El universo del estudio estuvo constituido por el total de pacientes registrados en el programa de ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. Según la información suministrada por el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud de la institución, dicho programa contó con un censo activo de 85 pacientes con ostomías al inicio del período de estudio.

3.3.1 Muestra

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, criterio justificado por la naturaleza cuasiexperimental del estudio y por las características específicas de la población de interés. Quedó conformada por 20 pacientes que reunieron

los criterios de inclusión establecidos, específicamente aquellos con menos de dos años de haber recibido la ostomía y que acudieron regularmente al programa de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego durante el período julio-agosto 2025.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con menos de dos años de haber recibido la ostomía que participaron activamente en el programa de ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego durante el período de estudio.
- Pacientes que manifestaron disponibilidad para participar en el proyecto educativo y que firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria.
- Pacientes mayores de 18 años al momento de la aplicación del instrumento.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con más de dos años de haber recibido la ostomía, o que presentaron infecciones activas y complicaciones relacionadas con la misma que pudieran interferir en su participación efectiva en las sesiones educativas.
- Pacientes que registraron ausencia a una o más actividades educativas programadas durante el proyecto. La ausencia reiterada limitó la efectividad del proceso educativo y el seguimiento del progreso individual en la adaptación, razón por la cual se consideró criterio de exclusión.

3.5 Intervención propuesta

La intervención educativa fue realizada por la investigadora Cinthia Cedeño en el salón de conferencias de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, durante los meses de julio y agosto de 2025. Las sesiones se llevaron a cabo los lunes y jueves, en horario de 10:00 a 10:45 a. m., previa coordinación con cada participante. La intervención se estructuró en tres etapas secuenciales: planificación, ejecución y evaluación post intervención.

3.5.1 Etapa de planificación

En la primera etapa se llevó a cabo la planificación detallada de la intervención. Las acciones desarrolladas incluyeron la coordinación con los directivos de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego para obtener el respaldo institucional, la divulgación de las actividades educativas entre los pacientes del programa, la convocatoria formal a la población de estudio y la aplicación del pretest con previo consentimiento informado. Este pretest permitió obtener una evaluación inicial del proceso de adaptación de los pacientes, proporcionando la línea de base necesaria para comparar los resultados al concluir la intervención.

3.5.2 Etapa de ejecución

La segunda etapa concentró la implementación de las actividades educativas. Las estrategias didácticas empleadas se seleccionaron en función de los resultados del pretest y de las características de la población, con el propósito de responder a las necesidades específicas identificadas en cada área de adaptación. La intervención se organizó en tres módulos temáticos, cada uno con dos sesiones.

El primer módulo, titulado 'Cuidados de la ostomía: mitos y realidades', empleó métodos

interactivos a través de grupos de WhatsApp, entrega de material didáctico (tríptico) y técnicas participativas como lluvia de ideas. El segundo módulo, denominado 'El ostomizado y su entorno social', incorporó estrategias como la mesa redonda de debate y el uso de materiales audiovisuales (videos educativos). El tercer módulo, titulado 'Entorno familiar, laboral y relaciones interpersonales del paciente ostomizado', introdujo charlas interactivas con apoyo multimedia, un taller recreativo al aire libre, una charla sobre salud sexual del paciente ostomizado y el testimonio de un paciente ostomizado sobre su experiencia posquirúrgica.

3.5.3 Etapa de evaluación

En la tercera etapa se aplicó el posttest, instrumento idéntico al pretest, con el objetivo de medir el progreso en el proceso de adaptación de los pacientes y comparar los resultados con los obtenidos antes de la intervención. Esta evaluación aportó información sobre la efectividad de las estrategias educativas implementadas e identificó áreas de mejora para futuras intervenciones. Las tres etapas del proyecto se orientaron a proporcionar un apoyo integral a los pacientes ostomizados, favoreciendo su adaptación a la nueva condición de salud mediante la educación y el acompañamiento profesional de enfermería.

3.6 Procedimientos para la recolección de información

El proceso de recolección de datos se desarrolló durante los meses de julio y agosto de 2025, con el propósito de obtener información sobre el proceso de adaptación de los pacientes ostomizados antes y después de la implementación de la intervención educativa. Para garantizar la calidad y precisión de los datos, la recolección se organizó en tres etapas articuladas entre sí.

En la primera etapa se llevó a cabo la recolección de información inicial mediante la aplicación del pretest. Para ello, se estableció contacto previo con la enfermera encargada del programa de ostomizados, a quien se le explicó el objetivo del estudio y se le solicitó una lista de 20 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. El reclutamiento de los participantes se realizó aprovechando las consultas programadas del programa de ostomizados, momento en el que se les invitó individualmente a acudir al salón de conferencias de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. En dicho espacio se explicó la finalidad de la investigación, se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado y se aclararon las dudas surgidas. Tras este proceso, se organizó el cronograma de aplicación del cuestionario estructurado (pretest), conformado por 21 preguntas cerradas y una abierta, con una duración aproximada de 20 minutos por participante.

La segunda etapa correspondió a la implementación de la intervención educativa, que tuvo una duración de tres semanas, con sesiones los lunes y jueves de 10:00 a 10:45 a. m. en el salón de conferencias de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. La intervención se desarrolló en tres módulos temáticos que abordaron el autocuidado, la adaptación social y la integración familiar y laboral. Las estrategias pedagógicas empleadas incluyeron talleres interactivos, videos educativos y materiales impresos, promoviendo la participación de los pacientes. Cada sesión incorporó dinámicas de preguntas abiertas y ejercicios prácticos orientados a consolidar el aprendizaje y favorecer la adaptación progresiva.

En la tercera etapa se aplicó el postest, cuestionario idéntico al pretest, con el objetivo de comparar los resultados obtenidos antes y después de la intervención. Para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 26 y Microsoft Excel

2019. La Prueba de Wilcoxon se utilizó para evaluar los cambios en el proceso de adaptación tras la intervención, dado que constituyó el estadístico apropiado para comparar dos mediciones relacionadas cuando no se desea asumir normalidad en los datos en muestras relacionadas con diseño antes-después.

3.6.1 Instrumento de recolección y control de calidad de los datos

El instrumento de recolección de información estuvo conformado por 21 preguntas cerradas y una pregunta abierta, organizadas en dos dimensiones. La primera correspondió a los aspectos sociodemográficos y educativos del participante. La segunda dimensión abordó el proceso de adaptación del paciente ostomizado, con una escala tipo Likert de cinco niveles: Muy bajo (1), Bajo (2), Medio (3), Alto (4) y Muy alto (5). La ponderación total del instrumento se estableció de la siguiente manera: Muy bajo (puntuación menor o igual a 18), Bajo (19-36), Medio (37-54), Alto (55-72) y Muy alto (73-90). La aplicación del instrumento fue individual y tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

La validez de contenido del instrumento fue evaluada por cinco expertos en el área, quienes utilizaron las plantillas propuestas por Escobar Pérez y Cuervo-Martínez (2008, p. 35). Los criterios de valoración empleados fueron: relevancia, suficiencia, coherencia y claridad, calificados mediante una escala de cuatro niveles: no cumple con el criterio (1), bajo nivel (2), moderado nivel (3) y alto nivel (4).

Para la evaluación de la concordancia entre los jueces expertos se aplicó el coeficiente Kappa de Fleiss mediante el programa estadístico SPSS versión 26. La interpretación de los valores obtenidos siguió la escala propuesta por Landis y Koch (1977, p. 165), que estableció los siguientes rangos de fuerza de concordancia: 0,00 (pobre); 0,01-0,20 (leve); 0,21-0,40 (aceptable); 0,41-0,60 (moderado); 0,61-0,80 (considerable); y 0,81-1,00 (casi

perfecto) (Bernal-García, 2018, p. 3).

Los resultados de concordancia obtenidos mediante el coeficiente Kappa de Fleiss fueron los siguientes: suficiencia ($K = 0,60$; $p = 0,00$), claridad ($K = 0,81$; $p = 0,00$), coherencia ($K = 0,90$; $p = 0,00$) y relevancia ($K = 0,92$; $p = 0,00$). Estos valores indicaron que el instrumento alcanzó niveles de concordancia que oscilaron entre moderado y casi perfecto en todos los criterios evaluados, lo que respaldó su validez para la aplicación en la población de pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego.

3.7 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

La investigadora principal se comprometió a cumplir con todos los principios éticos y normativos que rigen la investigación con seres humanos. El estudio se desarrolló en estricta conformidad con la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, las Buenas Prácticas Clínicas y las normas del Código Nacional e Internacional de Ética, así como con la legislación panameña vigente, específicamente la Ley 68 de 2003, la Ley 81 de 2019 y la Ley 84 de 2019.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, la investigadora principal fue la única persona con acceso a los datos personales recolectados. Cada participante se identificó mediante un código numérico único asignado a su formulario, en sustitución de su nombre. El estudio se sometió a la revisión y aprobación del Comité de Bioética de Investigación de la Universidad de Panamá (CBUP), cuya aprobación se otorgó el 26 de junio de 2025, garantizando que los procedimientos empleados cumplieron con los estándares éticos requeridos.

Los datos recolectados se almacenaron durante un período de cinco años en la oficina de

posgrado de Enfermería del Centro Regional Universitario de Azuero, en un archivador bajo llave de acceso exclusivo de la investigadora. Al concluir este período, los datos se destruyeron mediante trituradora de papel. Los resultados de la investigación se publicaron y divulgaron con fines educativos y científicos, respetando en todo momento la confidencialidad de los participantes y sin incluir información que permitiera su identificación.

3.7.1 Declaración de conflictos de interés

La investigadora declaró que no existieron conflictos de interés de ninguna naturaleza que pudieran comprometer la objetividad, la independencia o la integridad del proceso investigativo.

3.7.2 Beneficios y riesgos para los participantes

Los participantes del estudio obtuvieron beneficios directos derivados de su participación en la intervención educativa. Profundizaron su comprensión sobre el proceso de adaptación a la ostomía, adquirieron herramientas prácticas para el manejo de los cambios físicos, emocionales y sociales derivados de su condición y recibieron orientación concreta para mejorar su calidad de vida y bienestar integral.

El estudio se clasificó en la categoría de riesgo mínimo, dado que los riesgos asociados a la participación fueron equivalentes a los que los participantes enfrentaron en su vida cotidiana. No se identificaron riesgos adicionales para quienes participaron en la investigación. Los participantes no recibieron compensación económica por su participación, la cual fue en todo momento voluntaria y revocable sin penalización alguna.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Técnicas de Análisis de Datos

El este capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir de la intervención educativa implementada con 20 pacientes ostomizados del programa de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, Herrera, Panamá, durante el período junio-julio de 2025. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 26 y Microsoft Excel 2019; se calcularon medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes y se aplicó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para comparar el pretest y el posttest en cada dimensión del proceso de adaptación. Los resultados se presentan organizados en tablas por dimensiones temáticas y se complementan con el análisis global de efectividad de la intervención.

Para el análisis de los datos se emplearon herramientas de estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva incluyó frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), con sus respectivas desviaciones estándar. Para la estadística inferencial, dado que las variables de adaptación correspondieron a escala ordinal y la muestra fue pequeña ($n = 20$), se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la cual permitió comparar las medianas del pretest y del posttest dentro del mismo grupo. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. El análisis comprendió cuatro dimensiones: adaptación física y autocuidado, adaptación emocional y autoconcepto, adaptación social y relaciones interpersonales, y conocimiento y apoyo familiar, además de la evaluación global del proceso de adaptación.

Tabla 2

Aspectos sociodemográficos y educativos de los pacientes ostomizados de la Policlínica

Dr. Roberto Ramírez de Diego, Herrera, Panamá, 2025.

Variable	Categoría	n	%
Grupo etario	30–39 años	1	5
	40–49 años	1	5
	50–59 años	3	15
	60–69 años	5	25
	70–79 años	7	35
	80–89 años	3	15
	Total	20	100
Sexo	Masculino	10	50
	Femenino	10	50
	Total	20	100
Nivel educativo	Primaria	7	35
	Secundaria	8	40
	Universidad	5	25
	Total	20	100
Ingreso económico	Menor de 500 balboas	10	50.0
	501–1 000 balboas	8	40.0
	Mayor de 1 001 balboas	2	10.0
	Total	20	100.0

Nota. Se presentan los aspectos sociodemográficos y educativos de los pacientes ostomizados incluidos en el estudio, según la tabulación de la encuesta aplicada por la investigadora.

En la tabla 2 se observó que la población estudiada estuvo conformada por 20 pacientes

ostomizados con distribución igual por sexo: 10 correspondieron al sexo masculino y 10 al femenino, lo que representó 50.0 % para cada grupo. En relación con la edad, predominó el grupo de 70 a 79 años con 35.0 %, seguido del de 60 a 69 años con 25.0 %; los grupos de 50 a 59 años y de 80 a 89 años alcanzaron 15.0 % cada uno, mientras que los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años representaron 5.0 % respectivamente. En cuanto al nivel educativo, sobresalió la secundaria con 40.0 %, seguida de primaria con 35.0 % y universidad con 25.0 %. Sobre el ingreso económico, la mitad de los participantes reportó ingresos menores de 500 balboas, el 40.0 % se ubicó entre 501 y 1, 000 balboas, y el 10.0 % indicó ingresos superiores a 1,001 balboas. Estos hallazgos describieron una población predominantemente adulta mayor, con escolaridad media y recursos económicos limitado.

Tabla 3

Comparación del pretest y posttest en la dimensión adaptación física y autocuidado según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Ha experimentado cambios en su estilo de vida luego de la cirugía?	Pretest	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90)	0 (0.0)	0.0	0.003
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	9 (45.0)	9 (45.0)		
¿Se siente cómodo al realizar las actividades diarias con su ostomía?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	12 (60.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	7.0	0.414
	Posttest	1 (5.0)	3 (15.0)	8 (40.0)	7 (35.0)	1 (5.0)		
¿Ha tenido dificultades en el manejo de la ostomía?	Pretest	0 (0.0)	2 (10.0)	7 (35.0)	11 (55.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90.0)		
¿Considera que su nivel de energía ha disminuido desde que tiene la ostomía?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	16 (80.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	11.0	0.058
	Posttest	0 (0.0)	3 (15.0)	6 (30.0)	11 (55.0)	0 (0.0)		
¿Siente que su ostomía le impide cumplir con las	Pretest	0 (0.0)	2 (10.0)	13 (65.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
actividades habituales?								
¿Realiza actividades deportivas después de su ostomía?	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	3 (15.0)		
	Pretest	4 (20.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (65.0)	5 (25.0)	2 (10.0)		

Nota. Se presentan los resultados del pretest y posttest en la dimensión adaptación física y autocuidado, evaluados mediante la prueba de Wilcoxon.

En la tabla 3, la dimensión adaptación física y autocuidado mostró cambios posteriores a la intervención educativa, aunque no todos alcanzaron significación estadística. En el ítem cambios en el estilo de vida luego de la cirugía, antes de la intervención predominó la categoría alto con 90.0 %, mientras que en el posttest la distribución se desplazó hacia alto y muy alto con 45.0 % cada una; la prueba de Wilcoxon indicó diferencia significativa ($W = 0.0$; $p = 0.003$). En dificultades en el manejo de la ostomía, el cambio fue marcado: el pretest presentó predominio de alto con 55.0 %, mientras que el posttest mostró muy alto con 90.0 % ($W = 0.0$; $p < 0.001$). La percepción de que la ostomía impide cumplir actividades habituales mejoró significativamente ($W = 0.0$; $p < 0.001$), al igual que la realización de actividades deportivas ($W = 0.0$; $p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas en la comodidad para realizar actividades diarias ($W = 7.0$; $p = 0.414$) ni en el nivel de energía ($W = 11.0$; $p = 0.058$).

Tabla 4

Comparación del pretest y postest en la dimensión adaptación emocional y autoconcepto según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Siente que ha sido difícil aceptar su ostomía?	Pretest	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (45.0)	11 (55.0)	0 (0.0)	0.0	0.001
	Postest	0 (0.0)	4 (20.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	0 (0.0)		
¿Ha notado cambios en su autoestima desde la cirugía?	Pretest	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (55.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	0.0	0.014
	Postest	0 (0.0)	2 (10.0)	13 (65.0)	5 (25.0)	0 (0.0)		
¿Cree que la ostomía ha afectado su autoimagen y autoestima?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	14 (70.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	3.0	0.180
	Postest	0 (0.0)	2 (10.0)	16 (80.0)	1 (5.0)	1 (5.0)		
¿Ha experimentado emociones como ansiedad, ira, tristeza, enojo o soledad?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	10 (50.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	0.0	0.014
	Postest	0 (0.0)	3 (15.0)	12 (60.0)	5 (25.0)	0 (0.0)		

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Ha tenido dificultades emocionales desde que tiene la ostomía?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	13 (65.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (40.0)	7 (35.0)	5 (25.0)		
¿Se siente optimista sobre el futuro viviendo con una ostomía?	Pretest	0 (0.0)	4 (20.0)	15 (75.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	12 (60.0)	5 (25.0)		

Nota. Se presentan los resultados del pretest y posttest en la dimensión adaptación emocional y autoconcepto, evaluados mediante la prueba de Wilcoxon.

En la tabla 4, la dimensión adaptación emocional y autoconcepto mostró una tendencia favorable entre el pretest y el posttest, con diferencias significativas en la mayoría de los ítems evaluados. En la dificultad para aceptar la ostomía, el pretest se concentró en medio (45.0 %) y alto (55.0 %), mientras que en el posttest predominó medio (60.0 %) y disminuyó alto a 20.0 % ($W = 0.0$; $p = 0.001$). En los cambios de autoestima también se observó mejoría con desplazamiento hacia respuestas menos afectadas ($W = 0.0$; $p = 0.014$). En cambio, la percepción de afectación de la autoimagen no alcanzó diferencia significativa ($W = 3.0$; $p = 0.180$). Las emociones como ansiedad, tristeza o soledad presentaron cambio significativo ($W = 0.0$; $p = 0.014$), al igual que las dificultades emocionales ($W = 0.0$;

$p < 0.001$). El optimismo frente al futuro mostró una mejoría marcada: en el posttest aumentaron alto (60.0 %) y muy alto (25.0 %) con diferencia significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). Esta dimensión evidenció avance posterior a la intervención educativa en cinco de los seis indicadores evaluados.

Tabla 5

Comparación del pretest y posttest en la dimensión adaptación social y relaciones interpersonales según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Ha afectado su ostomía la relación con su pareja?	Pretest	4 (20.0)	7 (35.0)	8 (40.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (60.0)	8 (40.0)		
¿Se siente cómodo hablando sobre su ostomía con familiares, amigos o profesionales?	Pretest	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (80.0)	4 (20.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (30.0)	10 (50.0)	4 (20.0)		
¿Se siente cómodo en actividades sociales como bodas, cumpleaños o paseos?	Pretest	0 (0.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	13 (65.0)	2 (10.0)	0.0	0.001

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Cree usted que su ostomía interfiere con su vida social?	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	7 (35.0)	10 (50.0)		
	Pretest	0 (0.0)	4 (20.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	17 (85.0)		

Nota. Se presentan los resultados del pretest y posttest en la dimensión adaptación social y relaciones interpersonales, evaluados mediante la prueba de Wilcoxon.

En la tabla 5, la dimensión adaptación social y relaciones interpersonales mostró cambios favorables en los cuatro indicadores evaluados. En la pregunta sobre si la ostomía había afectado la relación con la pareja, el pretest concentró las respuestas en bajo (35.0 %) y medio (40.0 %), mientras que el posttest mostró alto (60.0 %) y muy alto (40.0 %), con diferencia significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). La comodidad para hablar sobre la ostomía se desplazó de medio (80.0 %) hacia alto (50.0 %) y muy alto (20.0 %) en el posttest, con diferencia significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En actividades sociales, el nivel muy alto aumentó de 10.0 % a 50.0 % ($W = 0.0$; $p = 0.001$). La percepción de interferencia de la ostomía en la vida social evidenció el cambio más pronunciado: el posttest mostró muy alto con 85.0 % frente a una distribución inicial centrada en medio (60.0 %) ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En conjunto, esta dimensión evidenció mejoría posterior a la intervención en todos sus indicadores.

Tabla 6

Comparación del pretest y posttest en la dimensión conocimiento y apoyo familiar según frecuencia, porcentaje y prueba de Wilcoxon.

Pregunta	Momento	Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	W	p
¿Antes del diagnóstico había escuchado sobre la ostomía y sus cuidados?	Pretest	4 (20.0)	3 (15.0)	7 (35.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (65.0)	7 (35.0)		
¿Su entorno familiar ha cambiado después de la cirugía?	Pretest	0 (0.0)	4 (20.0)	13 (65.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0.0	< 0.001
	Posttest	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (45.0)	11 (55.0)		

Nota. Se presentan los resultados del pretest y posttest en la dimensión conocimiento y apoyo familiar, evaluados mediante la prueba de Wilcoxon.

En la tabla 6, la dimensión conocimiento y apoyo familiar mostró cambios favorables en las dos preguntas evaluadas. En el ítem referido a si antes del diagnóstico el participante había escuchado sobre la ostomía y sus cuidados, el pretest presentó distribución dispersa entre las categorías muy bajo (20.0 %), bajo (15.0 %), medio (35.0 %) y alto (30.0 %); en el posttest, las respuestas se concentraron en alto (65.0 %) y muy alto (35.0 %), con diferencia estadísticamente significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En el ítem sobre el cambio del entorno familiar, el pretest se concentró en medio (65.0 %); en el posttest, la distribución se desplazó hacia alto (45.0 %) y muy alto (55.0 %),

también con diferencia significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En términos generales, la intervención educativa favoreció una mejor comprensión de la ostomía y una percepción más positiva del apoyo familiar.

Tabla 7

Comparación del pretest y posttest por dimensiones del proceso de adaptación en pacientes ostomizados según puntaje total y prueba de Wilcoxon.

Dimensión	n	Pretest Media $\pm$ DE	Posttest Media $\pm$ DE	Mediana pretest	Mediana posttest	Diferencia media (Post – Pre)	W	p
Adaptación física y autocuidado	20	19.15 $\pm$ 3.07	23.20 $\pm$ 3.52	19.0	23.0	4.05	0.0	< 0.001
Adaptación emocional y autoconcepto	20	19.70 $\pm$ 2.74	20.25 $\pm$ 3.60	19.0	20.0	0.55	58.5	0.130
Adaptación social y relaciones interpersonales	20	12.30 $\pm$ 2.36	17.50 $\pm$ 2.04	12.0	17.5	5.20	0.0	< 0.001
Conocimiento y apoyo familiar	20	5.70 $\pm$ 1.66	8.90 $\pm$ 0.91	6.0	9.0	3.20	0.0	< 0.001

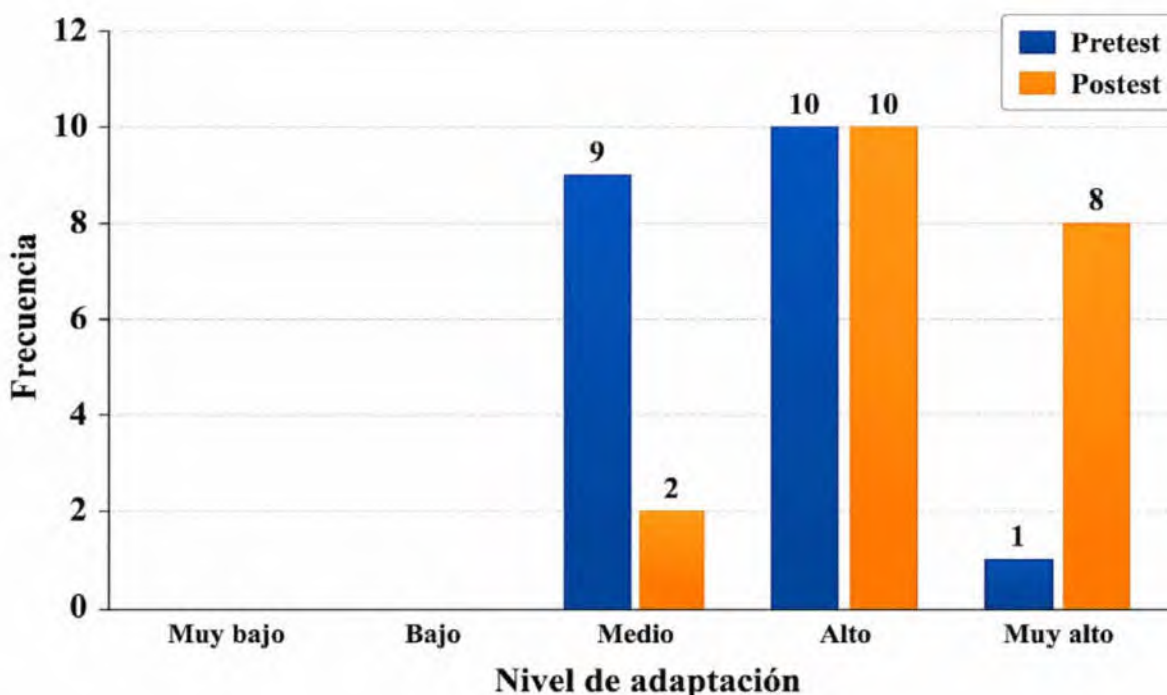
Nota. Se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar los puntajes totales del pretest y posttest por dimensión en 20 pacientes ostomizados. Un mayor puntaje indicó mejor proceso de adaptación.

La tabla 7 mostró el comportamiento de las dimensiones del proceso de adaptación entre el pretest y el posttest. En adaptación física y

autocuidado, la media aumentó de 19.15 ± 3.07 a 23.20 ± 3.52 , con diferencia significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En adaptación emocional y autoconcepto, la media pasó de 19.70 ± 2.74 a 20.25 ± 3.60 , diferencia de 0.55 puntos que no alcanzó significación estadística ($W = 58.5$; $p = 0.130$), lo que indicó que en esta dimensión la intervención no produjo un cambio suficientemente consistente. La adaptación social y relaciones interpersonales presentó el aumento promedio más alto: la media se incrementó de 12.30 ± 2.36 a 17.50 ± 2.04 , con diferencia media de 5.20 puntos ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En conocimiento y apoyo familiar, la media aumentó de 5.70 ± 1.66 a 8.90 ± 0.91 , con diferencia de 3.20 puntos y menor desviación estándar en el posttest, lo que sugirió respuestas más homogéneas ($W = 0.0$; $p < 0.001$). En síntesis, la intervención educativa mostró mejoría significativa en tres de las cuatro dimensiones.

Figura 2

Clasificación global del proceso de adaptación en el pretest y postest.



Nota. La figura presenta la distribución de los pacientes según nivel global de adaptación antes y después de la intervención educativa

La figura 2 muestra la distribución del nivel global de adaptación de los pacientes ostomizados antes y después de la intervención educativa. En el pretest, la mayor concentración se ubicó en los niveles medio con 45.0 % y alto con 50.0 %, mientras que solo 5.0 % alcanzó el nivel muy alto. No se registraron participantes en los niveles muy bajo ni bajo. En el postest, se observó un desplazamiento favorable hacia categorías superiores. El nivel medio disminuyó de 45.0 % a 10.0 %, el nivel alto se mantuvo en 50.0 % y el nivel muy alto aumentó de 5.0 % a 40.0 %. Este comportamiento indica que, después de la intervención, una proporción mayor de participantes

presentó mejor adaptación frente a la ostomía. En términos generales, la gráfica evidencia una evolución positiva del grupo, al reducirse la frecuencia en niveles intermedios y aumentar de forma visible la concentración de pacientes en el nivel más alto de adaptación.

Tabla 8

Efectividad global de la intervención educativa sobre el proceso de adaptación en pacientes ostomizados según puntaje total y prueba de Wilcoxon.

Variable	n	Pretest Media $\pm$ DE	Posttest Media $\pm$ DE	Mediana pretest	Mediana posttest	Diferencia media (Post – Pre)	W	p
Proceso de adaptación en pacientes ostomizados	20	56.85 $\pm$ 10.15	69.85 $\pm$ 10.10	56.0	69.5	13.00	0.0	< 0.001

Nota. Se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar los puntajes totales del pretest y posttest en 20 pacientes ostomizados. Un mayor puntaje indicó mejor proceso de adaptación.

La tabla 8 evidenció mejoría global del proceso de adaptación posterior a la intervención educativa.

El puntaje total medio

aumentó de 56.85 $\pm$ 10.15 en el pretest a 69.85 $\pm$ 10.10 en el posttest, con mediana de 56.0 y 69.5, respectivamente. La diferencia media de 13.00 puntos (posttest – pretest) representó un cambio favorable, dado que una puntuación más alta correspondió a un mejor proceso de adaptación. La prueba de Wilcoxon confirmó diferencia estadísticamente significativa ($W = 0.0$; $p < 0.001$). La similitud en las desviaciones estándar de ambas mediciones sugirió que la mejoría ocurrió de

manera relativamente homogénea en el grupo. En conjunto, la evidencia estadística demostró que la intervención educativa favoreció de forma positiva el proceso global de adaptación de los pacientes ostomizados, con respuesta consistente entre los participantes.

4.2 Discusión

Los resultados del presente estudio demostraron que la intervención educativa estructurada en tres módulos produjo cambios estadísticamente significativos en el proceso global de adaptación de los pacientes ostomizados atendidos en la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, con una diferencia media de 13.00 puntos entre el pretest (media 56.85 ± 10.15) y el posttest (media 69.85 ± 10.10), confirmada mediante la prueba de Wilcoxon ($W = 0.0$; $p < 0.001$). Estos hallazgos son consistentes con los reportados por Isasi Huaccalsaico (2019), cuyo programa educativo sobre cuidados de colostomía mejoró el nivel de conocimiento desde 62.12 % en el pretest hacia valores superiores tras la intervención, en un diseño metodológico-análogo al utilizarlo en el presente estudio.

En la dimensión adaptación física y autocuidado, cuatro de los seis indicadores presentaron diferencias significativas en donde el cambio más pronunciado correspondió al manejo de la ostomía, en el que el nivel muy alto pasó de 0.0 % a 90.0 % ($W = 0.0$; $p < 0.001$), y a la realización de actividades deportivas ($W = 0.0$; $p < 0.001$). Este resultado es concordante con lo reportado por Almendárez-Saavedra et al. (2015), quienes documentaron mejoras significativas en las prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados posterior a una intervención educativa de enfermería, evidenciando que la educación estructurada constituye la estrategia de mayor impacto sobre el autocuidado físico de esta población.

La dimensión adaptación emocional y autoconcepto mostró mejoría significativa en cinco de los seis ítems, con excepción de la percepción de afectación de la autoimagen ($W = 3.0$; $p = 0.180$). Este comportamiento es coherente con lo descrito por Vargas et al. (2022), quienes señalaron que la imagen corporal y el autoconcepto representan los aspectos más resistentes al cambio en pacientes ostomizados, especialmente en mujeres, y que requieren intervenciones más prolongadas o de carácter psicoterapéutico para producir modificaciones sostenidas. A nivel dimensional; sin embargo, la adaptación emocional y autoconcepto en su conjunto no alcanzó significación estadística ($W = 58.5$; $p = 0.130$), lo que sugiere que tres semanas de intervención resultan insuficientes para modificar patrones emocionales de mayor arraigo, y que el componente afectivo requiere un diseño de seguimiento extendido.

La dimensión adaptación social y relaciones interpersonales registró el mayor incremento promedio entre todas las dimensiones evaluadas (diferencia media de 5.20 puntos; $W = 0.0$; $p < 0.001$). La percepción de interferencia de la ostomía en la vida social fue el indicador con mayor desplazamiento: el nivel muy alto aumentó de 0.0 % a 85.0 % en el postest. Cardoso et al. (2023) identificaron la adaptación social como uno de los principales obstáculos de los pacientes ostomizados, lo que otorga relevancia particular a la mejoría obtenida en esta dimensión. La estrategia de mesa redonda y el grupo de WhatsApp implementados en el Módulo 2 pueden haber favorecido la construcción de redes de apoyo entre participantes, potenciando el efecto de la intervención sobre la socialización.

La dimensión conocimiento y apoyo familiar presentó cambios significativos en ambos indicadores ($W = 0.0$; $p < 0.001$ en los dos ítems), con desplazamiento completo hacia las categorías alto y muy alto en el postest. La reducción de la desviación estándar en el postest (0.91

frente a 1.66 en el pretest) indicó mayor homogeneidad en las respuestas, lo que sugiere que la información educativa fue asimilada de manera uniforme por el grupo. Estos resultados son congruentes con el objetivo del Modelo de Adaptación de Roy, que postula que el fortalecimiento de los recursos cognitivos del individuo y el apoyo del entorno familiar constituyen mecanismos facilitadores de la adaptación (Bonfill Accensi et al., 2010).

Las características sociodemográficas de la muestra — predominio de adultos mayores (70.0 % de 60 años o más), ingresos económicos bajos (50.0 % con menos de 500 balboas) y nivel educativo de secundaria (40.0 %) — permiten contextualizar los resultados. La respuesta positiva al componente educativo en una población con escolaridad media sugiere que el diseño de los módulos, que incluyó estrategias didácticas diversificadas (material audiovisual, trípticos, mesa redonda y grupo de mensajería), fue adecuado para el perfil de los participantes. No obstante, la muestra reducida ($n = 20$) y el diseño sin grupo control limitan la posibilidad de atribuir causalidad exclusiva a la intervención; variables externas como el tiempo transcurrido desde la cirugía o el apoyo familiar previo no se controlaron.

[illegible]

PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Insumos	Cantidad	Unidad	Precio unitario (B/.)	Total (B/.)
Lápices	15	Unidades	B/.0.30	B/.4.50
Bolígrafos	15	Unidades	B/.0.50	B/.7.50
Borradores	15	Unidades	B/.1.00	B/.15.00
Computadora	1	Unidad	1 200.00	B/. 1 200.00
Libreta	15	Unidades	B/.2.25	B/.33.75
Dípticos / copias	110	Unidades	B/.0.30	B/.33.00
Papel blanco	5	Resmas	B/.6.00	B/.30.00
Cámara fotográfica	1	Unidad	B/.120.00	B/.120.00
Movilización	2	Unidades	B/.200.00	B/.400.00
Impresora	1	Unidad	B/.60.00	B/.60.00
Tinta de impresora (negra)	6	Unidades	B/.20.00	B/.120.00
Tinta de impresora (color)	6	Unidades	B/.26.00	B/.156.00
Refrigerios a los pacientes	15 (6 sesiones)	Unidades	B/.6.00	B/.540.00
Costo de internet	6	Meses	B/.30.00	B/.180.00
USB	1	Unidad	B/.20.00	B/.20.00
Alquiler de proyector	3 sesiones	Unidades	B/.10.00	B/.30.00
Otros gastos imprevistos	—	—	B/.0.30	B/.300.00
TOTAL			B/. 502.35	B/.2,049.75

Nota. Financiamiento obtenido de recursos propios de la investigadora.

CONCLUSIONES

- Los pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego presentaron distribución igualitaria por sexo, predominio del grupo etario de 70 a 79 años (35.0 %), nivel educativo de secundaria (40.0 %) e ingresos menores de 500 balboas en el 50.0 %, perfil que orientó el diseño y la selección de las estrategias didácticas implementadas.
- El proceso de adaptación previo a la intervención se concentró en los niveles medio y alto, con media global de 56.85 ± 10.15 puntos. Las dimensiones con menor puntuación fueron conocimiento y apoyo familiar (5.70 ± 1.66) y adaptación social y relaciones interpersonales (12.30 ± 2.36), lo que evidenció las áreas de mayor necesidad educativa.
- Las estrategias educativas se implementaron en tres módulos temáticos: cuidados y mitos de la ostomía, entorno social, y entorno laboral y actividad física, con participación del 100.0 % de la muestra durante junio-julio de 2025. Los recursos didácticos diversificados audiovisuales, trípticos, mesa redonda y mensajería grupal favorecieron la comprensión y participación.
- La intervención educativa resultó efectiva para mejorar el proceso de adaptación: el puntaje global aumentó de 56.85 a 69.85 (diferencia de 13.00 puntos; $W = 0.0$; $p < 0.001$). Tres dimensiones mostraron mejoría significativa: adaptación física y autocuidado, adaptación social y relaciones interpersonales, y conocimiento y apoyo familiar.

RECOMENDACIONES

- Caracterizar periódicamente el perfil sociodemográfico y educativo de los pacientes ostomizados del programa, con el fin de actualizar las estrategias didácticas conforme a las necesidades específicas de cada grupo. Se recomienda incorporar materiales con lenguaje sencillo y pictográfico para participantes con nivel educativo de primaria, y sesiones diferenciadas según grupo etario.
- Aplicar el instrumento de evaluación del proceso de adaptación como tamizaje inicial en todo paciente que ingrese al programa de ostomizados, con el fin de identificar las dimensiones con menor puntuación y priorizar las intervenciones educativas hacia conocimiento y apoyo familiar y adaptación social, áreas con mayor déficit al inicio del presente estudio.
- Institucionalizar los tres módulos educativos como protocolo estándar de atención en el programa de ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. Se recomienda mantener la diversidad de recursos didácticos y evaluar la incorporación de plataformas digitales accesibles para reforzar los contenidos entre sesiones presenciales.
- Replicar la intervención educativa en otras unidades de la Caja de Seguro Social con programas de ostomizados activos, incorporando un grupo control para fortalecer la validez interna. Se recomienda diseñar un componente específico para la dimensión emocional y autoconcepto, que no alcanzó significación estadística en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almendárez-Saavedra, J. A., Landeros-López, M., Hernández-Castañón, M. A., Galarza-Maya, Y., y Guerrero-Hernández, M. T. (2015). Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(2), 91-98.
<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59842Test>
- Bernal-García MI. (2018). *Validez de contenido por juicio de expertos de un*. GoogleDocs.https://docs.google.com/document/d/1VXXpRswQ4BMcY1qyxbUU_PWB4x5A_L82LrH2Zt1SIhc/edit?usp=drive_web&ouid=111421208894136949234&usp=embed_facebook
- Bonfill Accensi, E., Lleixa Fortuño, M., Sáez Vay, F., y Romaguera Genís, S. (2010). Estrés en los cuidados: Una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113212962010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Calidad de vida en personas portadoras de una ostomía digestiva. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(3), Article 3. <https://doi.org/10.22463/17949831.1721>
- Cardoso, A. D., Sousa, B. L. P. de, Santos, G. N. V. dos, Santos, G. N. V. dos, Silva, G. C. da, Lima, J. P. da S., Figueira, S. A. da S., y Freitas, J. J. da S. (2023). Entraves no autocuidado de pacientes ostomizados. *Peer Review*, 5(19), Article 19. <https://doi.org/10.53660/954.prw2534>
- Consejo General de Enfermeras (CDE). (2022). El CGE recuerda la importancia de la

enfermera estomaterapeuta que consigue rebajar el coste sanitario que tiene un paciente con una ostomía hasta en un 48%. *Nota de prensa, departamento de enfermería*, 3.

Dávila Valle, M. F., y Jaramillo Jácome, K. V. (2019). El autocuidado en pacientes ostomizados. *Horizontes de Enfermería*, 9, 41.
<https://doi.org/10.32645/13906984.830>

Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. (2014).
<https://dicciomed.usal.es/bibliografia>

Garcia, S., Marín, Z., y Neira, L. (2022). *Intervenciones de Enfermería en Pacientes Ostomizados* [Revisión bibliográfica, Universidad Cooperativa de Colombia].
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/67736a0f-c429-4e1f-a7e3-c847b1b14877/content>

Hernández Fernández, F. (2011). *Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado—PDF Free Download*.
<https://docplayer.es/44804256-Impacto-de-un-plan-de-intervencion-educativa-en-la-calidad-de-vida-del-pacienteostomizado.html>

Hernández, L., Santafosta Alonso, S., y Jiménez, P. (2016). *Proyecto para la mejora de la calidad de vida de las personas ostomizados*. Madrid más salud.
<https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/0c5726d8-34d8-4116-bb821f75d36b307b/0332EE75-4321-48F8-82AD-41BFE11155C9/ee4cae8-6cc7-4063-9e3d-d8ae30ed41e9/ee4cae86cc7-4063-9e3d-d8ae30ed41e9.pdf>

Instituto español de investigación enfermera (IEIE) y Consejo general de enfermería de

- España (CDE). (2022). *Marco de actuación de la Enfermera/o Experta/o en Cuidados Estomaterapéuticos de las Personas Ostomizados, Familiares y/o Cuidadores*. Coloplast.
<https://www.colegioenfermeriahuesca.org/wpcontent/uploads/2022/07/marco-actuacion-estomaterapeuticos-marzo-2022.pdf>.
- Isasi Huaccalsaico, W. L. (2019). Eficacia de un programa educativo sobre cuidados de colostomía a pacientes en el servicio de cirugía del hospital nacional guillermo almenara irigoyen- 2018. *Universidad Nacional Federico Villarreal*.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2888>
- López Azcunaga, A. (2019). *Estudio del desempeño ocupacional para la promoción de la salud en personas que tienen una ostomía digestiva permanente* [Trabajo fin de grado, Universidad de La Coruña]. RUC.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24729/LopezAzcunaga_Aaron_TFG_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Om, H. T., Aleman G., y Sanchez, P. (2019). Adaptación del paciente ostomizado: Proceso derivado de la atención del profesional de Enfermería. *Cultura del cuidado*, 16(1), Article1. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5847>
- Polanco Contreras, J. A. (2015). La persona discreta—Antropología de la vida con una ostomía. *instname:Universidad de los Andes*.
<https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/7659>
- Rico, C. L. V., González, L. A. L., Suarez, L. M. G., Murillo, D. O., y Peláez, L. V. R. (2019).
- Serrano, D. F. C., Martínez, D. M. A., y Cañete, D. A. Á. (2022). *Evolución histórica de la ostomatología y el rol de enfermería especializada en estomaterapia*. SEECir

Digital, 13(1), 1–12.

- Silva, A. L., y Shimizu, H. E. (2006). El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 483-490. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400003>
- Tobón Correa, O. (2003). El Autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia promoc. salud*, 37-49. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Vargas, C. M., López, K. K., Maulen, A. J., Bustos, J. P., Valladares, A. N., y Venegas, T. M. (2022). Rol de enfermería en el proceso de adaptación y autopercepción en pacientes ostomizados. *Notas de Enfermería*, 31-35. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v.n.38822>
- Zapata, E. T. (2019). *Intervención de un Programa Educativo sobre cuidados de ostomías digestivas y el desarrollo de habilidades en los adultos mayores de una institución de Rosario* [Trabajo fin de grado]. Universidad Nacional de Rosario.

ANEXOS

Anexo 1 Nota de aprobación de comité de ética



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)**

Panamá, 26 de junio de 2025
Nota N° CBUP/123/2025

Doctora
Diva de Agudo
Profesora asesora
Estudiante
Cinthia L. Cedeño
Maestría en Atención Primaria en Salud
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá

Respetadas Profesora y Estudiante,

Los miembros del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, en su reunión ordinaria del 5 de diciembre del 2024, revisaron el protocolo correspondiente a la investigación: **Intervención Educativa Para el Proceso de Adaptación, en Pacientes Ostomizados, Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego, Herrera, Panamá, julio-agosto, 2025**, con solicitud de modificaciones mínimas, mismas que fueron subsanadas y aprobadas con la versión 3 del consentimiento informado, el instrumento así como el material educativo, aportados por la estudiante al 25 junio de 2025.

Se solicita notificar sobre la actualización del tiempo y año en el título, en RESEGIS, en un período no mayor de 15 días, para que se proceda con la actualización del título en dicha plataforma. Además, debe notificar en la Dirección de Postgrado, dicho cambio.

Aprovechamos la oportunidad para informarle que, una vez aprobado el estudio, éste no podrá ser modificado durante su ejecución, ya que ello representaría el incumplimiento de los principios de la bioética. En el caso de requerir modificaciones, deberá solicitarse la aprobación de una enmienda o adenda de su protocolo.



2025: "Conmemorando el XC Aniversario de la Universidad de Panamá"

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 523-5769 Correo electrónico: comitebioetica.invup@up.ac.pa

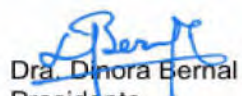




**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)**

Le recordamos que deberá entregar informes de progreso conforme avance la ejecución de su investigación, hasta que culmine. Luego de lo cual debe entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente


Dra. Dinora Bernal
Presidente
CBUP

CC.: Doctor **Carlos Ramos**
Director de Postgrado
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Cc Magíster **Juliana Benoit**
Comisión Académica
Facultad de Enfermería

Anexo 2 Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

Investigadora principal: ***Cinthia L. Cedeño R.***

Correo electrónico: cinthiacedeno223@gmail.com

Teléfono del Comité de Bioética (CBUP): (507) 523-57-69

Correo CBUP: comitebioetica.invup@up.ac.pa

Estimado/a señor/a:

Usted se ha invitado/a, a participar en el estudio sobre adaptación de pacientes ostomizados en la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. Este estudio está dirigido a personas que han tenido una ostomía, es decir, una cirugía con una abertura artificial en el cuerpo para eliminar desechos y permitir su recolección en una bolsita externa. El propósito del estudio es brindar apoyo educativo para que los participantes puedan adaptarse mejor a su nueva condición de salud. Esto incluye materiales educativos como trípticos, videos y charlas. Los estudios de investigación incluyen únicamente a las personas que deciden participar voluntariamente. Este documento se denomina consentimiento informado. Por favor, lea cuidadosamente esta información antes de tomar su decisión y siéntase con libertad de consultar a la investigadora encargada si tiene dudas sobre algún aspecto del documento.

Objetivo de la intervención

Ofrecer a los pacientes ostomizados herramientas educativas que les permitan comprender el proceso de adaptación a la ostomía, facilitando conocimientos prácticos y emocionales para que adquieran mayor confianza y seguridad frente a los cambios que esta condición puede generar en su vida diaria.

Procedimiento de la intervención

Si usted decide participar, el proceso se llevará a cabo durante los meses de junio a julio de 2025 e iniciará de la siguiente manera: después del primer contacto, se le explicará en qué consiste el programa, que consta de 6 sesiones educativas distribuidas en 3 módulos. Cada módulo incluirá dos sesiones (una virtual y una presencial), realizadas los lunes y jueves de 10:00 a. m. a 10:45 a. m., con una duración aproximada de 45 minutos. La intervención se llevará a cabo en el salón de conferencias de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego.

Al participar en este estudio, primero se le solicitará que resuelva una prueba (pretest) para evaluar su nivel de adaptación a la ostomía. Posteriormente, tomará dos sesiones sobre cuidados de la ostomía y mitos y realidades. En el segundo módulo se abordará cómo la ostomía afecta la vida social del paciente. En el tercer módulo se discutirá su influencia en el entorno familiar, laboral y las relaciones interpersonales. Al finalizar, se aplicará una prueba (postest) para medir el avance en la adaptación.

Se le informará con antelación sobre las fechas de cada sesión, para que pueda organizar su tiempo y determinar su disponibilidad.

Número total de participantes

El proyecto de intervención educativa estará conformado por 20 pacientes pertenecientes al programa de ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, ubicada en Chitré, provincia de Herrera, y que han manifestado disponibilidad para participar en las sesiones educativas.

Beneficios

Los participantes aprenderán sobre el proceso de adaptación a la ostomía, lo que les ayudará a manejar los cambios físicos, emocionales y sociales derivados de la condición. Recibirán información y consejos prácticos para mejorar su calidad de vida y bienestar.

Riesgos

Este estudio se clasifica en la categoría de riesgo mínimo. Esto significa que los riesgos asociados son similares a los que el participante enfrenta en su vida cotidiana. No existen riesgos adicionales para quienes participen en este estudio.

Compensación

Los participantes no recibirán compensación económica alguna por su participación en este estudio.

Privacidad y confidencialidad

Su participación en este estudio es estrictamente confidencial. La investigadora principal utilizará el instrumento de recolección de información sin anotar datos personales identificables, y se asignará un código único para proteger su privacidad. Las respuestas serán confidenciales y los documentos se conservarán durante cinco (5) años en un archivador bajo llave, ubicado en la oficina de posgrado de Enfermería del Centro Regional Universitario de Azuero. Solo las investigadoras principales tendrán acceso a dichos

documentos. Al concluir este período, los datos serán destruidos de forma confidencial mediante trituradora de papel. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se presenten en conferencias, no se incluirá información que permita identificar al participante.

Participación voluntaria y retiro

Su participación es completamente voluntaria. No debe sentir ninguna presión para formar parte de este estudio. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, podrá retirarse en cualquier momento o dejar de responder cualquier pregunta, sin enfrentar consecuencia alguna por parte de la investigadora.

Consultas, preocupaciones y quejas

Si durante el desarrollo de las sesiones o con posterioridad a ellas tiene alguna duda, puede contactar a la investigadora principal: Licenciada Cinthia Cedeño, al teléfono 6244-3636 o al correo electrónico cinthiacedeno223@gmail.com.

Si desea consultar con alguien ajeno al equipo de investigación, puede comunicarse con el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP), Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira, teléfono (507) 523-57-69, correo: comitebioetica.invup@up.ac.pa.

Consentimiento para participar en este estudio de investigación

Si ha decidido participar en este estudio y considera verdaderas las siguientes afirmaciones, por favor firme el formulario:

"Libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio."

Entiendo que al firmar este formulario acepto participar en la investigación y declaro haber

recibido una copia del mismo.

_____	_____
Firma del/la participante	Nombre legible
Fecha: _____	Hora: _____

_____	_____
Firma del/la testigo	Nombre legible
Parentesco: _____	Fecha: _____

Declaración de la persona que obtiene el consentimiento informado

He explicado detalladamente a la persona que decide participar en el estudio lo que puede esperar de su participación. Por medio de la presente certifico que, al momento de firmar este formulario, la persona ha comprendido:

- De qué trata el estudio.
- Cuál es el procedimiento del mismo.
- Que no existe otro beneficio más que contribuir al conocimiento sobre el tema de estudio.
- Que es un estudio de riesgo mínimo.

Puedo confirmar que el/la participante habla, lee y entiende el idioma español y ha recibido una copia del formulario de consentimiento informado. El/La participante pudo leer y comprender este documento o, en su defecto, fue capaz de escuchar y entender su contenido cuando le fue leído en presencia de un testigo. El/La participante no presenta

dificultades médicas o psicológicas que comprometan su comprensión ni se encuentra bajo efectos de anestesia o analgésicos que puedan afectar su juicio. Por consiguiente, se considera competente para otorgar su consentimiento informado de manera legalmente válida.

**Firma de la persona autorizada que
obtiene el consentimiento**

Nombre legible

**Nombre legible de la persona
autorizada**

Nombre legible

Fecha: _____

Hora: _____

Anexo 3 Instrumento de recolección de la información

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

Buenos días. Mi nombre es Cinthia Cedeño y soy estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en Atención Primaria en Salud. El siguiente instrumento está dirigido a los pacientes del programa de ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego, con el propósito de analizar la efectividad de las estrategias educativas para favorecer la adaptación de los pacientes ostomizados.

Su participación es completamente voluntaria y la información proporcionada será tratada de manera confidencial y utilizada únicamente con fines académicos e investigativos.

Fecha: _____	Código: _____
---------------------	----------------------

I. Aspectos sociodemográficos y educativos

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas y complete los espacios correspondientes. En las preguntas 1.2, 1.3 y 1.4, marque con una equis (X) la opción que corresponda. Esta información es de carácter confidencial.

Preguntas	Opciones de respuesta
1.1 Edad	[] años cumplidos
1.2 Sexo	[] Masculino [] Femenino
1.3 Nivel educativo	[] Primaria [] Secundaria [] Universidad
1.4 Ingreso económico (mensual)	[] < B/. 500 [] B/. 501 a 1 000 [] > B/. 1 001

II. Proceso de adaptación de los pacientes ostomizados

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones relacionadas con su proceso de adaptación a la ostomía. Por favor, marque con una equis (X) el nivel que mejor describa su situación.

Ítems	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
1. Ha experimentado cambios en su estilo de vida luego de la cirugía.					
2. Siente que ha sido difícil aceptar su ostomía.					
3. Se siente cómodo al realizar las actividades diarias con su ostomía.					

Ítems	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
4. Anterior a su diagnóstico había escuchado sobre la ostomía y sus cuidados.					
5. Ha notado cambios en su autoestima desde la cirugía.					
6. Cree que la ostomía ha afectado su autoimagen y autoestima.					
7. Ha experimentado emociones tales como: ansiedad, ira, tristeza, enojo o soledad.					
8. Ha tenido dificultades emocionales desde que tiene la ostomía.					
9. Ha afectado su ostomía la relación con su pareja.					
10. Ha tenido dificultades en el manejo de la ostomía.					
11. Considera que su nivel de					

Ítems	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
energía ha disminuido desde que tiene la ostomía.					
12. Se siente cómodo hablando sobre su ostomía con familiares, amigos o profesionales de la salud.					
13. Siente que su ostomía le impide cumplir con las actividades habituales.					
14. Realiza actividades deportivas después de su ostomía.					
15. Se siente cómodo en actividades sociales como bodas, cumpleaños o paseos.					
16. Su entorno familiar ha cambiado después de la cirugía.					
17. Cree usted que su ostomía interfiere con su vida social.					
18. Se siente optimista sobre el					

Ítems	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
futuro viviendo con una ostomía.					

Nota. Escala de calificación: Muy bajo (≤ 18) · Bajo (19–36) · Medio (37–54) · Alto (55–72) · Muy alto (73–90).

Anexo 4 Validación de instrumento

1. FLEISS KAPPA – SUFICIENCIA

Overall Kappa

	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	0.600	0.083	7.197	0.000	0.436	0.763

Kappas for Individual Categories

Rating Category	Conditional Probability	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
3	0.696	0.600	0.083	7.197	0.000	0.436	0.763
4	0.904	0.600	0.083	7.197	0.000	0.436	0.763

2. FLEISS KAPPA – COHERENCIA

Overall Kappa

	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	0.904	0.065	14.011	0.000	0.778	1.031

Kappas for Individual Categories

Rating Category	Conditional Probability	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
3	0.926	0.994	0.065	14.011	0.000	0.778	1.031
4	0.978	0.904	0.065	14.011	0.000	0.778	1.031

3. FLEISS KAPPA – CLARIDAD

Overall Kappa

	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	0.817	0.065	12.655	0.000	0.690	0.943

Kappas for Individual Categories

Rating Category	Conditional Probability	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
3	0.881	0.817	0.065	12.655	0.000	0.690	0.943
4	0.936	0.817	0.065	12.655	0.000	0.690	0.943

4. FLEISS KAPPA – RELEVANCIA

Overall Kappa

	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	0.922	0.065	14.281	0.000	0.795	1.048

Kappas for Individual Categories

Rating Category	Conditional Probability	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
3	0.946	0.922	0.065	14.281	0.000	0.795	1.048
4	0.976	0.922	0.065	14.281	0.000	0.795	1.048

Interpretación de Kappa (Landis y Koch, 1977)

< 0.00

Pobre

0.00 – 0.20

Leve

0.21 – 0.40

Aceptable

0.41 – 0.60

Moderada

0.61 – 0.80

Sustancial

0.81 – 1.00

Casi perfecta

Nota: Resultados obtenidos mediante el coeficiente Kappa de Fleiss para la validación por juicio de expertos.

Anexo 5 Programación de las actividades educativas

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
PROPUESTA EDUCATIVA

Módulo 1: Cuidados de la ostomía, mitos y realidades

Duración: Una semana. **Tiempo de las sesiones:** 45 minutos por sesión. **Fecha:** 30 de junio y 3 de julio de 2025.

Lugar: Auditorio de Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Persona responsable:** Lic. Cinthia Cedeño.

Beneficiarios: Pacientes ostomizados — Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Corregimiento:** Chitré.

Objetivo general: Brindar conocimientos sobre la ostomía, sus cuidados y aclarar mitos para mejorar el autocuidado de los pacientes.

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
Sesión 1 (30 jun. 2025): "¿Qué es la ostomía y cuáles son sus cuidados?"	Analizar qué es una ostomía y cuáles son los cuidados básicos de la misma.	– Presentación del proyecto de intervención. – Definición de ostomía.	1. Elaboración de un grupo de WhatsApp. 2. Entrega de material didáctico (tríptico) sobre la ostomía y sus cuidados.	<i>Almendárez-Saavedra et al. (2015). Práctica del autocuidado en pacientes</i>

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
		– Presentación de los cuidados básicos de la ostomía.		<i>ostomizados.</i>
Sesión 2 (3 jul. 2025): "Mitos y realidades de la ostomía"	Mencionar cuáles son los mitos y realidades de una ostomía.	– Elaboración de una lista sobre los mitos frecuentes a los que se enfrentan los pacientes ostomizados.	Técnica: interrogativa y expositiva. Lista de mitos y realidades frecuentes. Material: celular (grupo de WhatsApp).	<i>Tobón Correa, O. (2003). "El autocuidado, una habilidad para vivir."</i>

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
PROPUESTA EDUCATIVA

Módulo 2: El ostomizado y su entorno social

Duración: Una semana. **Tiempo de las sesiones:** 45 minutos por sesión. **Fecha:** 7 y 10 de julio de 2025.
Lugar: Auditorio de Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Persona responsable:** Lic. Cinthia Cedeño.
Beneficiarios: Pacientes ostomizados — Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Corregimiento:** Chitré

Objetivo general: Promover la adaptación social y el bienestar de los pacientes ostomizados.

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
Sesión 3 (7 jul. 2025): "El ostomizado y su ambiente social"	Promover un entorno social amigable entre los participantes.	– Efecto que tiene la ostomía en el ambiente social del paciente.	Mesa redonda de debate. Cada participante expondrá sus experiencias en relación con su ambiente social	<i>Martínez Altava et al. (2018). Calidad de vida y satisfacción en pacientes ostomizados. SEECir Digital, 9, 9-13.</i>

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
			posterior a la ostomía.	
Sesión 4 (10 jul. 2025): "Estilo de vida de un paciente ostomizado"	Promover estilos de vida saludables para los pacientes ostomizados.	– Video educativo sobre el estilo de vida de un paciente ostomizado.	Material audiovisual (video) sobre estilos de vida del paciente ostomizado. Transmisión mediante Meet.	<i>Video educativo: Estilo de vida del paciente ostomizado. Recuperado de https://youtu.be/13ya3RquYP4</i>

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
PROPUESTA EDUCATIVA

Módulo 3: Entorno familiar, laboral y relaciones interpersonales del paciente ostomizado

Duración: Una semana. **Tiempo de las sesiones:** 45 minutos por sesión. **Fecha:** 14 y 17 de julio de 2025.

Lugar: Auditorio de Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Persona responsable:** Lic. Cinthia Cedeño

Beneficiarios: Pacientes ostomizados — Policlínica Dr. Roberto Ramírez De Diego. **Corregimiento:** Chitré.

Objetivo general: Apoyar la adaptación social y física de los pacientes ostomizados mediante actividades educativas y recreativas.

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
Sesión 5 (14 jul. 2025): "Entorno laboral y relaciones interpersonales del ostomizado"	Determinar la importancia de las buenas relaciones interpersonales y el ambiente laboral en el paciente ostomizado.	– Definición del concepto de relaciones interpersonales. – Estrategias para mejorar las relaciones interpersonales y	Técnica: charla sobre entorno laboral y relaciones interpersonales. Material: equipo multimedia y computadora.	<i>Silva y Shimizu (2006). El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía</i>

Sesión	Objetivos específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias bibliográficas
		laborales.		<i>intestinal definitiva.</i>
Sesión 6 (17 jul. 2025): "Importancia de la actividad física y recreativa en un paciente ostomizado"	Realizar actividades físicas acordes a las posibilidades del paciente para establecer un ambiente agradable y cómodo.	– Actividades físicas y educativas al aire libre.	1. Taller recreativo al aire libre. 2. Charla sobre salud sexual del paciente ostomizado a cargo de enfermería. 3. Testimonio de paciente ostomizado sobre su experiencia posquirúrgica.	

Anexo 6 Evaluación de la intervención y resultados obtenidos

Necesidades identificadas	Ejecución de las acciones	Fecha de realización	Evaluación formativa	Evaluación sumativa
Falta de orientación sobre la ostomía y sus cuidados	Aplicar pretest para determinar el nivel de adaptación a la ostomía.	30 de junio de 2025	Evaluar el conocimiento respecto a la adaptación de los pacientes ostomizados.	Aplicación del pretest.
	Actividad 1: capacitación sobre la ostomía y sus cuidados; entrega de material didáctico. Elaboración de un grupo de WhatsApp para compartir conocimientos, experiencias y material educativo.	30 de junio de 2025	Los pacientes ostomizados conocerán el manejo y los cuidados básicos de la ostomía.	Postest de adaptación: • Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72) • Muy alto (73–90)
	Actividad 2: aclaración sobre mitos y realidades de la ostomía mediante tríptico enviado al grupo de WhatsApp.	3 de julio de 2025	Luego de la orientación sobre mitos y realidades, se realizará resolución de interrogantes que surjan.	Postest de adaptación: • Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72)

Necesidades identificadas	Ejecución de las acciones	Fecha de realización	Evaluación formativa	Evaluación sumativa
				• Muy alto (73–90)
Dificultades para el manejo e integración al entorno social	Actividad 3: mesa redonda donde los participantes compartirán sus experiencias y los cambios en el ambiente social tras la ostomía.	7 de julio de 2025	Los pacientes serán capaces de expresar sus experiencias, dudas y temores en su entorno social.	Los pacientes serán capaces de expresar sus experiencias, dudas y temores en su entorno social.
	Actividad 4: capacitación sobre estilos de vida saludable mediante material audiovisual (video).	10 de julio de 2025	Evaluar mediante preguntas y respuestas el conocimiento adquirido.	Postest de adaptación: • Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72) • Muy alto (73–90)
Deficiencia en el manejo de las relaciones interpersonales, laborales y familiares	Actividad 5: capacitación sobre estrategias para mejorar las relaciones interpersonales, familiares y laborales.	14 de julio de 2025	Los pacientes conocerán estrategias que facilitarán y mejorarán sus relaciones interpersonales y laborales.	Postest de adaptación: • Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72)

Necesidades identificadas	Ejecución de las acciones	Fecha de realización	Evaluación formativa	Evaluación sumativa
				• Muy alto (73–90)
	Actividad 6: actividad recreativa en la que se promoverán las relaciones familiares y sociales, así como la actividad física.	17 de julio de 2025	Los pacientes participarán activamente en las actividades recreativas y fortalecerán su relación con los demás.	Posttest de adaptación: • Muy bajo (≤ 18) • Bajo (19–36) • Medio (37–54) • Alto (55–72) • Muy alto (73–90)

Nota. Elaboración propia. Fechas ajustadas conforme a la aprobación del Comité de Bioética (26 de junio de 2025).

Anexo 7 Plan de intervención del proyecto

Etapa	Actividades de enfermería	Semana 1 (30 jun – 4 jul)		Semana 2 (7 – 11 jul)		Semana 3 (14 – 18 jul)		Semana 4 (21 – 25 jul)	
		30 jun	3 jul	7 jul	10 jul	14 jul	17 jul	21 jul	24 jul
Etapa de planificación	Coordinación con los directivos de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego.	✓							
	Divulgación de las actividades educativas.	✓							
	Convocar a la población de estudio.	✓							
	Aplicación del pretest, previo consentimiento informado.	✓							
	Evaluación del pretest.	✓							
	Elaboración del material educativo (tríptico, charlas, videos).	✓							
	Comunicación previa con el grupo sobre el abordaje.	✓							
	Aplicación de las estrategias didácticas educativas.								
Etapa de	Módulo 1 — Sesión 1: "Ostomía y	✓							

Etapa	Actividades de enfermería	Semana 1 (30 jun – 4 jul)		Semana 2 (7 – 11 jul)		Semana 3 (14 – 18 jul)		Semana 4 (21 – 25 jul)	
		30 jun	3 jul	7 jul	10 jul	14 jul	17 jul	21 jul	24 jul
ejecución	sus cuidados" (30 jun. 2025)								
	Sesión 2: "Mitos y realidades de la ostomía" (3 jul. 2025)		✓						
	Módulo 2 — Sesión 3: "El ostomizado y su ambiente social" (7 jul. 2025)			✓					
	Sesión 4: "Estilos de vida de un paciente ostomizado" (10 jul. 2025)				✓				
	Módulo 3 — Sesión 5: "Entorno familiar, laboral y relaciones interpersonales" (14 jul. 2025)					✓			
	Sesión 6: "Importancia de la actividad física y recreativa" (17 jul. 2025)						✓		
Etapa de evaluación	Aplicación del instrumento de postest.							✓	
	Despedida y agradecimiento.								✓

Nota. Elaboración propia basada en la planificación de la investigadora Cinthia Cedeño. Cronograma ajustado a partir de la aprobación del Comité de Bioética del 26 de junio de 2025.

Anexo 8 Material Educativo

MITOS



La ostomía es permanente

FALSO.

En muchos casos puede ser temporal.



La ostomía huele, por lo que no puede salir a realizar sus actividades diarias.

FALSO.

Con un buen cuidado y los productos adecuados, no hay olor. Puedes llevar una vida normal.



La ostomía no me permite realizar ejercicios

FALSO.

Puedes hacer ejercicio. Escucha a tu cuerpo y consulta a tu profesional de salud.



“Ostomizado informado bienestar asegurado”



Con información, apoyo y cuidado, puedes vivir plenamente.

No estás solo.



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD



Elaborado por: Cinthia Cedeño

Mitos y realidades de la ostomía

Verdades de una ostomía

- > La ostomía no es el final, es el principio de una nueva vida.
- > Una ostomía no es la patología es la solución a una enfermedad.
- > Evita la deshidratación, ingiere mucha agua.
- > La bolsa salva vida.
- > Puedes tener una vida sexual y sentimental plena.
- > Puedes viajar y divertirte



La ostomía no es una enfermedad es la solución a una patología, con la cual puedes realizar todas las actividades diarias.



REALIDADES

- ✓ Una ostomía puede ser permanente pero también temporal (para solucionar una situación temporal)
- ✓ La bolsa de ostomía es hermetica por lo que no huele.
- ✓ Se pueden realizar actividades físicas como nadar y hacer ejercicios, la bolsa no se despegas y no se llena de agua

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
FORMATO DE CHARLA

Expositor:	Lic. Cinthia Cedeño
Tema:	Entorno laboral y relaciones interpersonales de los pacientes ostomizados.
Dirigido a:	Pacientes ostomizados de la Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego.
Objetivo general:	Desarrollar estrategias para facilitar un entorno laboral favorable y las relaciones interpersonales en los pacientes ostomizados.

Objetivos específicos	Contenido	Metodología	Bibliografía
• Definir entorno familiar y relaciones interpersonales. • Establecer estrategias para mejorar la adaptación del	• Definición de conceptos: entorno laboral y relaciones interpersonales. • Identificación de la problemática sobre las dificultades del paciente	Charla mediante presentación en PowerPoint.	<i>Silva, D., y Shimizu, H. E. (2006). El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía</i>

Objetivos específicos	Contenido	Metodología	Bibliografía
paciente ostomizado al entorno laboral.	ostomizado para regresar a su entorno laboral y mantener relaciones interpersonales.		<i>intestinal definitiva.</i>
• Identificar estrategias que favorezcan las buenas relaciones interpersonales de los pacientes ostomizados.	• Presentación de estrategias que facilitan la adaptación del paciente ostomizado en su ambiente laboral y relaciones interpersonales.		

Nota. Elaboración propia. Sesión 5, Módulo 3. Fecha de ejecución: 14 de julio de 2025.



VIDEO

Video didáctico cuyo nombre es estilo de vida del paciente ostomizado en [youtube](https://youtu.be/13ya3RquYP4?si=jw4c6p-8o4iale0y), en el cual se les indica cuales son todas las causas consecuencias, el cambio que genera el procedimiento y cuáles son las actividades diarias del paciente y sus recomendaciones, los cambios de vida en su entorno social y familiar.



<https://youtu.be/13ya3RquYP4?si=jw4c6p-8o4iale0y>



ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE OSTOMIZADO



ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE OSTOMIZADO

Anexo 9 Nota de la profesora de español

La Chorrera, 6 de julio de 2026

Señores

Universidad Nacional de Panamá

Presente

Asunto: Constancia de revisión del trabajo final de maestría

Por medio de la presente, hago constar que el Trabajo Final para optar al título de Maestría en Atención Primaria en Salud fue revisado por la profesora especialista en el área de Español, quien verificó la redacción, ortografía, gramática, sintaxis y demás aspectos relacionados con el uso correcto del idioma.

Como resultado de dicha revisión, se confirma que el documento cumple adecuadamente con los requisitos de presentación y las normas de escritura exigidas para este tipo de trabajo académico.

La presente certificación se expide para los fines académicos que correspondan.

Sin otro particular, agradezco la atención brindada y quedo a su disposición para cualquier información adicional.

Atentamente,



Profesora María M Rodríguez C de Espinosa

Cédula: 7- 109-114

Anexo 10 Certificado de la profesora de español



Anexo 11 Cédula de la profesora de español

