

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON
COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA ADSCRITOS AL HGR CON UMF No220 GRAL.
VICENTE VILLADA DE ENERO A JUNIO DE 2013”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA. ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. ALFREDO HERNÁNDEZ OLIVARES**

**DIRECTORA DE TESIS
E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

REVISORES DE TESIS

**M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

TOLUCA, MÉXICO.

2013

**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON
COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA ADSCRITOS AL HGR CON UMF No 220 GRAL.
VICENTE VILLADA DE ENERO A JUNIO DE 2013”**

ÍNDICE

CAPÍTULO	PAGIN A
I. Marco teórico	1
I.1 Familia.....	1
I.1.2 Subsistema conyugal.....	2
I.1.3 Disfunción conyugal.....	4
I.2 Calidad de vida.....	6
I.2.1 Instrumentos para medir la calidad de vida.....	8
I.2.2 Calidad de vida relacionada a la salud.....	8
I.2.3 Calidad de vida en pacientes osteomizados.....	10
I.3 Estoma.....	11
I.3.1 Historia.....	11
I.3.2 Epidemiología.....	11
I.3.3 Clasificación.....	12
I.3.4 Colostomía.....	12
I.3.4.1 Tipos de colostomía.....	13
I.3.5 Ileostomía.....	13
I.3.6 Complicaciones.....	14
I.3.7 Cuidados de las colostomías e ileostomías.....	15
I.3.8 Nutrición en el paciente ostomizado.....	15
I.3.9 Dispositivos para estomas.....	16
I.3.9.1 Equipos de una pieza.....	16
I.3.9.2 Equipos de dos piezas.....	16
II. Planteamiento del problema	17
II.1 Argumentación.....	17
II.2 Pregunta de investigación.....	17
III. Justificación	18
III.1 Epidemiológica.....	18
III.2 Económica.....	18
III.3 Familiar.....	18
IV. Hipótesis	19
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	19
IV.1.1 Unidades de observación.....	19
IV.1.2 Variables.....	19
IV.1.2.1 Dependientes.....	19
IV.1.2.2 Independientes.....	19
V. Objetivos	20
V.1 General.....	20
V.2 Específicos.....	20

VI. Método	21
VI.1 Tipo de estudio.....	21
VI.2 Diseño de estudio.....	21
VI.3 Operacionalización de variables.....	22
VI.4 Universo de trabajo.....	24
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	24
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	24
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	24
VI.5 Instrumento de investigación.....	25
VI.5.1 Descripción de la escala de evaluación del subsistema conyugal de Olson.....	25
VI.5.1.2 Validación de la escala de evaluación del subsistema conyugal de Olson.....	26
VI.5.1.3 Aplicación de la escala de evaluación del subsistema conyugal de Olson.....	26
VI.5.1.1 Descripción del cuestionario de Montreux de calidad de vida en pacientes con estomas.....	27
VI.5.1.1.2 Validación del cuestionario de Montreux de calidad de vida en pacientes con estomas.....	27
VI.5.1.1.3 Aplicación del cuestionario de Montreux de calidad de vida en pacientes con estomas.....	27
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	28
VI.7 Limite del espacio.....	28
VI.8 Limite del tiempo.....	28
VI.9 Diseño de análisis.....	28
VII. Implicaciones éticas	29
VIII. Análisis de Resultados	30
IX. Cuadros y gráficas	32
X. Discusión	40
XI. Conclusiones	41
XII. Sugerencias y Recomendaciones	42
XIII. Bibliografía	43
XIV. Anexos	45

AGRADECIMIENTOS:

SIEMPRE A **DIOS** POR LA VIDA QUE ME DIO, POR ESA FAMILIA DE ORIGEN Y ESA NUEVA FAMILIA QUE FORME, POR LOS AMIGOS, Y TODAS LAS PERSONAS QUE PUSO EN MI CAMINO PARA LOGRAR LO QUE SOY.

A MI **MADRE**, PILAR INVALUABLE EN LA FORMACIÓN DEL SER QUE SOY, MOSTRANDOLE SIEMPRE ADMIRACIÓN.

A MI **ESPOSA E HIJOS**, POR PERMITIRME Y SER PARTICIPES DE ESTA AVENTURA QUE TÉRMINO, PIDIENDO DISCULPAS POR NO PODER PASAR TIEMPO VALIOSO Y NO RECUPERABLE A SU LADO, SOLO DICIENDO QUE TODO LO REALIZADO POR MI, SIEMPRE ES BUSCANDO UN MAYOR BENEFICIO PARA ELLOS.

Y A USTEDES, AMIGOS Y COMPAÑEROS, EN ESPECIAL A TODOS AQUELLOS MAESTROS Y MAESTRAS, (PORQUE ESO SON AL TRANSMITIRME SU CONOCIMIENTO MEDICO Y EXPERIENCIA), COORDINADORAS DE ESPECIALIDAD; DESINTERESADAMENTE RECIBIENDO COMO PAGO UN SIMPLE GRACIAS, Y A VECES NI ESO, QUE DURANTE LA OPORTUNIDAD DE VIVIR UNA RESIDENCIA MEDICA, FORTALECIERON DIA A DIA MIS CONOCIMIENTOS MEDICOS PERO EN ESPECIAL MI PERSONA.

SIEMPRE ESTARE AGRACEDECIDO CON USTEDES, LLEVANDO LOS MEJORES RECUERDOS DE CADA UNO.

ALFREDO

I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

I.1 Familia.

La familia es la unidad de la sociedad, es decir un grupo organizado que está constituido por un número variable de miembros que están vinculados entre sí, la familia está presente en las diferentes sociedades en la cual se desarrollan de acuerdo a muchas características entre ellas, el modo y el estilo de la vida de la sociedad en que se desarrolla, de ahí la importancia del proceso salud-enfermedad dentro de la familia, ya que si algún integrante de la familia enferma puede causar una disfunción familiar.

Sluzki define a la familia; como un conjunto en interacción, organizado de manera estable, y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad, un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.¹

La familia constituye un microsistema funcional sujeto a leyes y normas que responden a las necesidades internas del grupo y a su vez refleja la realidad externa.²

Es un conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hijos) con vínculos consanguíneos o no, es un sistema que a su vez se compone de subsistemas.³

Es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que son sus miembros, estos se dividen en:

1.- Subsistema conyugal (padre y madre) se forma cuando dos adultos, de sexo diferente se unen con la intención de formar una nueva familia, distinta a la de origen. A partir de este momento la pareja desarrolla pautas y mecanismos para la construcción y mantenimiento de esta nueva familia.

Cada uno de ellos cede individualidad, logrando un sentido de pertenencia, este subsistema debe de lograr un límite que los proteja de interferencias de otros sistemas.

2.- Subsistema paterno filial (padres e hijos) al nacimiento de un hijo, la familia, cambia, y el subsistema conyugal, debe trazar un límite que le permita el acceso del niño a ambos padres, así como ejercer las funciones socializadoras para el nuevo miembro de la familia.

3.- Subsistema fraternal (hermanos) es el primer lugar en donde los niños pueden experimentar relaciones entre iguales. En este subsistema el integrante aprende las pautas para enfrentarse a otros contextos futuros.⁴

La familia es una organización única, es la unidad de crecimiento, experiencia, y la realización, con los fines de proteger la integridad y continuidad biológica, reflejada está en un patrón grupal socialmente aceptado y sustentado.

En una familia funcional, las reglas de interacción, entre los diferentes subsistemas, deberían de ser lo suficientemente claras para propiciar el óptimo

desarrollo individual y grupal, la autoridad compartida y adaptable, a cada una de las fases del ciclo vital.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos, familiares o funciones básicas, se cumplen plenamente, y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos, a la sociedad, en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. La familia disfuncional o con funciones inadecuadas, debe ser considerada como un factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedad entre sus miembros. El funcionamiento familiar debe verse no de muestra lineal (causa-efecto), sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia, y viceversa.⁵

Un síntoma de la disfunción familiar puede ser la descompensación, de una enfermedad crónica y que hay que ver al paciente no como el problema, sino como el portador de la problemática familiar.

I.1.2 Subsistema conyugal

Minuchin comento que el holón conyugal, está constituido por dos adultos de diferente sexo, que se unen con la intención expresa de constituir una familia. Los dos nuevos compañeros traen consigo una gran cantidad de valores, expectativas y formas de organización, tendrán que formar conscientemente nuevas pautas de interacción, en la que cada uno deberá ir cediendo un poco de su individualidad para ajustarse uno al otro, aunque siempre existirán puntos de fricción, este holón ha de elaborar una plataforma de acción donde fijarán los límites que los protegen sin descuidar la satisfacción de sus necesidades y la interacción de parientes políticos, hijos, y otras personas.⁶

La adaptabilidad conyugal se centra en la dinámica que se establece entre estabilidad; el conflicto conyugal se define como el resultado de las divergencias de interés entre los miembros de la pareja. Este proceso puede ser puntual o generalizado en diferentes ámbitos y subsistemas familiares. El punto clave con la relación al conflicto no es su existencia, sino su condición de llevar a un proceso constructivo o destructivo.⁸

La enfermedad crónica es considerada como un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico y mental o ambos, en el individuo que lo padece, llevándolo incluso a la muerte. El cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica o con discapacidad sigue correspondiendo en su mayoría a la familia.⁹

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y con manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Durante todo este proceso de enfermedad, la familia, sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos, dentro del seno familia, ante esto, el

médico debe prevenir diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud. La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes, en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla, en función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales, o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia, y a una crisis todavía más severa.¹⁰ Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo.¹¹

I.1.3 Disfunción conyugal.

La disfunción conyugal es el conjunto de dificultades para la adaptación del subsistema de cónyuges.

Cuando no se cumplen las funciones específicas que le corresponden al subsistema conyugal, se presenta la disfunción y ello posteriormente condiciona la aparición de la disfunción en los demás subsistemas de la familia y como consecuencia a la disfunción familiar como tal.

Si existe una disfunción importante en el subsistema conyugal, repercutirá en toda la familia. El subsistema conyugal tiene funciones específicas de las cuales la complementariedad y la acomodación mutua son las principales; es decir la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunta la acción del otro en varias áreas, deben de desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada uno de los esposos ceder sin sentir que se ha dado por vencido, también ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

La familia es un subsistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar de la forma siguiente:

- Eje I Aspecto del desarrollo familiar: disfunciones del desarrollo, complicaciones, variaciones del desarrollo.
- Eje II Disfunción de los subsistemas familiares: subsistema conyugal, subsistema paterno- filial, y subsistema paterno.
- Eje III Disfunciones de la Familia como sistema: disfunciones estructurales y funcionales y disfunciones sociales.

Existe una interdependencia entre cada uno de éstos sistemas, de manera que al definir cualquiera de ellos, se hace necesaria la participación de los otros dos.

Las disfunciones en el subsistema conyugal pueden ser:

- 1.- Disfunción complementaria.
- 2.- Disfunción conflictiva.
- 3.- Disfunción dependiente.
- 4.- Disfunción por desvinculación.
- 5.- Disfunción por incompatibilidad.

Evaluación del subsistema conyugal:

El modelo circunflejo de sistemas familiares y maritales desarrollado por David H. Olson, representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

En modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Las cuales son: adjudicación y asunción de papeles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones y comunicación. A cada función se le agrega un criterio cuantitativo de evaluación, a través de algunos indicadores de acuerdo a cada una de los 13 ítems la respuesta a elegir puede ser una de las tres opciones: nunca, ocasional, siempre, cada una de estas respuestas tiene un valor asignado

Sumando en puntaje total, las disfunciones se clasifican de la siguiente forma:

40 puntos o menos	Parejas gravemente disfuncionales.
41- 70 puntos	Parejas moderadamente disfuncionales.
71- 100 puntos	Parejas funcionales. ¹²

I.2 Calidad de Vida

La calidad de vida está relacionada con las necesidades humanas, y que la evaluación de ésta debe hacerse a través de datos objetivos y subjetivos. ¹³

En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Índex Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80. ¹⁴

En 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social, el estudio de calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. El propio hecho de que el desarrollo social y tecnológico de la humanidad ha conllevado una prolongación de la esperanza de vida (“añadiendo años a la vida”), ha favorecido que se mire no solo a la “cantidad” de años vividos, si no a la “calidad” de los mismos. ¹⁵

A lo largo de los años noventa, las preocupaciones en torno a la definición y evaluación del concepto tuvieron un mayor alcance metodológico; el siglo XXI se presenta como aquel en que el termino calidad de vida toma la importancia necesaria, obligando así al mejoramiento de las técnicas y procedimientos, en la medida que existan evaluadores auditando la calidad de vida en los diferentes ámbitos donde sea requerida.

La calidad de vida es un proceso complejo, que abarca diferentes niveles de organización y la dinámica espacio- temporal. Se refiere a los atributos específicamente humanos y a la capacidad de construir futuros de manera prepositiva (proyectos de vida). Implica salud, la disponibilidad de los bienes y la

capacidad de utilizar lo que existe para construir lo que no existe. La calidad de vida es un fenómeno no lineal que articula lo cuantitativo con lo cualitativo.¹⁶

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.¹⁷

Un diccionario médico, define a la calidad de vida como “la medida de energía o fuerza óptima que se le confiere a una persona la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que plantea el mundo real.”¹⁸

La OMS define calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas estándares y preocupaciones”.

El concepto de calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos tiempos ya que, al aumentar la expectativa de vida en la población, también se ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas que sufren los efectos de la enfermedad y del tratamiento médico o quirúrgico implementados.¹⁹

1.2.1 Instrumentos para medir la calidad de vida

En decenios anteriores la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se llevaba a cabo mediante métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente con indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población.

Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.²⁰

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. El carácter del instrumento será genérico en la medida que incluya la totalidad de las dimensiones que componen la calidad de vida, mientras que si se concentra en un concepto particular (función familiar) será específico. Los instrumentos genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva, algunos ejemplos son: *Sickness Impact Profile*, el *Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham)*, el *Short Form (SF-36)*, el *EuroQol-5D* y las Láminas *Coop/Wonca*. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo; proporcionan mayor capacidad de discriminación y predicción y son particularmente útiles para ensayos clínicos; e incluyen solo los aspectos importantes de una enfermedad, para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico. Tienen la ventaja de presentar una mayor

sensibilidad a los cambios, antes y después del tratamiento que los genéricos. Su mayor desventaja estriba en que no permiten comparaciones entre diferentes afecciones.²¹

Existen múltiples instrumentos o cuestionarios para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos, con el objetivo de conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas que modifican los síntomas y la función física a través del tiempo.

Los instrumentos para medir la calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del médico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.²²

I.2.2 Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida se asocia con muchos factores de tipo personal, económico, educativo, y ambiental. En el área médica “Calidad de vida relacionada a la salud”; se puede definir como el grupo de aspectos de la salud de origen no fisiológico, ni bioquímico que se encuentra más relacionado con la enfermedad o su tratamiento. Representa una estimación subjetiva del impacto de la enfermedad y su tratamiento, de forma que distintos sujetos, en apariencia con el mismo estado de salud objetiva, pueden apreciar una calidad de vida muy diferente debido a las diferencias personales y únicas en sus expectativas y talento o capacidad para enfrentarse a la situación.²³

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que engloban la calidad de vida son:

Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de la enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que el estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro; también incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: es la percepción del individuo en las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación personal de salud- paciente, el desempeño laboral, vestimenta.

En la calidad de vida se pueden distinguir las siguientes características:

- Concepto subjetivo.- cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal.- las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

- Concepto holístico.- la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico.- dentro de cada persona la calidad de vida cambia en períodos cortos de tiempo, unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia.- los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos, psicológicos o sociales.

I.2.3 Calidad de vida en pacientes ostomizados.

Un estoma es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, los pacientes ostomizados presentan cambios importantes como la pérdida del control esfinteriano, ruidos intestinales, forma de canalizar gases, incomodidad a causa del olor y de estar pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismo, pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés y aislamiento social que influyen decisivamente en su calidad de vida.

La adaptación al estoma depende de diversos factores entre los que destacan la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras.

La mayoría de estudios de calidad de vida coinciden en que los pacientes portadores de estomas pueden tener una mayor percepción negativa de su imagen corporal, mayor tendencia a la depresión y disminución de sus actividades laborales, sociales y sexuales.

La adecuada información preoperatoria, como postoperatoria para la prevención de complicaciones relacionadas con el estoma es de crucial importancia para la calidad de vida del paciente ostomizado. También se ha demostrado que los pacientes ostomizados mantienen mejor cuidado del estoma y evitan más complicaciones locales cuando son atendidos por personal especializado en estomas, por lo que es una figura importante en la atención al paciente ostomizado.²⁴

Para evaluar la calidad de vida en pacientes ostomizados, se han diseñado diversos cuestionarios específicos, entre los que destacan el cuestionario de Montreux.

En nuestro país, la Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas A.C, declaró los derechos para las personas ostomizadas; que son:

- Recibir información desde el preoperatorio, conociendo el diagnóstico de su enfermedad, la intervención quirúrgica que le van a realizar, así como los aspectos esenciales que conlleva vivir con un estoma.
- Tener un estoma bien realizado y ubicado en el lugar correcto, tomando en consideración la calidad de vida de la persona ostomizada.

- Recibir apoyo médico y cuidados de enfermería experta tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio durante el período de hospitalización y al alta hospitalaria continuidad y apoyo en los cuidados.
- Recibir información completa e imparcial acerca de los equipos y productos de estoma existentes en el mercado nacional.
- Tener la oportunidad de elegir dentro de la variedad de productos para el manejo de su estoma sin prejuicios ni coacciones.
- Ser informado acerca de la existencia de las Asociaciones de Ostomizados.
- Recibir información y apoyo integral para ayudar a recuperar el equilibrio psíquico, emocional, social y funcional. Que beneficiara tanto al ostomizado como a su entorno, favoreciendo la comprensión de los cambios y adaptaciones que son necesarios para alcanzar una calidad de vida satisfactoria.²⁵

I.3 Estoma

1.3.1 Historia

El término estoma define un opérculo contranatural de exteriorización a la piel de los órganos abdominales diseñado para la evacuación de las excretas.

El primer estoma registrado fue realizada por Duret en 1793, y Penell (1850) construyó una sigmoidostomía para tratar una fístula recto-vesical atribuible a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) mientras que Mayo-Robson (1893) practicó una colostomía inguinal en una colitis ulcerosa (CU), cuando la apendicostomía o la cecostomía se indicaban para irrigación pretendidamente terapéutica del colón. En 1889 la primera ileostomía previa a una resección cólica estableció el concepto del reposo entérico como terapia de la CU y de las estenosis cólicas, que generalizaron los hermanos Strauss.²⁶

I.3.2 Epidemiología.

En América Latina los datos que Argentina reporta son: que dos de cada mil de la población total argentina convive con un estoma, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomia correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos.

En nuestro país, no hay rastros precisos sobre esto, sin embargo se publicó un trabajo en el 2009, realizado en diversas instituciones del sector salud en la Ciudad de México el cual reportaron datos de 11 unidades médicas de las siguientes instituciones: I.S.S.S.T.E, I.M.S.S, Secretaria de Salud, PEMEX y Hospitales Privados, con un total de pacientes de 1688; dentro de los datos que aportaron están los diagnósticos más frecuentes que condicionaron la realización de un estoma y tipo de estoma, los cuales fueron los siguientes: en adultos destacan los problemas oncológicos como cáncer de colon, cáncer de recto, vejiga y útero, que juntos constituyen 616 pacientes (35%), las enfermedades inflamatorias como pólipos, divertículos y colitis ulcerativa crónica, registran a 175 pacientes (11%); resaltando los traumatismos abdominales con 141pacientes (8%)

y la apendicitis complicada con 121 pacientes (7%); referente a la condición del estoma se encontró que 1083 pacientes (64%) son temporales y solo 605 pacientes (36%) son permanentes. En cuanto al tipo de estoma, las colostomías fueron más frecuentes con 1060 pacientes (63%) seguidos de las ileostomías con 392 (24%) y finalmente las urostomías con 236 (4%).²⁷

I.3.3 Clasificación

Según su función se clasifican en:

- Estomas de nutrición, las cuales sirven para alimentar al paciente.
- Estomas de drenaje, como medio descompresivo de líquidos y gases.
- Estomas de eliminación de contenido fecal.
- Según tiempo de permanencia.
- Temporales, en el caso que el problema que causó la necesidad de construir el estoma sea solucionado, y se pueda reconstruir el tránsito intestinal.
- Definitivas o permanentes: cuando no sea posible la reconstrucción, por lo que, el estoma queda como vía permanente de excreción.

I.3.4 Colostomía

Las colostomías se realizan con el objetivo de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. Las indicaciones para una colostomía son las siguientes:

- La obstrucción de colon es una de las causas más frecuentes por enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis del colon post-radioterapia o de origen isquémico.
- La perforación de colon se acompaña de peritonitis localizada o generalizada.
- Los traumatismos de colon, heridas pequeñas (que comprometen menos del 25% del perímetro del colon), grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos, requieren ser tratadas con colostomía.²⁸

I.3.4.1 Tipos de colostomía

a. Colostomía en asa:

Este procedimiento permite desviar de forma temporal el tránsito intestinal, sin hacerlo de forma completa. La principal ventaja que posee este tipo de colostomía es que permite el cierre con una cirugía local. Se usa para proteger anastomosis colo-anales o en caso de traumatismos de recto para proteger la reparación, entre otros.

La técnica para construirla no es compleja se extrae un asa de colon a la superficie de la piel a través de una apertura en la pared abdominal a través del músculo recto abdominal.

b. Colostomía Terminal:

Este tipo de colostomías son permanentes, en este caso el tránsito es derivado de forma completa. Se deben tener en cuenta ciertos aspectos para su construcción, estos son, que sea de fácil manejo para el paciente y de localización lo más distal posible para que las deposiciones sean más formadas. El lugar más utilizado es la fosa iliaca izquierda ya que cumple con lo expuesto anteriormente.

c. Cecostomía:

Este es un procedimiento descompresivo cuyo objetivo principal es drenar gas y líquido, pero no es posible utilizarlo para un contenido un poco más sólido. Una cecostomía abocando el ciego a la piel es de difícil manejo ya que el contenido íleal es líquido y difícil de controlar en una ostomía plana como generalmente lo es la cecostomía. Las indicaciones para realizar una cecostomía incluyen un vólvulo de ciego que ha sido destorcido y que no se pueda resecar, una pseudo-obstrucción de colon o síndrome de Ogilvie.²⁹

I.3.5 Ileostomía

El íleon es la porción más distal del intestino delgado continuándose anatómicamente con el Intestino grueso. Una ileostomía se realiza en su porción más distal en donde el contenido digestivo es muy acuoso, ya que la principal absorción de agua se lleva a cabo en el intestino grueso esto hace necesario que la técnica quirúrgica se realice con mayor minuciosidad que en el caso de una colostomía, ya que además del contenido acuoso posee una gran cantidad de enzimas proteolíticas las cuales dañan la piel de manera que esta ostomía debe ser siempre protruida, 2-3 cm. sobre el plano de la piel. Las ileostomías se realizan por lo general en la fosa iliaca derecha, debajo del ombligo, alejado de pliegues de la piel, cicatrices y prominencias óseas.

El flujo diario a través de una ileostomía es de 500 a 800 ml., con un pH levemente ácido, por lo que frecuentemente se observen complicaciones en la piel.

Las indicaciones para efectuar una ileostomía son los pacientes con colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon. Lo habitual es que estos pacientes requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio efectuado anteriormente se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana.

Este estoma debe quedar protruido de tal manera que el contenido ileal caiga directamente a la bolsa de ileostomía evitando el contacto con la piel.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son:

- Operación de Hartmann: Se indica como método alternativo de seguridad o necesidad de cirugía coloproctológica de urgencia, es decir, procesos obstructivos y/o perforados, lesiones vasculares y traumáticas del rectosigmoide, dehiscencia de anastomosis en resecciones anteriores, entre otras.

- Operación de Miles: consiste en la extirpación del recto por vía abdominal, combinada con un acceso perineal, estableciendo una colostomía definitiva del colon distal.

Se indica en caso de los cánceres rectales en el tercio más distal, en algunos casos en el tercio medio y no se usa o es muy raro en el caso del tercio más proximal; además de forma paliativa en casos de cáncer con compromiso extenso de la pelvis, y síntomas importantes de tenesmo, hemorragia, obstrucción o incontinencia con alivio importante de sus síntomas.³⁰

I.3.6 Complicaciones.

Inmediatas.

- Necrosis.
- Hemorragia.
- Dehiscencia.
- Edema.
- Abscesos -Infección periestomal.

Tardías.

- Retracción
- Estenosis.
- Hernia..
- Prolapso.
- Dermatitis o irritación de la piel periestomal.
- Por contacto con el efluente.
- De tipo traumático.
- De tipo alérgico.
- De tipo infeccioso.³¹

I.3.7 Cuidados del estoma

La persona colostomizada para no presentar complicaciones debe:

- Lavar el estoma con agua tibia, jabón y esponja suave, realizando movimientos circulares.

Realizar en secado suave con una toalla, solo para el estoma.

Si existen vellos alrededor del estoma de preferencia cortarlos con tijeras.

- Medir el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo para prevenir irritaciones cutáneas, evitar pasarse más de 2 cm.
- Mantener la piel periestomal, limpia y seca para que no se produzcan micosis.
- Despegar el dispositivo de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar irritaciones físicas.
- Si se utiliza sistema doble, retire la placa siempre que exista presencia de fugas.

- Cuidar la región que bordea el estoma, es importante para prevenir la excoriación y agrietamiento de la piel.³²

I.3.8 Nutrición en el paciente colostomizado.

No necesita una dieta especial. Inmediatamente después de la operación puede requerir una dieta particular, no obstante, pasado el periodo de recuperación el paciente puede volver a una dieta normal.

La dieta debe ser individualizada y siempre que la misma sea equilibrada no causara diarreas ni estreñimiento. Se evitara los alimentos que causen gas y olor excesivo, como leguminosas, huevo, pescado, verduras como col, brócoli, coliflor, papa.³³

I.3.9 Dispositivos para estomas

I.3.9.1 Equipos de una pieza.

Donde la bolsa y el disco forman una unidad. Los cerrados están termo sellados y es necesaria una bolsa para cada utilización; en los abiertos, el extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa, se cierran mediante una pinza.

I.3.9.2 Equipos de dos piezas

Formadas por una placa que se adhiere a la piel y una bolsa que se encaja a la placa. Pueden estar abiertas o cerradas en la parte inferior, y estas a su vez pueden tener un filtro.

Abierta.- se vacían cuando lo precise, se cambia la bolsa cada 24 – 48 horas, y el disco cada 3- 4 días.³⁴

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Diversas patologías han condicionado el uso de estomas de forma cotidiana, sin embargo no se han estudiado los cambios que afectan la dinámica conyugal y en nuestro país solo existe un registro sobre calidad de vida en pacientes ostomizados.

A nivel nacional existen registros, en donde la población mayoritariamente afectada que presentan estomas abarca el grupo de edad de 19 a 50 años, la cual se considera como población económicamente activa, siendo los principales tipo de estomas, la colostomía y la ileostomía.

Por lo que se requiere una atención integral al paciente osteomizado para reintegrarlo inmediatamente a sus actividades laborales, disminuyendo por consiguiente las repercusiones familiares, económicas y sociales.

Dentro las repercusiones familiares, está la afección al subsistema conyugal, caracterizado con una afectación en la satisfacción sexual y de comunicación principalmente, sin embargo no existen registros de la evaluación completa del subsistema conyugal.

Para el médico familiar es importante establecer el diagnostico de salud de la familia como sistema y sus subsistemas, es tarea, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros considerar importante el apoyo psicológico integral que se debe aportar al paciente e inclusive a la familia, ante un evento tan impactante como el colocar un estoma, independientemente de la patología que el paciente presente.

Por todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la funcionalidad conyugal y la calidad de vida en el paciente con colostomía e ileostomía adscritos al HGR con UMF No 220 Gral. Vicente Villada de Enero a Junio de 2013?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 Epidemiológica

El estoma de eliminación constituye un procedimiento común en la práctica cotidiana de los hospitales, ya que las técnicas quirúrgicas han avanzado considerablemente y por ende los resultados en la salud del paciente, se ven reflejados con la sobrevivencia de los mismos.

En México el registro más reciente arroja que tan solo en el Distrito Federal se obtuvo una muestra de 1688 paciente en el 2009 donde las colostomías fueron más frecuentes con un 63% seguido de las ileostomías con 24% y finalmente las urostomías 4%.

La realización de este estudio aportara datos epidemiológicos sobre las características de los pacientes portadores de estomas (colostomía e ileostomía).

III.2 Económica.

No solo tiene relevancia en los aspectos médicos específicos, sino también en las implicaciones como individuos, tales como el no contar con el equipo adecuado, lo que genera complicaciones dérmicas, aumentando la estancia hospitalaria y por tanto limitando su reintegración social y laboral. De igual manera para las instituciones que les brindan asistencia, ya que el reingreso por complicaciones incrementa el coste de atención. Esta situación se incrementa con la ausencia o deficiencia de los registros.

III. 3 Familiar.

Es un hecho conocido el alto impacto que generan en los ámbitos psicológicos y sociales de los individuos la colocación de estomas. Cada vez son más las personas que viven con un estoma y estas personas se ven en ocasiones rechazadas debido a la falta de información que existen sobre aquellos portadores de estomas. Por si esto fuera poco, el paciente debe vivir con un cambio de imagen corporal, acompañado de una pérdida del control del esfínter, con la consiguiente disminución de su autoestima, lo que provoca, a quien las porta, una situación de estrés permanente.

Si bien es del conocimiento de todos que independientemente de la patología de base que un paciente presenta; posterior a la realización de un estoma, los pacientes presentan una fase de duelo, por lo que el médico familiar debe de intervenir en todo momento posterior a la realización de dicho evento quirúrgico, que genera la presencia de fenómenos de adaptación en la funcionalidad familiar dentro del subsistema conyugal y afectación en la calidad de vida del paciente.

IV. HIPÓTESIS

Los pacientes con colostomía e ileostomía adscritos al HGR con UMF No 220 IMSS Toluca tienen una funcionalidad conyugal disfuncional de moderada a grave y una mala calidad de vida.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

- Funcionalidad conyugal
- Calidad de vida

IV.1.2.2 Independientes

- Colostomía e ileostomía.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general.

Describir la funcionalidad del subsistema conyugal y la calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía, adscritos al Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No 220 IMSS de Toluca, México.

V.2 Objetivos específicos.

1. Identificar pacientes con estoma de acuerdo al género.
2. Describir la funcionalidad conyugal de los pacientes con colostomía e ileostomía de acuerdo al género.
3. Identificar la calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía.
4. Conocer el tipo de estoma más frecuente en los pacientes estudiados.
5. Clasificar la principal causa de colocación de colostomía o ileostomía.
6. Identificar tiempo de instalación de colostomía e ileostomía.
7. Establecer las complicaciones secundarias asociadas a la colostomía e ileostomía.
8. Determinar la calidad de vida de acuerdo a funcionalidad conyugal.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

Esta investigación corresponde a un tipo de estudio transversal, descriptivo y observacional.

VI.2 Diseño del estudio.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar 220 IMSS Toluca, de Enero a Junio del 2013, previamente aceptado por el Comité de Investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a 80 pacientes de la población con colostomía e ileostomía adscrita la consulta externa Coloproctología y Medicina Familiar, la cual cumpla con los criterios de inclusión establecidos, previo consentimiento informado, se aplicó el cuestionario de Olson para evaluación del subsistema conyugal y la escala de calidad de vida de Montreux específico para valorar la calidad de vida del paciente con estomas.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	Ítem
Subsistem a conyugal	El subsistema conyugal, forma parte de la clasificación triaxial de la familia que, junto con los sistemas paterno filial, y fraterno, constituyen las bases fundamentales de la familia.	Se forma cuando dos adultos, de sexo diferente se unen con la intención de formar una nueva familia.	Cualitativa ordinal	Parejas funcionales Parejas moderadamente disfuncionales Parejas gravemente disfuncionales	1 – 13

Calidad de vida	La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses	Sensación global de satisfacción que una persona experimenta en su vida	Cualitativa ordinal	Calidad de vida buena Calidad de vida mala	1 - 34
Colostomía Ileostomía	Es la exteriorización del colon, íleon/ intestino delgado a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una salida artificial, al contenido fecal.	Tratamiento donde se exterioriza el colon, íleon/ intestino delgado a través de la pared abdominal	Cualitativa nominal	Paciente con colostomía Paciente con ileostomía	2
Género	Concepto social de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y mujeres	Características sociales que determinan el ser humano como hombre o mujer	Cualitativa nominal	A)Masculino B)Femenino	1
Enfermedad condicionante del estoma	Patología orgánica que determina la colocación de un estoma con fines terapéuticos	Condición médica que determino la colocación de un estoma	Cualitativa nominal	Traumáticas Neoplásicas Otras	2

<p>Complicación relacionada al estoma</p>	<p>Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico- quirúrgico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.</p>	<p>Alteración orgánica directamente relacionada a la colocación de un estoma</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Irritación cutánea, prolapso, estenosis, hernia, retracción.</p>	<p>2</p>
--	---	--	----------------------------	---	----------

VI.4 Universo de trabajo

Pacientes con colostomía e ileostomía que acudan a la consulta externa de coloproctología y Medicina Familiar del HGR con UMF No 220 en el período de Enero a Junio del 2013.

Muestra

Se integró por el total de la población que acude a la consulta externa de coloproctología y Medicina Familiar del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca Estado de México , mediante selección homogénea no probabilística, con un total de 80 pacientes .

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes del HGR con UMF 220 turno matutino que acudan a la consulta externa de Coloproctología y Medicina Familiar.
- Con diagnósticos de colostomía e ileostomía mayor a un año.
- Géneros: masculino y femenino, mayores de 18 años, casados o en unión libre.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.
-

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con incapacidad física y/o neurológica para el autocuidado del estoma.
- Pacientes con enfermedad en etapas terminales.
- Pacientes con alteraciones neurológicas que les impida contestar el cuestionario.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas

VI.5. Instrumentos de Investigación

1.- ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL DE OLSON

VI.5.1 Descripción

Evaluación del subsistema conyugal:

El modelo circunflejo de sistemas familiares y maritales desarrollado por David H. Olson, en 1979 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre investigación, teoría, práctica. Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones que repetidas veces se han encontrado como relevantes en distintas teorías y abordaje clínico en familia representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

Este instrumento de evaluación, aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Las cuales son: adjudicación y asunción de papeles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones y comunicación. A cada función se le agrega un criterio cuantitativo de evaluación, a través de algunos indicadores de acuerdo a cada una de los 13 ítems la respuesta a elegir puede ser una de las tres opciones: nunca, ocasional y siempre.

Sumando en puntaje total, las disfunciones se clasifican de la siguiente forma:

40 puntos o menos	Parejas gravemente disfuncionales.
41- 70 puntos	Parejas moderadamente disfuncionales.
71- 100 puntos	Parejas funcionales.

VI.5.2 Validación

Esta escala fue realizada finales de los años 70, por Olson y colaboradores y aplicada desde hace más de 30 años en numerosas investigaciones en Europa; en México el Dr. Víctor Chávez Aguilar modifico y valido esta escala en el año 2008, en estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, además se ha empleado como instrumentos de evaluación en varias investigaciones del Consejo Mexicano de Medicina familiar

VI.5.3 Aplicación

Se ha aplicado en México en diversos estudios del Instituto Mexicano del Seguro Social y en diversas investigaciones del Consejo Mexicano de Medicina familiar desde el año 2008.

2.- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE MONTREUX PARA PACIENTES CON ESTOMAS

VI.5.1.1 Descripción

Es una herramienta que evalúa con precisión la calidad de la vida de pacientes con osteoma.

Se basa en una escala de Likert de cinco valores y recoge información de una serie de dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones:

- *Sección 1:* autosuficiencia relacionada con los cuidados higiénicos del estoma.
- *Sección 2:* calidad de vida (bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos).

Sección 3: cuestiones generales en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares.

La puntuación sobre la calidad de vida en cada una de las dimensiones se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en los reactivos englobados en las mismas, multiplicada por un factor de modo que en cada sección el puntaje mínimo a obtener es 0 y el máximo es 100. A partir de los reactivos que configuran la sección de calidad de vida se puede calcular el índice de calidad de vida en buena y mala calidad de vida.

VI.5.1.1.2 Validación

Fue validada en 16 países en Europa, donde se aplicó a más de 4.000 pacientes con estoma que reciben cuidados en un esfuerzo de investigación llamado "The Montreux study", fue traducido a varios idiomas. Ya fue aplicada y validada en población mexicana en el año 2009 en un estudio realizado por el Hospital General de México.

El instrumento utilizado en esta investigación se puso a prueba de fiabilidad de consistencia interna, alfa de Cronbach variaron desde 0,57 hasta 0,92. La fiabilidad del cuestionario fue satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, que está por encima de los valores recomendados de 0,7012; la correlación de los grupos franceses y británicos era 0,40.

VI.5.1.1.3 Aplicación

Fue aplicado en 500 centros públicos y privados con una unidad de cuidados del estoma, en 16 países de Europa, con 4739 pacientes, en el año 2003.

En México fue aplicado y validado en un estudio, en el 2009 en el Hospital General de México en la unidad de Coloproctología del servicio de Gastroenterología.

VI.6 Desarrollo del proyecto

Una vez que el estudio se aprobó por el comité local de investigación se procedió a identificar la población que cumplió con los criterios de inclusión. posterior al firme el consentimiento informado se aplicó el instrumento cuestionario de Olson para evaluar el subsistema conyugal y el cuestionario de calidad de vida de Montreux específico para pacientes con ostomias. Una vez obtenida la información se procedió a la evaluación, procesamiento y tabulación por métodos computacionales (IBM SPSS statics versión 19) se realizó análisis de dicha información.

VI.7 Límite del espacio.

El estudio se realizó en el servicio de consulta externa de Coloproctología y Medicina Familiar del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 220 del IMSS en Toluca, Estado de México, aplicándose los instrumentos de evaluación al recibir su consulta a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión

VI.8 Límite de Tiempo

Del 1 Enero a Junio de 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez obtenida la información se clasifico, posteriormente se creó una base de datos en el sistema de cómputo IBM SPSS Stadistics 19, realizándose un análisis descriptivo de los mismos mediante medidas de tendencia central (moda) para interpretación de frecuencias y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su identidad. Debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales. Además la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52° asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre del 2000, que guía a los médicos en investigación biomédica, donde participan los seres humanos.

Es necesario demandar que el delicado y humano proceso de obtención del consentimiento libre informado tenga toda la intensidad, ética, que exige y en base a la ley general de salud en materia de investigación, artículos 21,23, 33, 89 y 90 aplicando además la normatividad vigente del IMSS en materia inteligible la información que se ofrece.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se estudiaron 80 pacientes con relación conyugal, que presentaron colostomía o ileostomía, adscritos al HGR con UMF No 220, de la consulta externa de Medicina Familiar y Coloproctología turno matutino.

Del total de los pacientes encuestados con presencia de un estoma, el 66.25% correspondió el género masculino y el 33.75% al género femenino. (Ver cuadro y gráfico 1)

Se encontró en cuanto a la funcionalidad conyugal de los pacientes osteomizados de acuerdo al género :

En el género femenino: parejas funcionales 20 (74.07%), moderadamente disfuncionales 4 (14.81%) y gravemente disfuncionales 3 (11.1%).

En el género masculino: parejas funcionales 45 (84.90%), moderadamente disfuncionales 3 (5.6%), gravemente disfuncionales 5 (9.43%). (Ver cuadro y gráfico 2).

Se encontró en cuanto a la calidad de vida de los pacientes osteomizados de acuerdo al género lo siguiente:

En el género femenino: con buena calidad de vida 22 (81.48%) , con mala calidad de vida 5 (18.51%).

En el género masculino: con buena calidad de vida 47 (88%), con mala calidad de vida 6 (11.32%).(Ver cuadro y gráfico 3)

Se encontró en cuanto al tipo de estoma en relación al género lo siguiente:

En el género femenino: con colostomía 24 (%), con ileostomía 3 (%).

En el género masculino : con colostomía 48 (%), con ileostomía 5 (%).

(Ver cuadro y gráfico 4)

Se observó en la causa condicionante de instalación de estoma en relación al género lo siguiente:

En el género femenino: traumáticas 1 (%) neoplásicas 15 (%) otras 11(%).

En el género masculino: traumáticas 6(%), neoplásicas 17 (%) otras 30 (%).

(Ver cuadro y gráfico 5)

Se encontró en el tiempo de instalación de estoma en relación al género lo siguiente:

En el género femenino: temporal 7 (%), permanente 20 (%).

En el género masculino : temporal 7 (%) , permanente 46 (%).

(Ver cuadro y gráfico 6)

Se observó en cuanto a las complicaciones secundarias a la instalación de colostomía en relación a ileostomía lo siguiente:

A los que se les instaló colostomía, las complicaciones secundarias que presentaron fueron: irritación 35(%), prolapso 4 (%), hernias 2 (%), estenosis 1 (%), retracción 3 (%),ninguna 27 (%).

A los que se les instaló ileostomía, las complicaciones secundarias que presentaron fueron: irritación 7 (%) prolapso 0, hernias 0, estenosis 1 (%), retracción 0 . (Ver cuadro y gráfico 7).

En base a la funcionalidad conyugal de la población total encuestada, el 80% correspondieron a las parejas funcionales, de estas, el 99.46% manifestó una buena calidad de vida, el otro 1.53% de las parejas funcionales manifestó una mala calidad de vida; el 8.75% del total de la población encuestada, correspondió a parejas moderadamente disfuncionales; de estas, el 71.42% manifestó tener una buena calidad de vida y el 28.57% una mala calidad de vida, el 10% de la población restante presentó parejas gravemente disfuncionales y el 100% de estas manifestaron una mala calidad de vida. (Ver cuadro y gráfico 8).

IX. CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO 1.

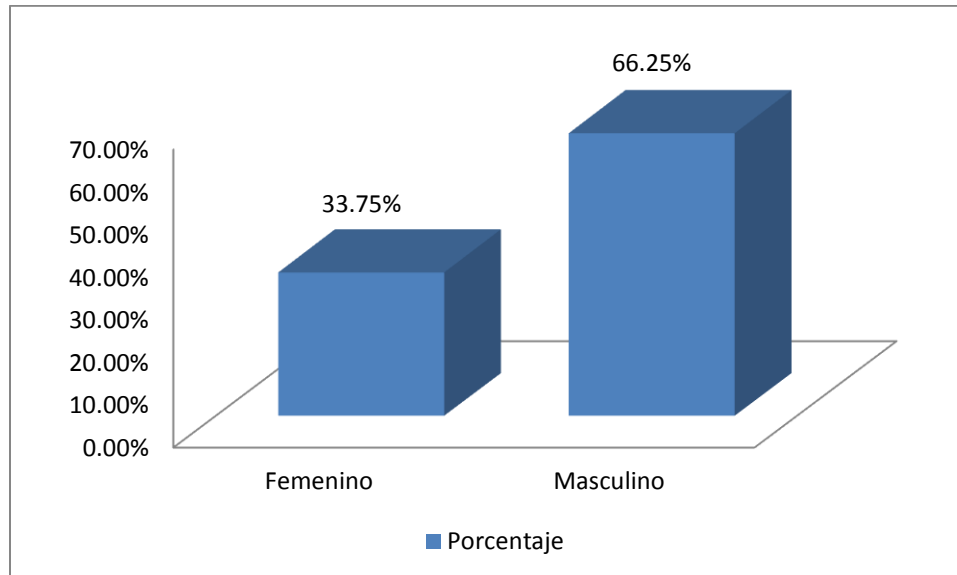
PACIENTES CON ESTOMA DE ACUERDO A GÉNERO.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	27	33.75%
Masculino	53	66.25%
Total	80	100

Fuente: Hoja de recolección de datos generales.

GRÁFICO 1.

PACIENTES CON ESTOMAS DE ACUERDO A GÉNERO.



Fuente: Cuadro 2

Cuadro 2

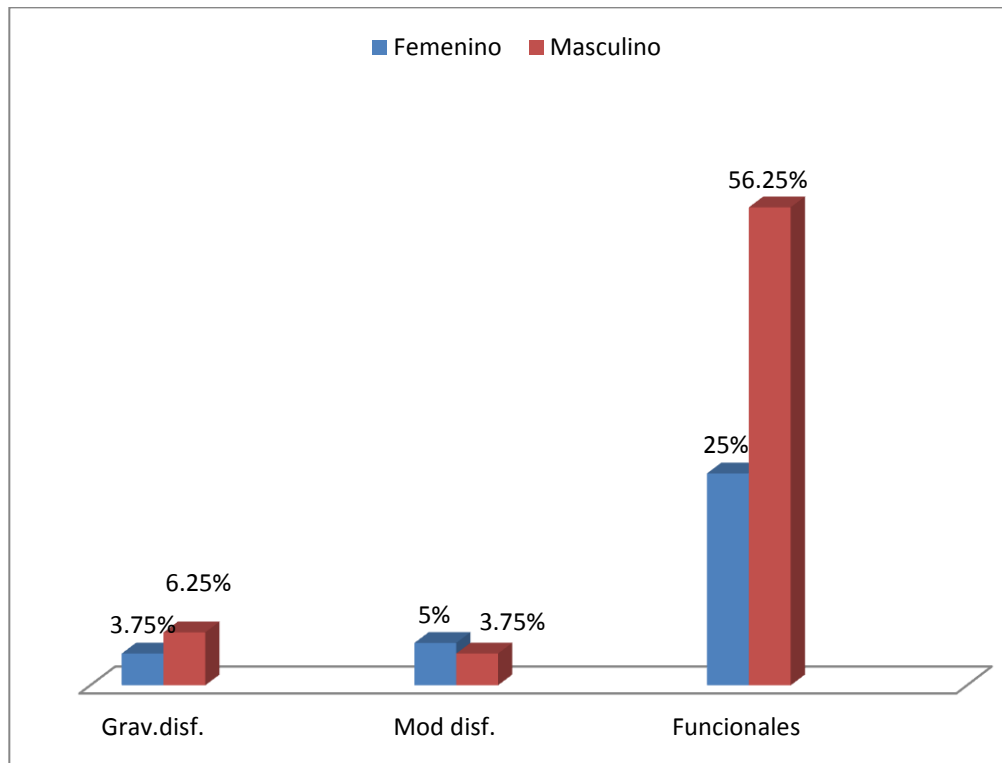
FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN LOS PACIENTES OSTEOMIZADOS DE ACUERDO A GÉNERO

	Funcionalidad conyugal					
	Gravemente disfuncionales		Moderadamente disfuncionales		Parejas funcionales	
Femenino	3	3.75%	4	5%	20	25%
Masculino	5	6.25%	3	3.75%	45	56.25%
TOTAL	8	10%	7	8.75%	65	81.25%

Fuente: Hoja de recolección de datos generales.

Gráfico 2

FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN LOS PACIENTES OSTEOMIZADOS DE ACUERDO AL GÉNERO



Fuente: Cuadro 3

Cuadro 3.-

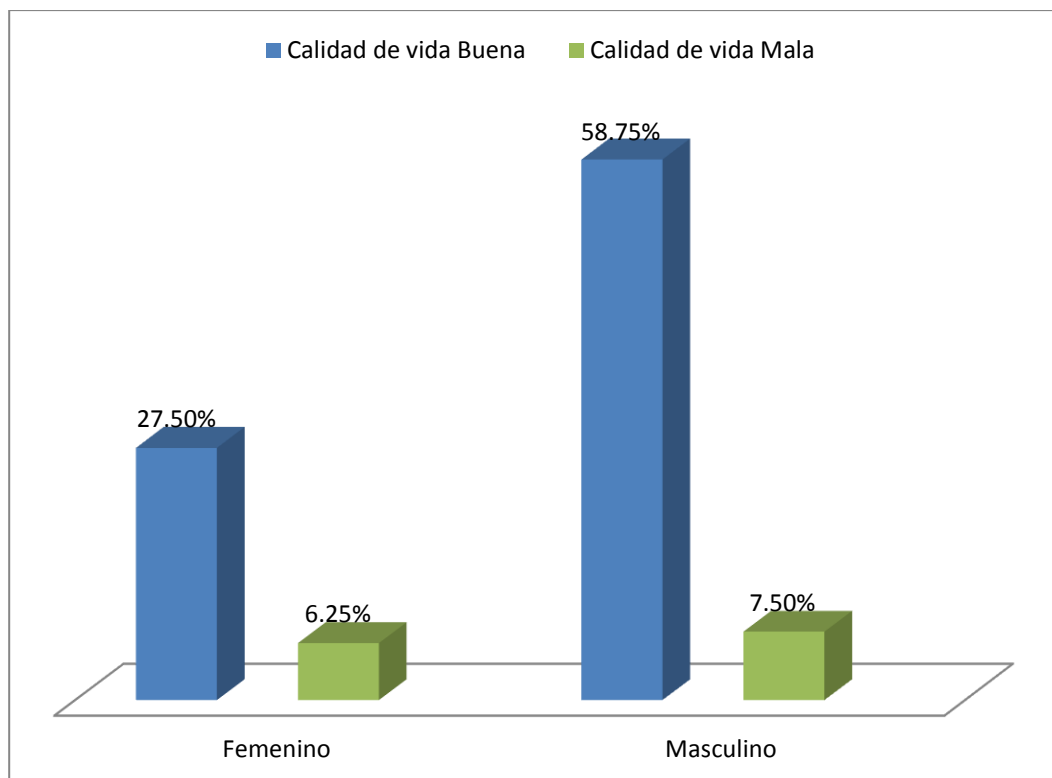
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTEOMIZADOS POR GÉNERO.

Género	Calidad de vida				Total
	Buena		Mala		
Femenino	22	27.50%	5	6.25%	27
Masculino	4	58.75%	6	7.50%	10
Total	69	86.25%	11	13.75%	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfico 3.-

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTEOMIZADOS POR GÉNERO.



Fuente. Cuadro 3

Cuadro 4.-

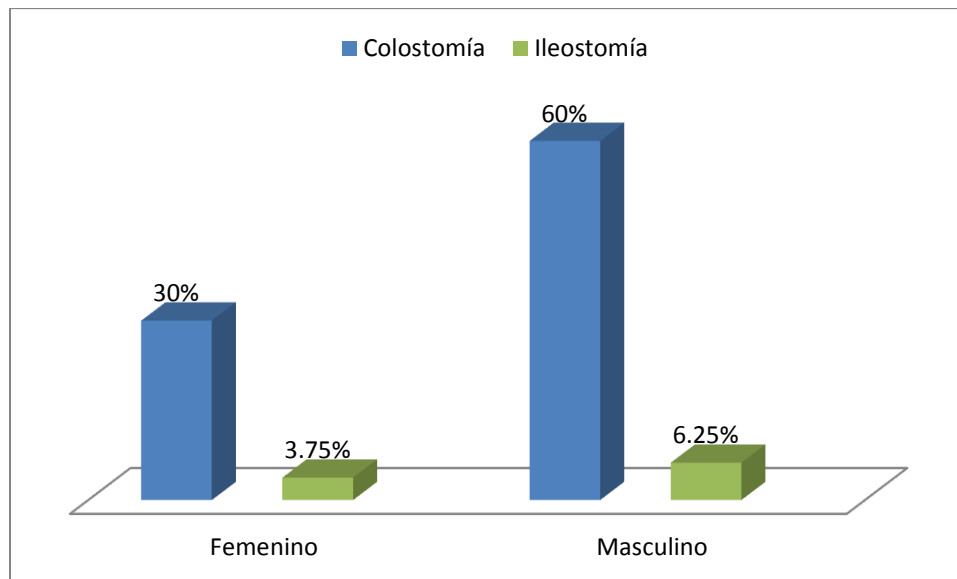
TIPO DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO

	Tipo de estoma				Total	
	Colostomía		Ileostomía			
Femenino	24	30%	3	3.75%	27	33.75%
Masculino	48	60%	5	6.25%	53	66.25%
Total	72	90%	8	10%	80	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfico 4.-

TIPO DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO



Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5

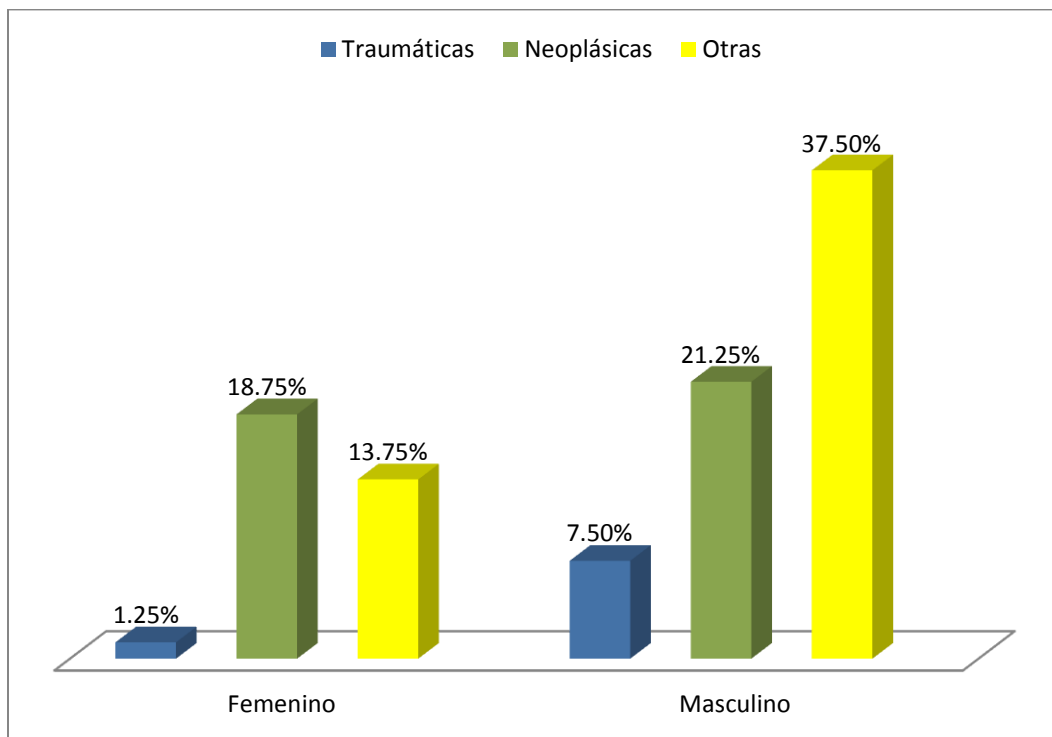
CAUSA CONDICIONANTE DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO

	Causas de estoma						Total	
	Traumáticas		Neoplásicas		Otras			
Femenino	1	1.25%	15	18.75%	11	13.75%	27	33.75%
Masculino	6	7.50%	17	21.25%	30	37.50%	53	66.25%
Total	7	8.75%	32	40%	41	51.25%	80	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfica 5

CAUSA CONDICIONANTE DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO



Fuente. Cuadro 6

Cuadro 6.

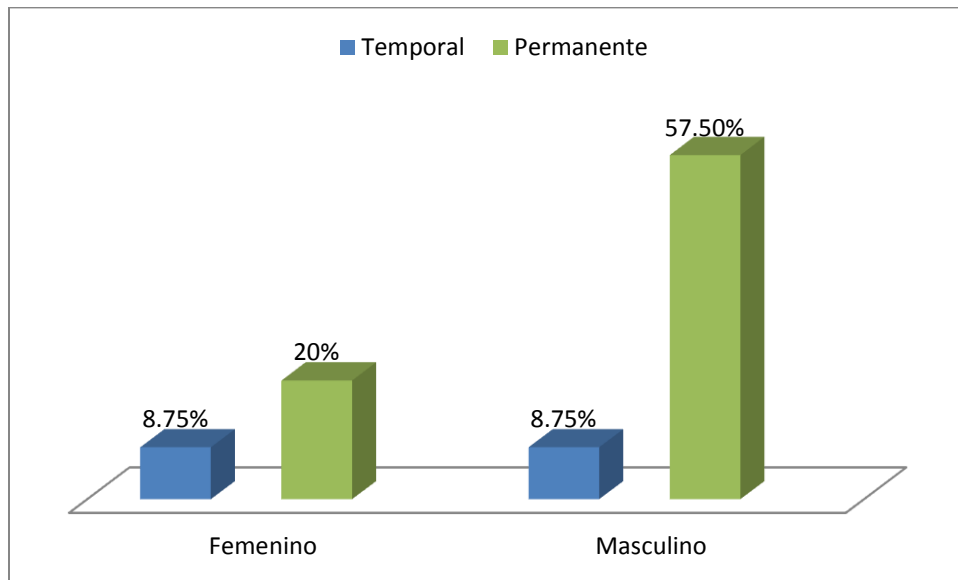
TIEMPO DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO.

	Tiempo				Total	
	Temporal		Permanente			
Femenino	7	8.75%	20	20%	27	28.75%
Masculino	7	8.75%	46	57.50%	53	66.25%
Total	14	17.5	66	77.5	80	100%

Fuente. Hoja de recolección de datos.

Gráfico 6

TIEMPO DE ESTOMA EN RELACIÓN AL GÉNERO.



Fuente: Tabla 7.

Cuadro 7.

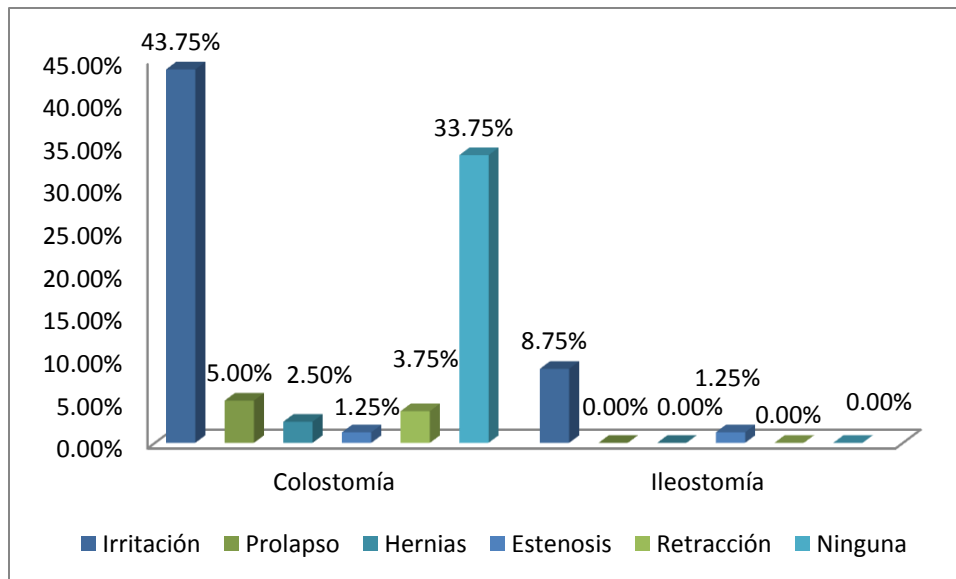
COMPLICACIÓN SECUNDARIA RELACIONADA AL ESTOMA.

	Complicaciones												Total	
	Irritación		Prolapso		Hernias		Estenosis		Retracción		Ninguna			
Colostomía	35	43.75%	4	5.00%	2	2.50%	1	1.25%	3	3.75%	27	33.75%	72	90.00%
Ileostomía	7	8.75%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.25%	0	0.00%	0	0.00%	8	10.00%
Total	42	52.50%	4	5.00%	2	2.50%	2	2.50%	3	3.75%	27	33.75%	80	100.00%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfico 7

COMPLICACIÓN SECUNDARIA RELACIONADA AL ESTOMA.



Fuente: Cuadro 8.

Tabla 8.-

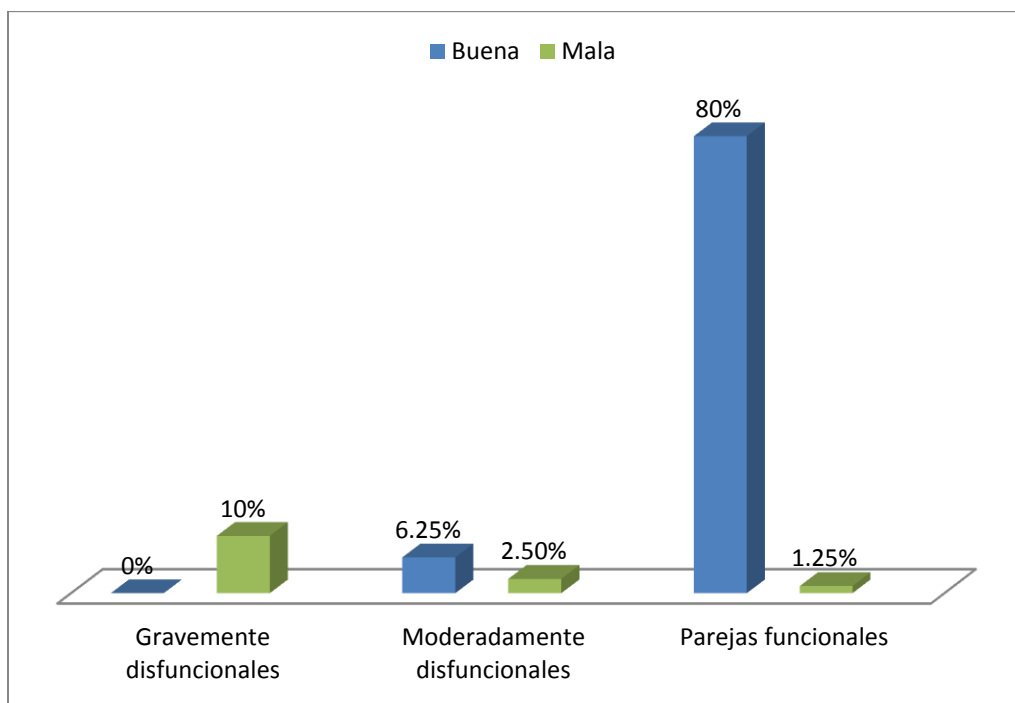
FUNCIONALIDAD CONYUGALEN RELACION A LA CALIDAD DE VIDA.

	Calidad de vida				Total	
	Buena		Mala			
Gravemente disfuncionales	0	0%	8	10%	8	10%
Moderadamente disfuncionales	5	6.25%	2	2.50%	7	8.75%
Parejas funcionales	64	80%	1	1.25%	65	81.25%
TOTAL	69	86.25%	11	13.75%	80	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Grafico 8.-

FUNCIONALIDAD CONYUGALEN RELACION A LA CALIDAD DE VIDA.



Fuente: Tabla 8

X DISCUSIÓN

Este estudio aporta una visión general de la calidad de vida y funcionalidad conyugal en pacientes que presentan osteomas de eliminación.

Al contrario de lo que se esperaba encontrar, se aprecia una adecuada funcionalidad conyugal en pacientes osteomizados, observándose la relación entre parejas gravemente disfuncionales con la presencia de una mala calidad de vida en estos pacientes.

En este estudio se encontró que la calidad de vida del paciente ostomizado en el mayor porcentaje de la población estudiada es buena, lo cual concuerda con un estudio previo realizado en el Hospital General de México en 2009.

El área con mayor afección correspondió a la sección de calidad de vida en el aspecto de manejo, actividad sexual, con similares resultados en otros estudios como el multicéntrico de Montreux realizado en Europa en el 2003.

Las causas por las cuales se colocaron los osteomas son en hombres enfermedades inflamatorias, oncológicas y traumáticas diferentes en las mujeres que fueron neoplásicas, enfermedades inflamatorias y traumáticas respectivamente, estos resultados fueron similares a estudios como el llamado epidemiología de las osteomias de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal, realizado en el 2009.

Las complicaciones secundarias, relacionadas al estoma son similares a otros estudios como el realizado en el 2009 en la ciudad de México, donde se reportaron las irritaciones a nivel de piel como complicaciones presentes en estos osteomas.

Se pueden considerar que los resultados de este estudio en general concuerdan con los realizados previamente, en cuestión de funcionalidad conyugal en pacientes osteomizados, no se encuentran estudios previos de este tipo.

XI. CONCLUSIONES

Una vez terminado este estudio, se observó que la funcionalidad conyugal global, se encuentra conservada en pacientes que presentan un estoma, de igual forma la calidad de vida se puede considerar como buena.

Se aprecia relación en una buena funcionalidad conyugal y una calidad de vida, en parejas gravemente disfuncionales, se observa una mala calidad de vida.

De las cinco áreas evaluadas en el cuestionario de funcionalidad conyugal de Olson, la toma de decisiones es la que se encuentra más preservada, la satisfacción sexual es la más afectada en el género masculino y el afecto en el género femenino.

En cuestión de la calidad de vida en pacientes con osteomas, evaluado por medio del cuestionario de Montreux, y de acuerdo a los parámetros que este evalúa; se aprecia en lo correspondiente a la sección autosuficiencia y cuestiones generales elevados puntajes, sin embargo en sección de calidad de vida, la imagen corporal, la actividad sexual, bienestar físico son los más afectados.

XII. RECOMENDACIONES

Secundario a la colocación de un estoma, independientemente la patología de base, se presentan una serie de cambios en el paciente con la afectación a su estado físico, mental y emocional, es por eso que debemos de asumir estrategias, para que estos cambios sean lo menos perjudiciales en la calidad de vida que el paciente llevaba.

Como médico familiar, podemos educar, orientar, aclarar las dudas de todos aquellos pacientes que serán sometidos a la colocación de un estoma, desde la consulta del primer nivel de atención.

Evaluar y diagnosticar la funcionalidad conyugal para el fortalecimiento intencionado junto con el paciente y conyugue de las áreas más afectadas.

Trabajar de manera conjunta con trabajo social, familiares e inclusive en la medida de lo permitido con los médicos responsables de la colocación del estoma, para brindar una mayor asesoría en los cambios, medidas de adaptabilidad, cuidados que el paciente tendrá que asumir, para lograr con esto un menor impacto de afectación en la calidad de vida del paciente.

A nivel institucional se puede invitar a la participación multidisciplinaria para la formación de grupos de autoayuda o de personas en similares características en su problemática de salud, en donde se pueda presentar una retroalimentación por la experiencia de cada uno de ellos, así como el incremento de la orientación y capacitación por el personal de salud, haciendo participe de estas acciones a la familia del paciente.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. González, J. La familia como sistema. *Rev Pacea Med Fam.* 2007; 4: 111-114.
2. Rancel, M. La familia desde la perspectiva sistémica. *PAC MF-1999* (1): 1-5.
3. Mendoza, L.A. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos de medicina familiar.* 2006; Vol (8): 27-32.
4. Huerta, JL. *Medicina familiar.* Distrito Federal, México: Alfil, 2005: 1-7.
5. Anzures, R. Chávez, V. *Medicina familiar.* Distrito Federal, México: Corinter, 2008: 411-417.
6. Minuchin, S. *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Editorial Gedisa, 2009: 150-151.
7. Mata A. Estructuras familiares y comportamientos adictivos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2004. Año XVI, Vol II (4) 32- 37.
8. Mossman, C. Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2008; 10 (2): 79-103.
9. Stefani, D. Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez. *Anales de Psicología.* 2006; 22 (2): 267- 272.
10. Giraldo, C. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichan.* 2006; 6 (1): 38-53.
11. Fernández, O. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM.* 2004; 47 (6): 51-54.
12. Farfán G. Huerta J. Programa de Actualización Continúa en Medicina Familiar PAC MF-1. Primera edición, México D.F.: Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Editores Intersistemas, 1999; Vol I: 53, 58-60.
13. Marquis, P. Marrel, A. Quality of life in patients with stomas: The Montreux study. *Ostomy wound management.* 2003; 49 (2): 48- 55.
14. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR, ed. *Bioética. Desde una perspectiva cubana.* Ciudad de la Habana; 2000: 279-285.
15. García Viniegras C.R, Gonzales Blanco M, Fernández Garrido J, Ruiz Ros V. Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2005; 8: 1-16.
16. Medina, M. Fiabilidad y Validez de las escalas de medida. Tesis doctoral de Economía. Cali, Colombia. 2007.
17. Gonzales-Celis Rangel A.L. Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez Robledo L.M, Gutiérrez Ávila J.H, ed. *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria.* México: Secretaria de Salud, 2010: 365-378.
18. Mosby. *Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud.* 5ta edición. Editorial Halcout Mosby. 2000

19. Charúa, L. Benavides, C. Villanueva, J. Jiménez B. Calidad de vida del paciente oostomizado. *Cir Cir*.2011; 79: 149- 155.
20. Vilagut, G. Rajmil, L. Rebolledo, P. El cuestionario de salud SF- 36 en español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*. 2005; 19: 135- 150.
21. González Pedraza-Avilés A. Vázquez Navarrete I. Calidad de vida relacionada con la salud en una clínica de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 475-484.
22. Monés, J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir. Esp*. 2004; 76: 71- 76.
23. Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(1): 65-76.
24. Arroyo, A. Pérez, F. Guía de información al paciente sobre colostomías. Valencia. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. 2006: 26-28
25. Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de heridas A.C. Declaración de los derechos de las personas oostomizadas. 2012. Publicación electrónica. Disponible en: <http://www.amcichac.com>
26. Martí, J. Ragué, M. Tejido, V. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona, España. Ediciones Doyma, 1999: 65- 75.
27. Cruz, O. Cano, M. Pat, L.”y col” Epidemiología de oostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del distrito federal. *Rev CONAMED*, 2009 (Supl 1): 15-18.
28. Manual de patología quirúrgica. Pontificia Universidad Católica de Chile; 1999. Disponible: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_023.html
29. Seymour, I. Tom, G. Fischer, E. Principios de cirugía. Séptima edición, Distrito Federal, México Mc GrawHill Interamericana. 2000. Vol: II: 1455- 1460.
30. Azolas, C. Yuri, A. Proctología Práctica. Tercera edición. Santiago, Chile. Sociedad de cirujanos de Chile. 1996. 115- 123.
31. Smith LE, Heneghan GM. Manejo de las oostomías En: Shackelford RT. Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1993:201-23.
32. Heras, M. Manejo de ileostomías y colostomías en atención primaria. *Boletín de enfermería de atención primaria*. Gerencia de atención primaria de talavera de la reina. 2011; 1-19.
33. Burch, J. Dietary considerations for the older oostomate. *Nursing and Residential Care*, 2006; 8 (8), 354.
34. Fernández MA. Elección de dispositivos colostomías-ileostomías-uroostomías y fístulas digestivas. *Inquietudes* 1999; (16): 15-20.

XIV. ANEXOS

1. Hoja de recolección de datos.
2. Consentimiento Informado.
3. Escala de Olson para evaluación del subsistema conyugal.
4. Cuestionario de Montreux.

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1. DATOS GENERALES PARA PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA QUE ACUDEN AL HGR No 220

NOMBRE DEL PACIENTE:

NSS:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

EDAD:

GENERO: MASCULINO () FEMENINO ()

2. RELACIONADOS AL ESTOMA

DIAGNÓSTICO POR LO CUAL SE REALIZO EL ESTOMA:

TIPO DE ESTOMA: COLOSTOMIA () ILEOSTOMIA ()

TIEMPO DE USO: TEMPORAL () PERMANENTE ()

COMPLICACIONES EN RELACION A SU ESTOMA:

IRRITACIÓN FRECUENTE EN LA PIEL () PROLAPSO () HERNIAS ()
ESTENOSIS () RETRACCIÓN () NINGUNA ()

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA ADSCRITOS AL HGR CON UMF No 220 GRAL. VICENTE VILLADA DE ENERO A JUNIO DEL 2013”
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Toluca, México. Enero- Junio 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Describir el subsistema conyugal y la calidad de vida en el paciente con colostomía e ileostomía
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Fortalecer el tratamiento, brindar apoyo en pacientes con colostomía e ileostomía
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Serán publicado en tesis de posgrado
Participación o retiro:	Voluntaria
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica
<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Fortalecer tratamiento en pacientes con colostomía e ileostomía
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Alfredo Hernández Olivares Teléfono de contacto: 044 7712293175. email: alfredo300879@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. María Emiliana Avilés Sánchez. Dra. Juana Becerril. Dr. Carlos Humberto Sandoval Jiménez.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

_____ Nombre y firma del sujeto	Alfredo Hernández Olivares _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3. ESCALA EVALUATIVA DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE OLSON.

I Comunicación.	Nunca	Ocasional	Siempre
a.- Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b.-La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
c.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II Adjudicación y asunción de papeles.			
a.- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5
b.- Son satisfactorios los papeles que asume la pareja.	0	2.5	5
c.- Se propicia el intercambio de papeles entre la pareja.	0	2.5	5
III Satisfacción Sexual.			
a.- Es satisfactoria la frecuencia de la relaciones sexuales	0	5	10
b.- Es satisfactoria la calidad de la relación sexual	0	5	10
IV Afecto			
a.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b.- El tiempo que le dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c.- Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d.- Percibe que es querido por su pareja	0	2.5	5
V Toma de decisiones			
a.- Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

Funciones	Parámetros	Calificación	Asignada %
I.-Comunicación	Clara	10	30
	Directa	10	
	Congruente	10	
II.-Adjudicación y Asunción de Papeles	Congruencia	5	15
	Satisfacción	5	
	Flexibilidad	5	
III.-Satisfacción Sexual	Frecuencia	10	20
	Satisfacción	10	
IV.-Afecto	Manifestación física	5	20
	Calidad de convivencia	5	
	Interés por el desarrollo de pareja	5	
	Reciprocidad	5	
V.-Toma de Decisiones	Conjunta	15	15
	Individual	0	
	Total	100	100

ANEXO 4 CUESTIONARIO “MONTREUX” DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMAS.

Sección 1: Calidad de Vida.

1.- ¿Hasta qué punto se encuentra fuerte?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2.- ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
-------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

3.- ¿Se cansa fácilmente?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

4.- ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

5.- ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

6.- ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
-------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

7.- ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo	0	1	2	3	4	Excelente
----------	---	---	---	---	---	-----------

8.- ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil	0	1	2	3	4	Muy fácil
------------	---	---	---	---	---	-----------

9.- ¿Hasta qué punto usted lo pasa bien (hobbies, entretenimiento, vida social)?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

10.- ¿Come a gusto?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

11.- ¿Hasta qué punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?

Nada	0	1	2	3	4	Mucho
------	---	---	---	---	---	-------

12.- ¿Come usted lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

13.- ¿Hasta qué punto se siente útil?

Nada	0	1	2	3	4	Muy útil
------	---	---	---	---	---	----------

14.- ¿Hasta qué punto se siente feliz?

Nada	0	1	2	3	4	Muy feliz
------	---	---	---	---	---	-----------

15.- ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada	0	1	2	3	4	Muy satisfactoria
------	---	---	---	---	---	-------------------

16.- ¿Hasta qué punto nota usted dolor?

Nada	0	1	2	3	4	Insoportable
------	---	---	---	---	---	--------------

17.- ¿Con qué frecuencia nota usted dolor?

Nada	0	1	2	3	4	Continuamente
------	---	---	---	---	---	---------------

18.- ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala	0	1	2	3	4	Excelente
----------	---	---	---	---	---	-----------

19.- ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo miedo
------	---	---	---	---	---	-----------------

20.- ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Del todo suficiente
-------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

21.- ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada	0	1	2	3	4	Mucho
------	---	---	---	---	---	-------

22.- ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

23.- A pesar de mi estoma, creo que llevo una vida normal.

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Sección 2: Autosuficiencia.

Hasta qué punto se siente seguro para:

24.- Limpiarse el estoma.

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

25.- Cambiar o utilizar su bolsa.

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

26.- Tirar su bolsa.

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

27.- Obtener sus bolsas de recambio.

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

28.- Conseguir consejo o ayuda en caso necesario.

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

Sección 3: Cuestiones generales.

29.- ¿Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma?

Nada	0	1	2	3	4	A veces
------	---	---	---	---	---	---------

30.- ¿Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma?

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

31.- Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

32.- A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma.

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

33.- Mi familia y mis amigos son sensible a mis necesidades personales.

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

34.- Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme.

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

GRACIAS.

Cálculo de las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida, autosuficiencia cuestiones generales.

	Sumar las puntuaciones de los siguientes. Ítems	Resultado	Multiplicar por este factor	Totales
Sección 1: Calidad de vida				
Bienestar psicológico	9+13+14+15+18		*4	
Bienestar físico	1+2+3+7+11		*4	
Imagen corporal	5+8+19+22		*5	
Dolor	16+17		*10	
Actividad sexual	6		*20	
Nutrición	4+10+12		*6.7	
Preocupaciones sociales	20+21		*10	
Manejo	23		*20	
Sección 2: Autosuficiencia				
Autosuficiencia	24+25+26+27		*5	
Ayuda y Consejo	28		*20	
Sección 3: Cuestiones generales				
Adaptación positiva	29+30		*10	
Adaptación negativa	31+32		*10	
Ayuda	33+34		*10	