

**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO
PERMANENTE QUE ASISTE A LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
OSTOMIZADOS**

ANDRÉS FERNANDO PINZÓN SARMIENTO



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ, D. C.

2009

**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO
PERMANENTE QUE ASISTE A LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
OSTOMIZADOS**

ANDRÉS FERNANDO PINZÓN SARMIENTO

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar al título de: Enfermero Profesional**

ASESORAS

PRISCILA GONZÁLEZ SALCEDO

Enfermera

ALIDA M. CHAVES REYES

Enfermera

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ, D. C.

2009

Nota de Aceptación

Firma Presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D. C. Diciembre de 2009.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por los alumnos en sus trabajos de tesis, sólo velará para que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia.”

(Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana,
Artículo 23 de la Resolución No 13 de julio de 1964).

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres, a mi esposa e hijo que siempre estuvieron presentes apoyándome cuando los necesité, dándome la esperanza y la fuerza para culminar mi carrera a pesar de todos los obstáculos presentados en el transcurso de mis estudios.

A mis padres gracias por darme la oportunidad de demostrarles lo que significa para mí todos los esfuerzos hechos por parte de ellos.

A mi esposa por el apoyo incondicional y apoyo moral cuando me sentía débil, además, por acompañarme en gran parte de este proceso.

A mi hijo por ser la razón de mi vida y la razón del querer ser profesional para brindarle calidad de vida.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	15
2. PREGUNTA PROBLEMA	20
3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	21
3.1 PERCEPCIÓN.....	21
3.2 CALIDAD DE VIDA.....	21
3.3 PACIENTE CON COLOSTOMÍA PERMANENTE	22
3.4 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OSTOMIZADOS	23
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5. PROPÓSITOS	25
6. MARCO TEÓRICO	26
6.1 CALIDAD DE VIDA.....	26
6.2 INSTRUMENTOS QUE HABLAN DE CALIDAD DE VIDA	29
6.2.1 QLI (Quality of Life Index)	33
6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	33
6.3.1 Validez	35
6.4 CÁNCER.....	36
6.4.1 Cáncer Colo-Rectal.....	38
6.4.1.1 Signos y Síntomas	39
6.4.1.2 Diagnostico	39

6.5	OSTOMÍA.....	40
6.5.1	Clasificación General de las Ostomías	40
6.6	COLOSTOMÍA.....	41
6.6.1	Tipos de Colostomías	42
6.6.2	Complicaciones de las Colostomías	43
6.6.3	Dispositivos Utilizados En Las Colostomías.....	44
6.6.4	Cuidados Del Estoma	44
7.	METODOLOGÍA	47
7.1	DISEÑO.....	47
7.2	POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	47
7.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	48
7.4	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	48
7.5	OTRAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	50
8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
9.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	52
10.	CONCLUSIONES	76
11.	RECOMENDACIONES.....	77
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
	BIBLIOGRAFÍA.....	82
	ANEXOS.....	12

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Grafica 1. Distribución de Edad de los Participantes en el Estudio de la Asociación Colombiana De Ostomizados	55
Grafica 2. Distribución Por Sexo de los Participantes en el Estudio de la Asociación Colombiana De Ostomizados	56
Grafica 3. Ubicación Por Estratos Socioeconómicos De Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostomizados	57
Grafica 4. Distribución Por Estado Civil De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados	58
Grafica 5. Ingreso Económico Promedio De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.....	59
Grafica 6. Ubicación Por Niveles De Estudio De Los Participantes Del Estudio De Las Asociación Colombiana De Ostomizados.....	60
Grafica 7. Situación Laboral Actual De Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados	61
Grafica 8. Situación De Convivencia De Los Participantes Del Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados	62
Grafica 9. Tiempo De La Colostomía Permanente De Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.....	63
Grafica 10. Causa De La Colostomía Permanente De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados	64
Gráfica 11. Promedio Total Del Nivel De Calidad De Vida De Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostomizados.....	65
Grafica 12. Promedio Puntos Descritos De Las Cuatro Esferas Evaluadas Con Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostomizados ..	66
Grafica 13. Distribución porcentual en la Subescala Psicológica y Espiritual con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	67

Grafica 14. Distribución porcentual de la Subescala Salud y Funcionalidad con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	69
Grafica 15. Distribución porcentual en la subescala de familia con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	72
Grafica 16. Distribución porcentual en la subescala Social y Económica con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	74

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Proporción de muertes por cáncer atribuidas a factores ambientales en Estados Unidos	37
Tabla 2. Dispositivos Utilizados En Las Colostomías Y Tiempo De Cambio De Dispositivos	44
Tabla 3. Distribución porcentual de la Subescala Psicológica y espiritual con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	67
Tabla 4. Distribución porcentual de la Subescala Salud y Funcionalidad con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	69
Tabla 5. Distribución porcentual en la subescala de familia con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).	72
Tabla 6. Distribución porcentual en la subescala Social y Económica con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).....	74

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. REPORTE DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OSTOMIZADOS (ACDO) PARA EL AÑO 2008

ANEXO B. CALIDAD INDICE DE VIDA[®] FERRANS Y POWER

ANEXO C. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LA ASOCIACIÓN

ANEXO D. CARTA DE RESPUESTA DE LA ASOCIACIÓN.

ANEXO E, DESCRIPCIÓN DE LA PUNTUACIÓN PARA EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (ICV) DE FERRANS Y POWERS

ANEXO F. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV), es una problemática que se ha estudiado en las personas con Colostomía Permanente, existen muchos estudios en diferentes países del mundo entre los cuales se puede destacar los españoles, los cuales reflejan la baja calidad de vida de las personas que afrontan esta situación, la mayoría de los estudios se refieren a la calidad de vida en el postoperatorio inmediato, pero existen muy pocos estudios en donde se enmarque la recuperación de esta en la reintegración a la comunidad, refiriéndose a la participación de las personas con colostomía permanente dentro de una asociación en este caso la Asociación Colombiana de Ostomizados en Bogotá, Colombia.

Uno de los objetivos de la presente investigación fue conocer la calidad de vida de los pacientes con Colostomía permanente participantes de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO); sabiendo que el estudio de la calidad de vida es complejo, pues siempre se da una perspectiva cualitativa, refiriéndose esta a las comodidades de cada persona; en este trabajo se enmarca la calidad de vida desde una óptica cuantitativa, utilizando el instrumento “Quality of life index” de las autoras Ferrans y Power de la universidad de Illinois en Chicago, creado en el año de 1984.

Una de las motivaciones para realizar la siguiente investigación, fue la de involucrarme dentro de la asociación, para conocer cómo estas personas perciben su calidad de vida; si bien es cierto que pertenecer a una asociación ayuda en la recuperación esta, en todas las esferas y dimensiones descritas en los diferentes estudios y presentadas por el instrumento utilizado en donde se enmarca no solo la parte familiar y personal, sino, también implicada la parte económica, espiritual y psicológica. Es importante conocer si las redes de apoyo diferentes a la familia, que poseen bases propias y conocimientos de la situación

inmediata son efectivas para actuar frente a esta, participando como apoyo directo o indirecto en cada asociado de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO); al permitir que el investigador participara como miembro activo de la asociación se brindaron bases para dar respuesta de los cuestionamientos anteriores aportando gran parte al desarrollo del análisis del trabajo de investigación.

Dentro de las practicas realizadas durante el desarrollo de la carrera, se observaron en distintas instituciones, y básicamente en el servicio de cirugía, las necesidades que presentan las personas que afrontan esta nueva situación, necesidades inicialmente de educación, de apoyo emocional incluyendo todos los ámbitos y no solo la familia, orientación hacia el futuro, enmarcándose, también, las necesidades mediatas que son el cuidado directo de enfermería, observando y reconociendo a la persona como ser integral de cuidado.

Es importante desarrollar este tipo de investigaciones de tipo cuantitativo en la calidad de vida, pues como profesionales de enfermería podemos actuar sobre lo tangible, descubriendo falencias en las cuales podemos intervenir directamente como actores de cuidado.

Se participo dentro de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO) durante un periodo de 10 meses, en los cuales se asistió a las asambleas celebradas cada mes, se colaboró en actividades especiales, de promoción y publicidad para la asociación, se identifico el grupo especifico para ser estudiado, el cual acepto su participación dentro del estudio para conocer su propia situación dentro de la ACDO frente a la calidad de vida evaluada por este instrumento.

Se aplicó el instrumento con su respectiva ficha sociodemográfica caracterizando a la población para que no existan sesgos de información.

Finalmente se entregará copia de esta investigación a la Asociación Colombiana de Ostomizados, para que repose en sus archivos de investigaciones, y en su momento sirvan para nuevas investigaciones haciendo a la ACDO un ente de expansión para que sea reconocida a nivel nacional y de referencia para las personas con Colostomía Permanente que necesitan estar apoyados dentro de una institución que pueda brindarles sus servicios, finalmente llegando a la recuperación de la calidad de vida.

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El cáncer de Colon es un tumor maligno que se presenta en el intestino grueso. La edad de aparición promedio es de 50 años y afecta a más mujeres que hombres, mientras que el rectal se presenta más en hombres que mujeres.

Muchos factores favorecen el desarrollo del cáncer de colon, dentro de estos encontramos los inadecuados estilos de vida como el sedentarismo, los hábitos alimenticios y el estrés. En Colombia según datos de GLOBOCAN **(1)** para el año 2002 el cáncer colo-rectal se ubicó en la cuarta posición con una incidencia de 5.756 casos, de estos el 69 % de los casos es detectado en estadios avanzados **(2)**, siendo finalmente el único tratamiento la realización de una ostomía para que las personas puedan eliminar los productos de desecho del organismo. **(3)**

Una ostomía es el resultado de un procedimiento quirúrgico que crea una abertura artificial en el cuerpo. Esta abertura se llama *estoma* (deriva de la voz griega stoma que significa “boca”).

La colostomía es una intervención quirúrgica en la cual se aboca una parte del intestino grueso a la pared abdominal **(4)**; de acuerdo al tipo de patología las colostomías pueden ser temporales o definitivas, cuando es consecuencia del cáncer y no es posible realizar reconstrucción del intestino es necesaria la colostomía de forma definitiva permitiendo la salida de heces al exterior **(5)**.

La incidencia de las ostomías según reporte de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO) para el año 2008 en Colombia muestra un total de 421 ostomizados, reportados que portan una colostomía, Ileostomía o Urostomía, el 85% han sido construidas por un Cáncer de colon o Cáncer de recto, 5% por Cáncer de Vejiga, 3% por problemas congénitos, 2% por secuelas de quimioterapia o radioterapia de tratamiento de otro tipo de cáncer (útero, cérvix),

2% por otras causas entre ellas: resultado de violencia, trauma, entre otras. En cuanto al sexo se presenta con mayor incidencia en mujeres. **(Ver anexo A)**

La colostomía permanente con la que vive el paciente con cáncer de colon, tiene un impacto importante en la calidad de vida; en la literatura revisada se encuentra que los principales aspectos que la comprometen son de tipo psicológico, sexual, mecánicos, de prestación de servicios de salud, entre otros.

Dentro de los cambios de tipo psicológico se presentan: *cambios en la imagen corporal permanente, que generalmente se acompañan de sentimientos de degradación, mutilación y restricción (6)*; relacionado con el aspecto anterior y de igual importancia se referencia la alteración en la vida sexual, muchas de las personas experimentan dificultades en el desarrollo de su sexualidad, ya *que este procedimiento hace que la persona se sienta menos atractiva y deseada por su pareja (6)*.

Otro aspecto que compromete la calidad de vida de los pacientes colostomizados son los problemas de tipo mecánico, desde la etapa del perioperatorio, rehabilitación e integración a la comunidad que son destacados en el artículo de Walling, los principales son: *hernias, prolapsos y estenosis del intestino abocado*; estos se pueden presentar tanto en el paciente ambulatorio como en el paciente hospitalizado, teniendo mayor incidencia en este último **(7)**, lo que genera un gran impacto en los diferentes ámbitos: personal, familiar, social, económico y espiritual entre otros.

En Colombia los servicios de salud no satisfacen las necesidades de los pacientes colostomizados, según Yolanda Uribe, *“una de las mayores necesidades que tienen estos pacientes, aún más importantes que el apoyo familiar o el empleo, es tener los implementos de colostomía, sin embargo, las EPS en Colombia a menudo dificultan la entrega de estos materiales”***(8)**

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario conocer lo expuesto dentro de la Constitución Política Colombiana que consagra el derecho a la salud como INTEGRAL, y no solamente la mera existencia biológica, este está relacionado también con desarrollar un proyecto de vida ligado al principio de dignidad humana; el Artículo 49 de esta cita: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.

Mariela Acero de Romero actual presidenta de la ACDO asegura que: *“en nuestro país, desde hace muchos años se enmarca las necesidades y la baja calidad de vida de los pacientes ostomizados, por la constante violación del derecho y la negligencia por parte de las EPS”*. Precisamente para procurar soluciones a esta gran dificultad y para servir de apoyo a los pacientes, en 1978 se creó la Asociación Colombiana de Ostomizados, convertida en un baluarte para los pacientes.

La Asociación Colombiana de Ostomizados, afiliada a la Organización Internacional de Ostomizados (IOA) por sus siglas en Ingles desde el año 1978 *“por interés e iniciativa del Señor Gustavo Cajiao (Presidente de A.C.D.O del momento, persona muy activa, e inquieta) quien leyendo e investigando y con los médicos cirujanos de entonces , conoció la existencia de la IOA, y considero de gran importancia tener participación en ella, como Asociación” (9)*, replica sus directrices en la rehabilitación de estos pacientes, al compartir experiencias y buscar apoyo multidisciplinario del personal de salud *“para que los atienda convenientemente”*. Además, explica Mariela Acero de Romero, actual presidenta de la Asociación, *“también se hace gestión ante las entidades del gobierno - legislativas y de salud-, y con las organizaciones de personas con cáncer, para buscar apoyo”. (10)*

De acuerdo a los estatutos en los que se fundamenta la Asociación Colombiana de Ostomizados, el objeto social es asesorar, apoyar y ayudar a rehabilitar a las personas con ostomía, grupo que padece una problemática de salud pública que no cuenta con un programa de atención institucionalizado en el ministerio de la protección social, exactamente refiriéndose a la secretaria de salud. Los miembros de la asociación se reúnen los primeros sábados de cada mes en Bogotá, para tratar temas que les ayuden a mejorar su modo de vida; y realizar las siguientes actividades:

- Asamblea general los primeros sábados de cada mes.
- Organización de conferencias y seminarios para conocer los adelantos en el tema de ostomías y así tener mayor conocimiento del manejo de estas.
- Desarrollo de las actividades de ayuda, con la participación de las personas Ostomizadas para compartir y aprender a vivir con la Ostomía.
- Integración social con paseos y actividades recreativas especiales para brindar esparcimiento a las personas Ostomizadas favoreciendo así un cambio en la rutina.
- Asesoría Jurídica con el apoyo de profesionales en la materia para quienes le han sido vulnerados sus Derechos.

Las experiencias de vida de las personas que asisten a la Asociación Colombiana de Ostomizados no son precisamente el objeto de esta investigación, pero se sabe que al compartirlas se puede llegar a interpretar la “calidad de vida” como se quiere mostrar en este estudio y con ayuda del instrumento “Quality of Life Index”.

(Ver anexo B)

Para el desarrollo del estudio se utilizará el instrumento “Quality of Life Index”, desarrollado por Carol Estwing y Marjorie Powers en el año 1984, en su versión general, instrumento validado, que ha sido utilizado en más de 40 estudios a nivel mundial y que posee diferentes configuraciones para diversas patologías crónicas,

este instrumento enmarca diferentes aspectos de la vida, que miden el grado de satisfacción e importancia dividido en 4 escalas, que se presentan a continuación: Salud y Funcionalidad, Social y Económica, Psicológica y Espiritual y Familia.

Jorge Larrosa afirma acerca de las experiencias de vida que: *“Es como si la identidad de una persona, la forma de una vida humana concreta, el sentido de quién es y de lo que le pasa, sólo se hiciera tangible en su historia”*; sabiendo así, que las historias de vida constituyen un espacio colectivo en donde varias personas interactúan para así poder tomar aspectos importantes de otros para su propia vida.

Con los resultados de esta investigación, se pretende brindar elementos a los profesionales de enfermería, que les permitan ser apoyo y ayuda a las personas que enfrentan esta nueva situación (el estar ostomizado), detectando las necesidades básicas de la persona para mejorar su calidad de vida, reconociendo todos los aspectos que enmarcan a la persona, desde el postoperatorio inmediato hasta la reincorporación a la comunidad, conociendo los tiempos prudenciales de duelo y recuperación de la calidad de vida, en cuanto se refiere a las dimensiones no solo de salud, sino reconociendo a la persona como ser integral abarcando las esferas económicas, sociales, espirituales, psicológicas, entre otros, así mismo desarrollar programas los cuales permitan la continuidad del cuidado de enfermería para los pacientes con colostomía permanente, no solo limitándolo a la clínica y a las complicaciones, para entender las ultimas conociendo los aspectos totales de cada persona para poder brindar un cuidado individualizado.

2. PREGUNTA PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito y conociendo la labor de los profesionales de enfermería en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes ostomizados, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Como perciben su calidad de vida los pacientes con colostomía permanente, que asisten a la Asociación Colombiana de ostomizados en Bogotá, entre Agosto a Noviembre de 2009?

3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

3.1 PERCEPCIÓN.

La palabra percepción proviene del latín *perceptio*, compuesta del prefijo *per* (intensidad) el verbo *capere* (capturar) y el sufijo *tio* (acción y efecto). Es decir es “la acción y efecto de capturar bien las cosas; **(11)** la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización **(12)**. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de los órganos sensoriales sino también del cerebro.

Para este estudio la palabra percepción se centrará y/o utilizará en términos operativos; en como las personas sienten, creen y organizan los diferentes aspectos de la vida desde su situación de colostomizado.

3.2 CALIDAD DE VIDA.

Calidad de vida es un concepto que se ha venido trabajando desde los años setenta, donde se referenció para describir la función física y emocional de un individuo o de un grupo de personas **(13)**; según el diccionario de la real academia de la lengua española esta se refiere a la medida de energía o fuerza optima que se le confiere a una persona, la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que plantea el mundo real.

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*”

Para este estudio se tomara la definición dada por Ferran y Power **(14)** como *“La sensación personal de bienestar que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para la persona”*.

QLI (Quality of life index): Es el instrumento desarrollado por Ferran y Power para medir la calidad de vida en término de satisfacción con la vida. El QLI mide la satisfacción y la importancia de diferentes aspectos de la vida medidos en 4 escalas que se han presentado anteriormente, en donde reciben una calificación cuantitativa de 1 a 6: donde 1 se refiere a muy descontento y 6 se refiere a muy satisfecho.

3.3 PACIENTE CON COLOSTOMÍA PERMANENTE.

Persona adulta entre los 35 – 80 años, que ha sido sometida a un procedimiento quirúrgico en donde se aboca una parte de intestino a la pared abdominal para que sea posible la eliminación de los productos de desecho del organismo.

Dentro de las indicaciones para la realización de una colostomía se enmarcan diferentes factores:

- Enfermedades infecciosas e inflamatorias del intestino (colitis, colitis ulcerativa, entre otros)
- Traumáticas (ya sea referidas por violencia, accidentes, secuelas de un procedimiento, peritonitis, entre otros factores)
- Tumoral de tipo benigno y maligno que producen obstrucción de algún segmento de intestino (Cancer de útero y cérvix y daño del esfínter anal)

3.4 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OSTOMIZADOS.

Es una entidad sin ánimo de lucro, destinada a la salud e investigación, que presta servicios a la comunidad en general y las personas ostomizadas en particular. Fundada en 1978 por el interés del Señor Gustavo Cajiao, que en compañía de sus familiares y cirujanos vieron la necesidad de crear un grupo de apoyo para las personas ostomizadas; las actividades de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO) son coordinados por la junta directiva (presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, revisor fiscal y vocales).

La filosofía de la ACDO es ayudar a todas las personas ostomizadas a lograr una mejor calidad de vida y a proveer todos los elementos que le faciliten y le brinden confort para integrarse a su entorno familiar, laboral y social.

Actualmente hay 180 personas activas dentro de la asociación.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar la calidad de vida, percibida por los pacientes con colostomía permanente, que asisten a la Asociación Colombiana de Ostomizados en Bogotá, entre Agosto a Noviembre de 2009.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar a los participantes de la Asociación Colombiana de Ostomizados ACDO, para relacionar la literatura y las situaciones vivenciales de los miembros.
- Describir el grado de satisfacción e importancia de la dimensión de salud y funcionalidad en el paciente con colostomía permanente.
- Conocer el grado de satisfacción e importancia de la dimensión social y económica en el paciente con colostomía permanente.
- Determinar la satisfacción e importancia de la dimensión psicológica y espiritual en el paciente con colostomía permanente.
- Identificar la satisfacción e importancia de la dimensión familiar en el paciente con colostomía permanente.

5. PROPÓSITOS

- Una vez identificadas las necesidades no resueltas y falencias de los pacientes con colostomía permanente, en la calidad de vida en los aspectos social, económica, espiritual, familiar el profesional de enfermería establecerá procesos de atención que le permitan brindar de manera integral asesoría y cuidado a la persona en su nueva situación.
- Colaborar con la Asociación Colombiana de Ostomizados para que los pacientes con colostomía permanente y sus familias, tengan un proceso de adaptación adecuado y puedan enfrentar su nueva situación, llenando los vacíos que engloban la calidad de vida desde cualquier escala en la cual exista deficiencias.
- Crear y utilizar los medios de comunicación pertinentes y necesarios para que la Asociación Colombiana de Ostomizados sea reconocida a nivel, local, nacional e internacional.
- Capacitar a las nuevas generaciones de profesionales y auxiliares de enfermería enfocadas en el trabajo comunitario de las personas que asisten a las reuniones de la asociación Colombiana de Ostomizados, para que a su vez estos divulguen la información a otras personas que enfrentan esta situación.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 CALIDAD DE VIDA.

Calidad de vida (CV) es un concepto que se ha venido trabajando desde los años setenta, donde se referenció para describir la función física y emocional de un individuo o de un grupo de personas **(14)**; según el diccionario de la real academia de la lengua española, esta se refiere a la medida de energía o fuerza optima que se le confiere a una persona, la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que plantea el mundo real.

El interés por estudiar la calidad de vida es antiguo, sin embargo la preocupación por el desarrollo sistemático y científico del constructo es relativamente reciente, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como la salud, la educación, la economía, la política y otros ámbitos en general.

La literatura más difundida sobre calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como el crecimiento económico (Clarke, 1977), el nivel de vida (Levi y Anderson, 1980 y Sen, 1987), el bienestar (Dasgupta, 1988), la expansión demográfica (Lassonde, 1997); como con los aspectos sectoriales del desarrollo, la productividad y los procesos y condiciones de trabajo (Drucker, 1983 y García, 1983), la vida en las ciudades (Velásquez, editor: 1988), la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad o necesidades individuales (Morgan y Murgatroyd, 1994; Stanley, 1994; Holcombe, 1995; Diener, 1984) y se alude ampliamente a las dificultades para su medición (principalmente, Brock, 1995 y Milbrath, 1978), sin propuestas concretas de cómo resolver tales dificultades.**(38)**

Menciones interesantes a la calidad de vida como expresión del desarrollo integral y no tanto de la cantidad disponible de bienes y servicios se encuentran en Toffer

(1970) y de manera reiterada en los difundidos Informes de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD -de 1990 en adelante). Por su parte, Iglesias (1993: 13) señala que las insuficiencias en calidad de vida y en la formación de recursos humanos se plantean como uno de los principales obstáculos para un desarrollo más moderno, más competitivo y más dinámico en el futuro. No obstante, en ninguno de esos casos se desarrolla una propuesta conceptual clara sobre tales conexiones.

En los años sesenta crece el interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, surge la necesidad de medir la calidad de vida realizada a través de datos objetivos y subjetivos mediante el análisis de la percepción del individuo en cuanto a lo que se considera un nivel de bienestar.

Existe consenso entre los diversos autores que han abordado el tema, pues, la calidad de vida está relacionada con las necesidades humanas, siendo la evaluación objetiva y subjetiva la mejor forma de evaluación.

En los años ochenta el termino calidad de vida se adopto como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las practicas de los servicios humanos, mas orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

A lo largo de los 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, así obligando 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 una 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. Como las conductas y acciones de los seres humanos están guiadas por propósitos y/o metas, la calidad de vida abarca también aspectos subjetivos, sobre todo la capacidad de planear y estructurar proyectos. El proceso mediante el cual se construye el futuro, descansa en la creatividad y el conocimiento que da la competencia para contender con la incertidumbre y las turbulencias. La calidad de vida es un fenómeno no lineal que articula lo cuantitativo con lo cualitativo. **(17)**

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”* **(18)**

A nivel mundial, el cáncer es la principal causa de mortalidad, se le atribuyen 7.9 millones de defunciones ocurridas en 2007. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015.

Asimismo, la mortalidad más alta es debida al cáncer de pulmón, seguido por el de estómago, hígado, colon y mama; por sexo las incidencias más frecuentes en los hombres son por cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata; y para las mujeres al de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino **(19)**.

El cáncer constituye un grupo de enfermedades crónico degenerativas (son más de 100 tipos) **(20)**, provocadas por factores genéticos heredados o externos. La OMS **(21)** señala que el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para

desarrollar la enfermedad, así como el sobrepeso u obesidad, una dieta baja en frutas y hortalizas, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la presencia de enfermedades de transmisión sexual tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus del Papiloma Humano (VPH), la contaminación del aire urbano y la presencia de humo por la utilización doméstica de combustibles sólidos como la leña.

6.2 INSTRUMENTOS QUE HABLAN DE CALIDAD DE VIDA.

Existe un gran conjunto de instrumentos para evaluar la Calidad de Vida globalmente y otros son más específicos para cada enfermedad. Una ventaja de los instrumentos genéricos reside en la capacidad que ofrecen para comparar puntuaciones de la CV en diferentes grupos de pacientes (de cáncer y con otras enfermedades), además si se eligiera un sólo instrumento para uso general, los clínicos tendrían una medida simple de la Calidad de Vida que pudieran comprender fácilmente.

Un ejemplo de ello es el índice de la Calidad de Vida creado por Spitzer que incluye un punto para: las actividades de la vida diaria, las actividades principales, la salud, la actitud y el sostén.

Otros instrumentos como el Cuestionario de Cáncer de Mama de Levine están diseñados para que los pacientes puedan evaluar repetidamente sus síntomas y reportar sus respuestas físicas y emocionales a la quimioterapia adyuvante. Las puntuaciones resultantes muestran las respuestas inmediatas y específicas de los pacientes a la enfermedad y al tratamiento.

Actualmente no existe un instrumento único, genérico o específico de cáncer que pueda considerarse como *patrón oro*.

La gran incidencia y prevalencia del cáncer hacen de éste un tema económico de importancia, por ello algunos investigadores proponen adicionar a las mediciones de la calidad de vida, evaluaciones económicas de las tecnologías de salud, con el propósito de apoyar la política médica en diferentes niveles en la toma de decisiones.

Pueden combinarse varios instrumentos para aportar información sobre la Calidad de Vida a corto y largo plazo. Las mediciones repetidas evalúan las respuestas a corto plazo durante el curso del tratamiento.

El Índice de Vida Funcional de Cáncer (FLIC) y el Cuestionario de Cáncer de Mama (BCQ) se diseñaron para uso repetido antes, durante e inmediatamente después del tratamiento.

Mediciones de evaluación global como el índice de la Calidad de Vida de Spitzer reflejan la Calidad de Vida al diagnóstico, al tratamiento o durante un período largo. Se ha utilizado este índice para evaluaciones repetidas durante el curso del método, pero las puntuaciones globales tienden a responder menos a los cambios clínicos a corto plazo que las mediciones específicas de la enfermedad. La cuestión básica es el uso de mediciones de la Calidad de Vida para evaluar respuestas a corto y largo plazo después de éste.

Un esfuerzo investigativo grande en los últimos decenios ha producido un abanico de cuestionarios sofisticados para medir tanto los aspectos específicos como la Calidad de Vida en general. Estos instrumentos varían en el modo de aplicación, en el énfasis, en los alcances y en la longitud. Un gran número de escalas han sido exitosas en la generación de puntuaciones reproducibles y válidas.

El índice de Performance Status de Karnofsky algunos clínicos lo consideran equivalente a la Calidad de Vida, pero otros lo han valorado como poco relacionado y confiable, por lo referido por los pacientes sobre si mismos.

La escala del ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), aunque es más sencilla, se le señalan los mismos defectos de su antecesora, la escala de PS de Karnofsky.

El Índice de Calidad de Vida (QLI), de Spitzer ofrece ayuda a los médicos para evaluar globalmente los beneficios y los riesgos relativos a los tratamientos de las enfermedades graves y de los programas de apoyo, como la atención paliativa o el servicio en asilos y hogares. Este índice explora en las siguientes dimensiones la ocupacional, la doméstica u otras actividades principales de la vida diaria: como la salud, el apoyo de los miembros de la familia u otras personas importantes y actitud ante la vida. Ofrece una dimensión global de estas mediciones, pero no mide el estado de la salud. El Quality of Life Uniscale, también creado por Spitzer, utiliza una escala analógica visual que solicita el sujeto que ofrezca una calificación sumaria global. Los instrumentos están diseñados para uso de los pacientes, de las personas importantes para él y de los profesionales de la salud que lo atienden. La confiabilidad y la validez del QLI han sido demostradas en estudios realizados en Australia, Canadá y los EEUU con distintos tipos de enfermos.

Otros modelos para ser llenados por el paciente, el médico y otro profesional de la salud o familiar, han sido desarrollados para determinar si podrían obtenerse categorías comparables de varias fuentes. Chubon, Padilla, Ferrans y Power desarrollaron mediciones globales de Calidad de Vida para ser completadas por los enfermos

El Índice de Padilla, se derivó de una medición originalmente propuesta por Presant, incluye condiciones físicas, actitudes de los pacientes, bienestar y apoyo. Shipper fue el primero en aplicar el Índice de Vida Funcional (FLIC); es uno de los instrumentos más nuevos. El FLIC contiene 22 ítems pertenecientes a síntomas y

dolencias relacionadas con el tratamiento del cáncer así como el impacto de la enfermedad y la conducción sobre el funcionamiento físico, psicológico y social.

Selby y cols han tomado otra vía para el desarrollo de un instrumento para pacientes de cáncer. Ellos utilizan 18 ítems del Sickness Impact Profile, medición global concebido por Bergner. Las áreas generales incluidas son: trabajo, conducción del hogar, recreación, movilidad, viveza, conducta emocional, comidas, descanso y sueño, vida social, relaciones familiares, cuidado del cuerpo, movimiento y comunicación. También se incluyen 12 ítems que evalúan los problemas específicos de la enfermedad (dolor, dificultad respiratoria, mucositis, náuseas, vómitos alopecia entre otras).

Además se añaden dos enunciados para una categoría global de satisfacción y la Calidad de Vida. El cuestionario está diseñado para ser llenado por médicos o pacientes y se utiliza el análisis factorial para definir las dimensiones que representan. Sólo es utilizado por el grupo de Selby.

Inicialmente los cuestionarios se diseñaron para recoger información descriptiva, de pacientes con estados de salud relativamente estables. De estos estudios se obtuvo información relacionada con la dinámica de la Calidad de Vida en los sujetos con cáncer. Por ejemplo, aunque el funcionamiento físico se vio que era la determinante más importante de la Calidad de Vida en relación con la salud; otras dimensiones, incluyendo la energía, la capacidad para trabajar, el dolor, el apoyo emocional y el estado anímico, también lo eran, pero en grado menor. En épocas más recientes se ha enfocado el interés en el uso de estos cuestionarios para evaluar las intervenciones terapéuticas. Un hallazgo importante de esta labor es la relación inconsistente entre la respuesta a la terapia y el mejoramiento de la Calidad de Vida. Un creciente número de ensayos clínicos incluyen un esfuerzo para medir el impacto directo de diferentes tratamientos en los síntomas de los pacientes y la Calidad de Vida general. A medida que maduran estos ensayos,

comienzan a brindar información valiosa para los enfermos y los médicos que encaran la elección entre distintas estrategias de tratamiento **(38)**.

6.2.1 QLI (Quality of Life Index). Es el instrumento desarrollado por Ferran y Power para medir la calidad de vida en término de satisfacción con la vida. El QLI mide la satisfacción y la importancia de diferentes aspectos de la vida medidos en 4 escalas: salud y funcionalidad, económica y social, psicológica y espiritual, familia, en donde reciben una calificación cuantitativa de 1 a 6: donde 1 se refiere a muy descontento y 6 se refiere a muy satisfecho, finalmente cuando se analizan los resultados se encontraran diferentes promedios entre importancia y satisfacción según sean dadas las respuestas de los participantes.

Este instrumento ha sido utilizado para medir la calidad de vida de forma cuantitativa en pacientes con diferentes patologías y situaciones tales como:

- Cáncer
- Corazón (IAM)
- Diabetes
- Insuficiencia Renal (fase terminal)
- VIH/SIDA
- Nutrición parenteral (intervenciones educativas), entre otros

Instructivo del instrumento “quality of life index” **(Ver anexo E)**.

6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Confiabilidad Interna.

Los alfas de Cronbach **(22)**

Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala.

Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada, aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cuál es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no. Según George y Mallery (1995), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

La confiabilidad interna para el QLI (escala total) fue apoyada por los alfas de Cronbach que se encuentran en el rango de 0.73 a 0.99 en 48 estudios. Los alfas de Cronbach para las cuatro subescalas se han publicado en 24 estudios, aportando a la validez interna de las subescalas. Los alfas se encontraron en un rango de 0.70 a 0.94 para la subescala de salud y funcionalidad, y entre 0.78 a 0.96 para la subescala psicológica y espiritual. Para la subescala social y económica, las alfas eran aceptable publicadas en 23 estudios, extendiéndose a partir de la 0.71 a 0.92. Para la subescala de la familia, las alfas eran aceptable altas en 19 estudios, extendiéndose a partir de la 0.63 a 0.92

Confiabilidad Externa.

Para la escala total, la ayuda para la confiabilidad externa fue proporcionada por pruebas de correlación con un resultado de 0.87 en un intervalo de dos semanas y 0.81 en un intervalo de un mes (Powers & de Ferrans, 1985) y por correlaciones de 0.78 con tres al intervalo cuatrisesemanal (Rustoen y otros, 1999). La confiabilidad externa también fue apoyada por correlaciones con un intervalo de dos semanas para las cinco esferas: calidad de vida total ($r = 0.79$), salud y

funcionamiento ($r = 0.72$), social y económico ($r = 0.68$), psicológico/espiritual ($r = 0.76$), y familia ($r = 0.69$) (Dougherty y otros, 1998).

6.3.1 Validez.

Validez de Contenido.

La validez de contenido del instrumento QLI apoyada en los ítems del mismo se basa en una revisión de literatura extensa, se relaciona con la calidad de vida y experiencias u opiniones (& de Ferrans; Powers, 1985).

Según Oleson 1990 “La ayuda para la validez de contenido también fue proporcionada por un grado aceptable alto usando el índice de la validez contenido”

Validez de constructo (calidad de vida)

La validez convergente del QLI fue apoyada por fuertes correlaciones entre la puntuación global (total) QLI y Campbell, Converse y Rodgers (1976) medida de la satisfacción de vida ($r = .61, .65, .75, .77, .80, .83, .93$) (Bliley & Ferrans, 1993; Ferrans y Powers, 1985; Ferrans y Powers, 1992; Ferrans & Anderson, 1997; Ferrans, 1990).

Otra prueba de la validez de constructo fue proporcionada por el análisis factorial. El análisis factorial reveló cuatro dimensiones subyacentes del QLI: la salud y funcionalidad, social y económica, psicológica, espiritual, y la familia. El factor de solución analítica explica el 91% de la varianza total. El análisis factorial de los cuatro factores principales que puso de manifiesto un factor de orden superior, lo que representa la calidad de vida (Ferrans y Powers, 1992). Rannestad et al. (2000) realizó posteriormente un análisis factorial con un grupo de 284 mujeres de Noruega, que apoyó el original de cuatro factores.

La validez también fue apoyada usando los grupos contrastados. Los temas fueron divididos en conjuntos basándose en niveles; divulgando los niveles de dolor, de depresión, y de éxito en hacer frente a la tensión. Las esferas que tenían menos dolor, menos depresión, o que hacían frente mejor a la tensión tenían totales perceptiblemente más altos de QLI (Ferrans, 1990). Los grupos puestos en contraste también fue evaluada para la validez de la escala social y económica; encontrado que los que tenían ingresos más altos tenían perceptiblemente más alta la calidad de vida en la subescalas social y económica (& de Ferrans; Powers, 1992).

Sensibilidad

La sensibilidad del QLI se ha demostrado en 27 estudios publicados de la intervención. En estos estudios, las escalas de QLI cambian significativamente con el tiempo, cuando estos se comparan antes y después de una intervención experimental o de un tratamiento terapéutico **(35)**.

6.4 CÁNCER.

El cáncer es el crecimiento y división de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido circundante y hacer metástasis en puntos distantes del organismo. Cada tipo de cáncer es un conjunto de enfermedades que se distingue por la naturaleza, manifestación, o evolución clínica de la lesión. No se conoce la etiología básica pero se admiten múltiples causas potenciales. Partiendo del análisis de los resultados de estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos para identificar los factores que participan en el desarrollo de cáncer, se llegó a la conclusión de que más del 80% de las muertes por cáncer en ese país podían ser atribuidas a factores ambientales **(23)** los cuales son interpretados por la autora en diferentes ámbitos como el tabaco, alcohol, alimentación, aditivos agregados a los alimentos, comportamientos sexuales y reproductivos, ocupación, contaminación, los desechos industriales, medicamentos y terapias, factores propios de la tierra e

infecciones, entre otros (tabla 1). La gran incidencia de diversos tipos de cáncer en determinadas familias, hace pensar en la importancia de la susceptibilidad genética. La incidencia de los distintos tipos de cáncer varía en gran medida con el sexo, la edad el grupo étnico y la localización geográfica **(24)**.

Tabla 1. Proporción de muertes por cáncer atribuidas a factores ambientales en Estados Unidos.

<i>Factor involucrado</i>	<i>Porcentaje de todas las muertes por cáncer</i>
Tabaco	30
Alcohol	3
Alimentación	35
Aditivos de alimentos	1
Comportamiento sexual y reproductivo	7
Ocupación	4
Contaminación	2
Productos industriales	1
Medicamentos y terapias	1
Factores geofísicos	3
Infecciones	¿10?
Desconocido	¿?

Fuente: CORTINAS, Cristina. Cáncer: Herencia y Ambiente; Ciudad de México, México, 1998.

Con relación a la incidencia de cáncer en America Latina y en Colombia considerando ambos sexos; encontramos que: **(39)**

- En América latina el cáncer de mama tiene incidencia de 30%, el cáncer de próstata 27%, cáncer de colon y recto 12%, cáncer de pulmón 7% otros tipos de cáncer 22%.

- En Colombia para el año 2000 se presentaron aproximadamente 700.000 casos de cáncer de pulmón, también fueron reportados 450.000 casos de cáncer de próstata, cáncer de seno 390.000 y cáncer de colon 300.000 casos.

El cáncer colo-rectal encierra muchos factores de riesgo, tales como hábitos alimenticios, sedentarismo, exposición a agentes externos, que a continuación definiremos:

6.4.1 Cáncer Colo-Rectal. Tumor maligno del intestino grueso. La edad de aparición promedio es de 50 años y afecta a más mujeres que hombres, mientras que la rectal se presenta más en hombres que mujeres. La alta incidencia en los países occidentales y la baja aparición en los orientales hacen pensar que los factores de riesgo predisponentes son:

- Dieta: Alimentación con exceso de grasas, proteínas animales y azúcares refinados **(25)**, alimentación baja en fibras **(26)**.
- Vida sedentaria: la inactividad física favorece la aparición de la enfermedad.
- Consumo de tabaco: que en los últimos años ha sido asociado a todos los tipos de cáncer y no solo de pulmón, se ha estudiado y afirmado que aumenta el riesgo de padecer pólipos, que suelen ser precursores del cáncer colorrectal.
- Otros: tener 50 años o más y los antecedentes familiares de cáncer de cualquier tipo; colitis ulcerativa (úlceras en el revestimiento del colon) o enfermedad de Crohn. **(27)**

6.4.1.1 Signos y Síntomas. Generalmente en este cáncer, durante las primeras etapas, no se presentan síntomas, lo que permite que siga creciendo y avanzando o incluso puede haber metástasis (diseminación del cáncer a otros órganos). **(28)**

En estadios más avanzados puede haber cambios en los hábitos intestinales:

- Diarrea o estreñimiento
- Sensación de vaciamiento incompleto del intestino
- Sangre en heces
- Heces más estrechas de lo normal
- Presencia de gases intestinales o sensación de abotagamiento
- Pérdida de peso sin razón
- Cansancio
- Náusea o vómito

6.4.1.2 Diagnostico. Básicamente se basa en el tacto rectal, investigación de sangre oculta en heces, rectosigmoidoscopia y enema opaco. Lo pólipos deben researse mediante sigmoidoscopia o laparoscopia para investigación anatomopatológica.

6.4.1.3 Tratamiento. El tratamiento es quirúrgico con una resección amplia de la lesión, el colon adyacente y los tejidos anexos y anastomosis termino-terminal. Los tumores de los dos tercios inferiores del recto necesitan una resección abdominoperineal **(29)**. La APR es el tratamiento común para el cáncer colo-rectal. Durante una APR, la totalidad del cáncer rectal, el recto adyacente normal, el esfínter rectal o el ano y los ganglios linfáticos circundantes se extirpan a través de una incisión en el abdomen inferior y el periné (la piel alrededor del ano). Después de extirpar el cáncer, se cierra con sutura la incisión del periné la cual se sutura. El extremo donde se hizo el corte en el intestino grueso se une a una colostomía. *“Esta abertura se cubre con una bolsa, la cual sirve para recolectar las heces que pasan a través del intestino grueso y la colostomía”*

Es importante conocer un poco de todas las ostomías, para comprender desde lo simple hasta lo complejo, a continuación se explicara más en detalle, definiendo las ostomías, tipos de ostomías, localización de estas, complicaciones, dispositivos utilizados y tiempo de permanencia, abordando en esta investigación la colostomías permanentes.

6.5 OSTOMÍA.

La ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se hace una abertura para permitir el paso de productos de desecho desde el interior del organismo hasta una incisión o estoma creado quirúrgicamente en la pared abdominal **(30)**.

Estoma: Apertura artificial de un órgano interno en la superficie del cuerpo, creada quirúrgicamente (colostomía, ileostomía, entre otras) **(31)**, deriva de la palabra griega “stoma” que significa “boca”, con el fin de drenar los productos de desecho del cuerpo.

6.5.1 Clasificación General de las Ostomías. Las ostomías se pueden clasificar según los siguientes criterios:

- Según su función:
 - Estomas de nutrición: son una vía abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.
 - Estomas de drenaje: son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
 - Estomas de eliminación: Su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.

- Según el tiempo de permanencia:
 - Temporales: realizadas para que, una vez resuelta la causa que las originó, se pueda restablecer el tránsito intestinal o urinario: reconexión.

- Definitivas: son aquellas que, o bien por amputación completa del órgano o bien por cierre del mismo, permanecerán en forma definitiva.

Las **ostomías de eliminación** se clasifican según los siguientes criterios:

- Según el aparato implicado:

Ostomías Digestivas:

Colostomía

Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal

Ileostomía

Es la exteriorización del Íleon/intestino delgado a la pared abdominal. Las heces producidas en este caso son fluidas y continuas, siendo muy irritantes para la piel por su alto contenido en enzimas proteolíticas. Se construyen mediante un estoma protuberante en forma de botón para evitar el contacto de las heces con la piel periestomal.

Cuanto más sólidas las heces, son menos irritantes para la piel.

Para la total comprensión de los conceptos, los definimos anteriormente, pero, para desarrollo de los objetivos de nuestra investigación, se hará referencia únicamente a la ostomía de eliminación permanente COLOSTOMÍA.

6.6 COLOSTOMÍA.

Formación quirúrgica de un ano artificial en la pared abdominal mediante la resección del colon y sutura a piel. Se realiza en el tratamiento del cáncer de recto y tumores benignos que producen obstrucción. Puede ser simple, con una

abertura, o doble con las asas proximal y distal abiertas a abdomen; ésta se utiliza cuando el intestino no está completamente obstruido o existe paraplejia. Cuando existe una zona inflamada que produce obstrucción puede hacerse una colostomía temporal para desviar las heces; se vuelve a reponer el asa en su sitio cuando la inflamación desaparece. Antes de la operación debe prepararse al paciente con una dieta alta en calorías y baja en residuos, antibióticos, enemas e información sobre la colostomía. La operación se hace bajo anestesia general y los cuidados postoperatorio son los mismos que una cirugía de abdominal. Hacia el cuarto o quinto día se comienza con irrigaciones de suero salino. **(32)**

6.6.1 Tipos de Colostomías.

COLOSTOMÍA EN ASA.

Es un procedimiento que permite desviar el tránsito intestinal en forma temporal, sin desviarlo en forma completa. Se usa para proteger anastomosis difíciles de realizar por ejemplo resección anterior baja, anastomosis coloanales, en traumatismo de recto para proteger la reparación, desviar el tránsito intestinal en heridas perineales complejas o infecciones perineales graves (Síndrome de Fournier o fasciitis necrotizante de periné). Su confección es muy sencilla, 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. Esta exteriorización se asegura con un vástago de vidrio o plástico en el mesocolon, el que se mantiene por 7-10 días, lo cual permite que la serosa del colon se adhiera a la pared abdominal y que no se retraiga hacia la cavidad peritoneal una vez retirado el vástago. En general estas colostomías se maduran en forma inmediata, es decir se hacen funcionantes al finalizar el cierre de la pared abdominal. Tiene la ventaja sobre otras colostomías que es de fácil cierre ya que solo requiere una cirugía local y no una laparotomía formal como lo necesita una colostomía terminal. Hay nuevas técnicas quirúrgicas que permiten efectuar colostomías en asa de tipo

terminal, que se confeccionan con suturas mecánicas dejando el cabo distal adherido a la colostomía a manera de fístula mucosa. **(33)**

6.6.2 Complicaciones de las Colostomías.

- **Retracción:** se llama así al hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal, en estos casos se puede producir un escape de heces que favorece la irritación de la piel. Se aconseja el empleo de pasta niveladora para igualar las superficies y facilitar una adhesión correcta del anillo adhesivo de la bolsa.
- **Estenosis:** es el estrechamiento de la luz del estoma, se considera normal durante los primeros meses tras la intervención, se produce por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomales.
- **Hernia:** se trata de una debilitación de la pared abdominal que empuja hacia afuera tanto a la ostomía como a la piel de su alrededor. Esta situación dificulta la colocación correcta de la bolsa, por lo que es conveniente el uso del cinturón y de fajas para controlar la presión abdominal, evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.
- **Prolapso:** consiste en la protrusión excesiva del asa ostomal sobre el plano cutáneo, si este es muy grande requiere tratamiento quirúrgico.
- **Dermatitis o irritación de la piel periestomal:** es un problema bastante frecuente que consiste en molestias y enrojecimiento de la piel que rodea el estoma. Generalmente, se produce por contacto continuo de las heces con la piel cuando no coinciden exactamente el tamaño del estoma con el adhesivo, o por la retirada brusca del mismo. Habitualmente desaparecen con el empleo de cremas barrera, o soluciones cicatrizantes (es importante esperar a que sequen antes de aplicar el adhesivo, para que se adhieran a la piel).

Es importante mantener una buena higiene diaria y secar bien la zona de la irritación. La dermatitis puede presentarse como un ligero enrojecimiento pero complicarse hasta presentarse como una ulceración importante. **(34)**

6.6.3 Dispositivos Utilizados En Las Colostomías. Los dispositivos recolectores están formados por una bolsa y lamina adhesiva a la piel, además de un filtro que evita el mal olor de los gases.

Por lo general la persona colostomizada usa dispositivos cerrados, pero en caso de heces liquidas será preferible usar uno abierto o cerrar con pinza **(36)**.

Un dispositivo es útil cuando:

- No se despega
- No necesita cambiarlo más de 1 o 2 veces al día
- No produce lesiones en la piel

Tabla 2. Dispositivos Utilizados En Las Colostomías Y Tiempo De Cambio De Dispositivos.

SISTEMA	CAMBIO DE DISPOSITIVO
1 pieza cerrado	1 0 2 veces al día
1 pieza abierto	1 vez al día
2 piezas cerrado	Lamina adhesiva cada 3 o 4 días, y la bolsa cuando precise
2 piezas abierto	Lamina adhesiva cada 3 o 4 días, y la bolsa una vez al día.

Fuente: Departamento de Enfermería, Texas Childrens Hospital, ¿Que es una ostomía?, Houston, Texas, 2001

6.6.4 Cuidados Del Estoma. La higiene de la colostomía forma parte del aseo diario.

- Material necesario:

- Dispositivo o bolsa de recambio.
- Bolsa de plástico para material sucio
- Papel higiénico o pañuelos de papel
- Toalla suave
- Jabón neutro
- Agua del grifo templada
- Esponja suave
- Tijeras curvas (si la bolsa no viene precortada)
- Espejo si fuera necesario, para verse el estoma.

RECORDAR

- Si se ducha con el dispositivo, cubrir el filtro con las pegatinas diseñadas para tal efecto.
- Si se ducha sin dispositivo, evite el agua demasiado caliente y la presión de la ducha sobre el estoma.

HIGIENE Y CAMBIO DE DISPOSITIVO:

1. Despegar el adhesivo de arriba hacia abajo con suavidad: EVITAR TIRONES.
2. Introducir el dispositivo sucio en la bolsa de plástico, a tal efecto (guarde la pinza de plástico).
3. Retirar los restos de heces con el papel higiénico.
4. Lavar el estoma con agua y jabón. SIN FROTAR. No alarmarse si el estoma sangra un poco. Lavarlo suavemente, y si persiste el sangrado presionar ligeramente con la esponja humedecida en agua fría.
5. Aclarar y secar la piel con la toalla. EVITAR FROTAR.
6. Comprobar la integridad y buena coloración de la piel y el estoma. Ante cualquier cambio comunicarlo al profesional sanitario.
7. Si existe vello alrededor del estoma recortarlo. NO RASURARLO.

8. Medir el tamaño del estoma durante los primeros meses para un mejor ajuste del dispositivo (debe quedar a 1 o 2 mm de separación del estoma). Evitar lesiones de la piel por irritación.
9. Adherir la lamina adhesiva de abajo hacia arriba, presione suavemente con el dedo alrededor.

Evitar pliegues y arrugas.

En los sistemas de 2 piezas, adaptar luego la bolsa al aro de la placa adhesiva.

DIETA QUE DEBE SEGUIR

El ser portador de una colostomía no implica variar la dieta habitual, aunque unos consejos de higiene alimentaria pueden ser utilidad.

- Tomar una dieta variada donde estén todos los alimentos
- Beba al menos 2 o 2 litros y medio de líquidos al día.
- Intentar mantener un horario de comidas, con el fin de regularizar el vaciado intestinal.
- Masticar los alimentos lentamente con la boca cerrada para no tragar aire.
- Evitar los aumentos de peso que dificultarían la adaptación del dispositivo.
- El olor puede ser más fuerte si come huevos, legumbres, fritos, se puede reducir tomando mantequilla, yogur, perejil.
- Las verduras, legumbres y bebidas carbonatadas, producen más aire.

SI EL PACIENTE PRESENTA:

DIARREA: Aumentar la ingesta de agua sin gas e infusiones sin azúcar, como yogur natural, arroz hervido, manzana rallada.

ESTREÑIMIENTO: Aumentar la ingesta de líquidos, frutas, verduras. Hacer ejercicio (caminar al menos 1 hora diaria)

7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO.

Respondiendo a la pregunta de investigación se realizó un estudio de tipo Cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Cuantitativo, ya que , es un ejercicio de medición de una característica o variable que para el presente estudio es la calidad de vida del paciente ostomizado, el cual se realizó por medio de un instrumento con escala numérica de 1 a 6 que anteriormente se ha planteado “Quality of life index”; Observacional descriptivo porque se aplicará el instrumento en un momento específico de tiempo sin realizar ningún tipo de intervención en la población que se quiere estudiar y solo se tiene un grupo de referencia que son los asistentes a la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO).

Transversal porque el instrumento solo se aplica en un momento específico de tiempo, y no existe manipulación de las variables; el investigador se limitó a observar lo que ocurría tal cual se da en la realidad, sin intervenir en ella.

7.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA. (universo, población y muestra)

La población universo que referencia el estudio es un total de 421 personas que están asociadas a la ACDO siendo la población activa 180 personas con ostomías de todo tipo; de estas el 85% (153 personas) tienen una colostomía permanente.

En conclusión la muestra para el estudio se toma de la siguiente manera:

- Universo: 421 personas inscritas a la asociación Colombiana de Ostomizados.
- Población: 153 personas activas dentro de la asociación que portan una colostomía permanente.
- Muestra: está constituida por 27 personas que cumplieron los criterios de inclusión y decidieron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado en donde se les comunicó los requerimientos para participar y allí el participante aceptaba o no hacer parte de este.

La muestra del estudio entrega este porcentaje, ya que el ausentismo a las reuniones de la asociación es marcado y es imposible reunir la muestra significativa con el total de las personas que se encuentran inscritas en la Asociación Colombiana de Ostomizados que portan una colostomía permanente.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Paciente asistente a la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO).
- Paciente que lea, firme y este de acuerdo con el consentimiento informado.
- Paciente con Colostomía Permanente.
- Paciente adulto y adulto mayor, edad entre (35 - 80 años).
- Paciente con patologías: Cáncer de colon y recto, útero, cérvix, peritonitis, trauma y daño del esfínter anal.

7.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

El muestreo se desarrollo de forma intencional puesto que la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO) facilito el acceso a las reuniones y bases de datos para la ubicación de los pacientes que presentaban la condición adecuada para la investigación.

Como consideraciones importantes y facilitando la información para próximas investigaciones, se presenta a continuación el procedimiento utilizado para la localización de la Asociación Colombiana de Ostomizados:

1. Se utilizó la internet y el registro de cámara y comercio de Bogotá, para la localización de la Asociación Latinoamericana de Ostomizados, la cual se encuentra en la calle 67 A Bis, número 66 – 16 Barrio José Joaquín Vargas, Bogotá D.C.
2. Se contactó a la señora Mariela Acero, presidente de la Asociación, por medio de su teléfono celular, ella indica que se debe enviar un correo electrónico a la dirección acdo1978@hotmail.com, con las especificaciones del trabajo que se quiere realizar dentro de la asociación, haciendo contacto con la junta directiva. **(Ver Anexo C)**
3. El correo es respondido, invitando a la primera reunión del año 2009 **(Ver Anexo D)**, donde se realizó la presentación de la investigación.
4. La selección de la muestra se realizó asistiendo a varias reuniones en la asociación donde se logró identificar que la mayoría de los pacientes colostomizados era por diagnóstico de cáncer colorrectal; además también participaron personas que tenían su colostomía permanente por trauma, peritonitis, cáncer de útero, cérvix y daño del esfínter anal.
5. La muestra estuvo conformada por 27 personas, asistentes a la Asociación Colombiana de Ostomizados, escogidos por conveniencia, quienes firmaron el consentimiento informado, en donde se les comunicó los requerimientos para estar dentro del estudio, allí el participante aceptaba o no hacer parte de este.

7.5 OTRAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

Dentro del desarrollo de las reuniones mensuales en donde se participo como miembro activo de la asociación se detectaron falencias de tipo organizacional tales como la poca publicidad y reconocimiento de la misma, con lo cual surge la idea de crear un grupo en la página de Facebook, en donde muchas personas puedan encontrarse para dar respuesta a preguntas, dudas e inquietudes; se puede consultar este grupo en la página:

<http://www.facebook.com/home.php?#/group.php?gid=71395963280&ref=ts> , la cual contiene información general de la asociación, contando en la actualidad con alrededor de 100 participantes, el grupo es abierto para cualquier persona que quiera contactarse.

Allí se puede encontrar fotos del día mundial de la ostomía celebrado el día 1 de Octubre de 2009, además de comentarios de personas de diferentes países del mundo.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos a considerar durante la realización del trabajo, se toma con base en la Resolución 8430 de 1993, en particular del Título II los capítulos 2 y 5 (Investigación en Seres Humanos) y la ley 911 de 2004, los capítulos 1 y 2 del título I (De los principios y valores éticos, del cuidado de enfermería), título III (De las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica) capítulo IV la responsabilidad de enfermería en la investigación y la docencia.

En este trabajo se tendrá en cuenta los tres principios básicos de la investigación: respeto a la autonomía, beneficencia y justicia. Además del derecho a la privacidad de la información. Su aprobación se obtendrá mediante un consentimiento informado a la participación voluntaria a esta investigación (**Anexo F**).

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron mediante los instrumentos recogidos en las reuniones de la Asociación Colombiana de Ostomizados, dando así respuesta a los objetivos primarios de la investigación.

El instrumento the Quality of life index presenta en la página de sus autoras una ayuda metodológica creada en Excel, para facilitar la tabulación de los datos de cada participante, introduciendo los resultados en dos columnas: en la parte izquierda encontramos la columna de **satisfacción** y en la derecha la **importancia**, estas dos a su vez presentan una tercera columna en donde se irán promediando los valores a medida que se introducen los datos, en el instructivo del instrumento explica paso a paso como se realiza el cálculo por medio del programa SPSS o la ayuda de Excel que presenta estas formulas de forma inmediata para facilitar la interpretación de los datos (Ver anexo 5); estos se presentan de forma individual, pues, lo que busca el instrumento es conocer el grado de satisfacción en cada escala y así mismo reconocer el grado de importancia en la vida que tiene la misma escala para la persona, obteniendo el resultado final con un valor numérico el cual es promediado, e interpretado globalmente como resultado la calidad de vida.

Los ítems por subescalas del Instrumento de Ferrans y Powers son:

1. Salud y funcionalidad
2. Social y económica
3. Psicológica y espiritual
4. Familia

Las preguntas pertenecientes a cada subescala según orden encontrado en el cuestionario:

- a. Salud y funcionalidad
 - 1. Salud
 - 2. Cuidado de la salud
 - 3. Dolor
 - 4. Energía (fatiga)
 - 5. Habilidad
 - 6. Control sobre la vida
 - 7. Posibilidad de vivir hasta la edad que quisiera
 - 11. Vida sexual
 - 16. Capacidad de cumplir con las responsabilidades dentro de la familia.
 - 17. Lo útil que es para otras personas.
 - 18. Preocupaciones (cantidad)
 - 25. Cosas que hace para divertirse.
 - 26. Posibilidades para un futuro feliz.

- b. Social y económica
 - 13. Amigos
 - 15. Apoyo emocional recibido por parte de la familia
 - 19. Barrio
 - 20. Casa
 - 21/22. Trabajo/ no tener trabajo.
 - 23. Educación
 - 24. Necesidades financieras

- c. Psicológica y espiritual
 - 27. Tranquilidad consigo mismo
 - 28. Fe en Dios
 - 29. Los logros personales
 - 30. Felicidad en general
 - 31. Vida en general
 - 32. Apariencia personal

33. Consigo mismo

d. Familia

8. Salud de la familia

9. Hijos

10. Felicidad de la familia

12. Esposo, amante o pareja

14. Apoyo emocional de la familia

Se analiza cada escala presentada anteriormente con valores de 1 a 6 en donde se encuentra:

1. Muy descontento
2. Moderadamente descontento
3. Un poco descontento
4. Un poco satisfecho
5. Moderadamente satisfecho
6. Muy satisfecho

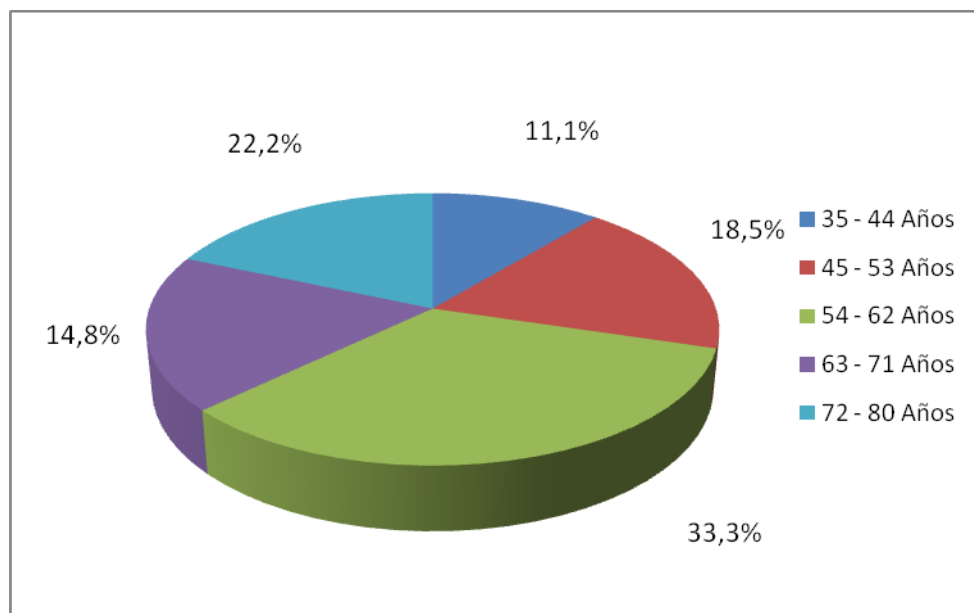
Para la interpretación de los resultados se considera que el instrumento presenta valores de 1 a 30 puntos, en donde se puede encontrar que: (1-5) muy descontento, (6-10) moderadamente descontento, (11-15) un poco descontento, (16-20) un poco satisfecho, (21-25) moderadamente satisfecho, (26-30) muy satisfecho (**Ver anexo E**).

El análisis de la investigación se inicia con la descripción sociodemográfica de la población seleccionada, en la cual se contemplan los siguientes aspectos: edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, ingreso económico promedio, nivel de estudios, situación laboral, situación de convivencia, tiempo de la colostomía permanente y causa de la misma.

Edad:

En cuanto a edades se toma como referencia de 35-44 años 11,1%, 45-53 años 18,5%, 54-62 años 33,3%, 63-71 años 14,8%, 72-80 años 22,2%, dentro de la literatura revisada encontramos que las personas portadoras de una colostomía permanente se encuentran en este grupo de edad, conociendo el promedio de edad que es de 50 años, los participantes encajan perfectamente dentro de este, sin tener en cuenta la patología, a continuación se presenta la grafica correspondiente.

Grafica 1. Distribución de Edad de los Participantes en el Estudio de la Asociación Colombiana De Ostomizados.



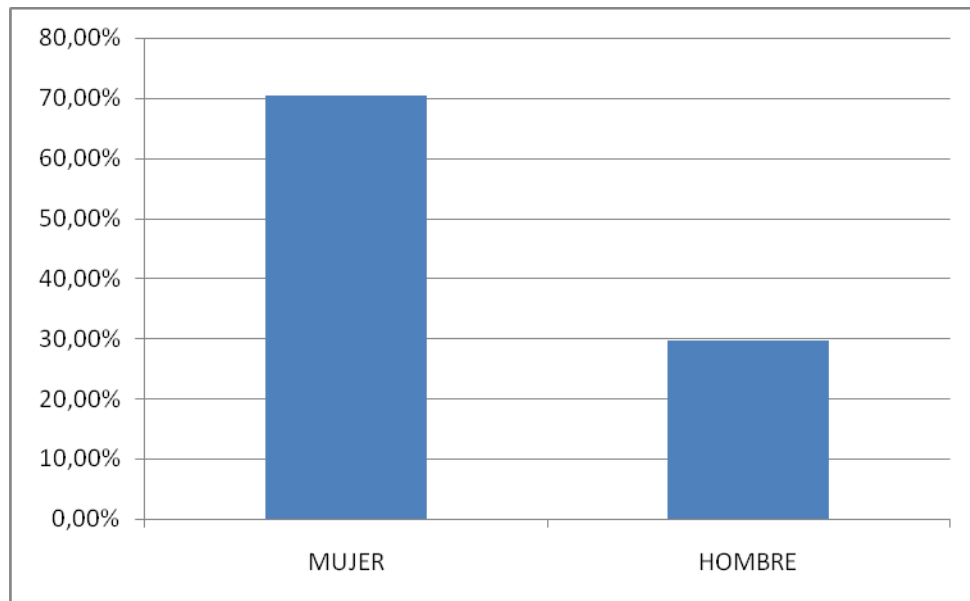
Fuente: Datos del estudio.

Sexo:

Se realiza el estudio en una población total de 27 participantes con Colostomía permanente de los cuales 70,4 % son mujeres y 29,6 % son hombres,

anteriormente dentro del marco teórico se menciona que las mujeres son mas afectadas por patologías que las hacen portadoras de una colostomía permanente, confirmando esto con la información presentada en la siguiente grafica.

Grafica 2. Distribución Por Sexo de los Participantes en el Estudio de la Asociación Colombiana De Ostomizados.



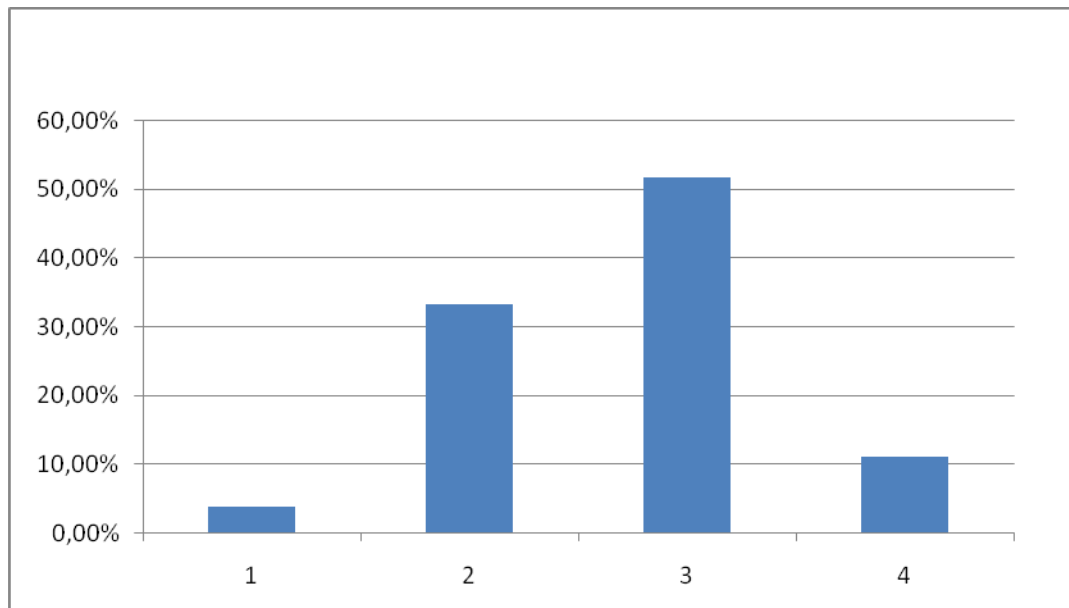
Fuente: Datos del Estudio

Estrato socioeconómico:

Del total de los participantes 3,7% se ubicaron en estrato 1, 33,30% en el estrato 2, 51,80% en el estrato 3 y finalmente en el estrato 4 11,1%, encontrando que muchas de las personas participantes del estudio, en encuentran ubicadas en estratos de 1 al 3, que dentro de nuestro país son estratos vulnerables económicamente, y propiamente relacionado con la literatura se expresa que son las personas que más necesitan apoyo, pues la economía es parte vital del

tratamiento de su nueva situación. La grafica correspondiente se presenta a continuación:

Grafica 3. Ubicación Por Estratos Socioeconómicos De Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostromizados.



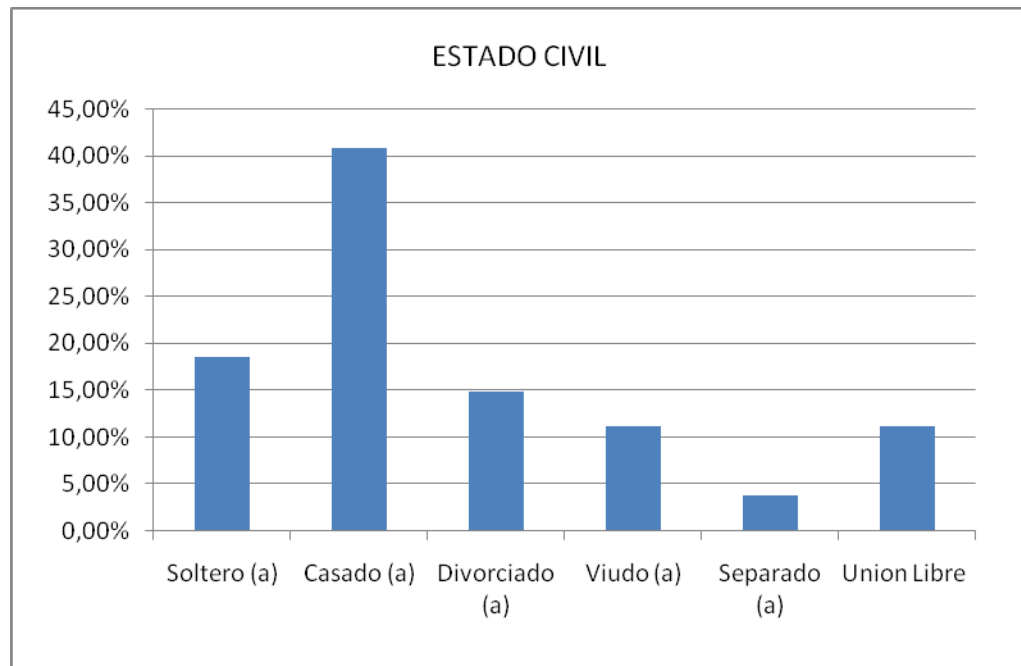
Fuente: Datos del Estudio.

Estado Civil:

En el estado civil se contempla todos de la siguiente manera soltero 18,5%, casado 40,7%, divorciado 14,8%, viudo 11,1%, separado 3,7%, unión libre 11,1%, encontrando a casi la mitad de la población de participantes en el estudio sin pareja, lo cual, según la literatura es determinante para no recuperar satisfactoriamente la calidad de vida, por la falta de apoyo básicamente desde el núcleo de pareja, obviamente sin desconocer el apoyo que se recibe desde otros núcleos como son las redes de apoyo fuera de la familia y los hijos que

supondríamos en este grupo de edad los participantes tendrían, a continuación se presenta la correspondiente gráfica:

Grafica 4. Distribución Por Estado Civil De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostromizados.



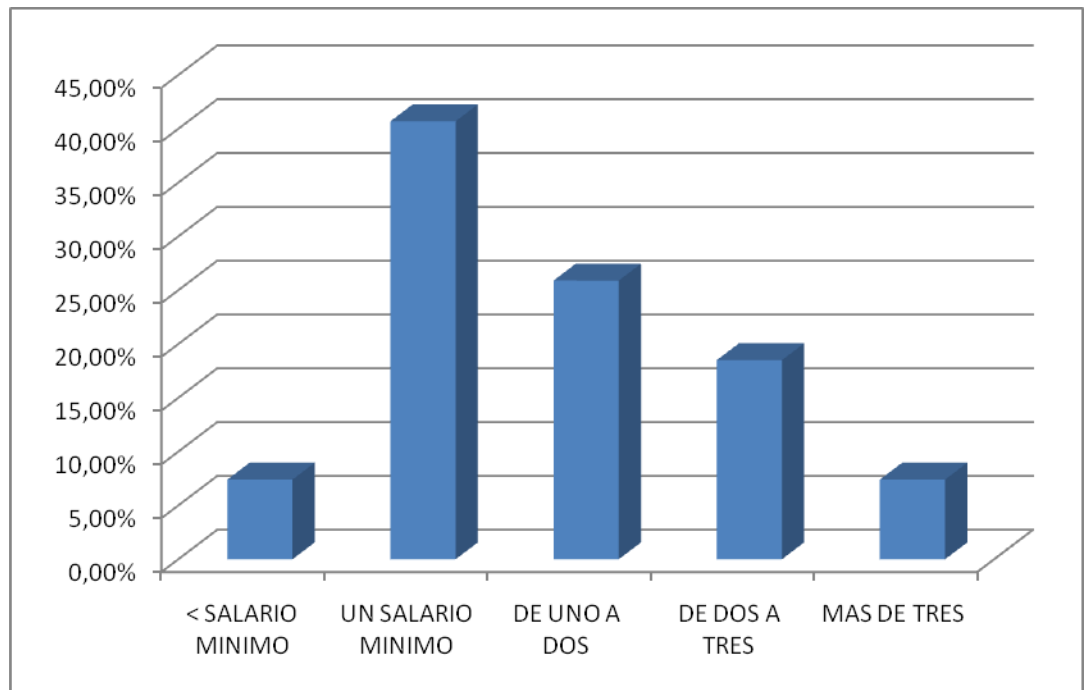
Fuente: Datos del Estudio.

Nivel de Ingresos Económicos:

El Nivel de ingresos se considera en relación al salario mínimo legal vigente en nuestro país para el año 2009 que corresponde a 481.500 pesos en promedio unos 240 dólares, de la siguiente manera; menos de un salario mínimo 7.40%, un salario mínimo 40,7%, de uno a dos salarios mínimos 25,9%, de dos a tres salarios mínimos 18,5%, más de tres salarios mínimos 7,4%, ligado este ítem directamente con el estrato socioeconómico, ya que hace a cada persona mas vulnerable frente a la adquisición de bienes y servicios dentro de los cuales estaría

incluido su tratamiento de por vida como colostomizado permanente, a continuación se presenta la gráfica:

Grafica 5. Ingreso Económico Promedio De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.

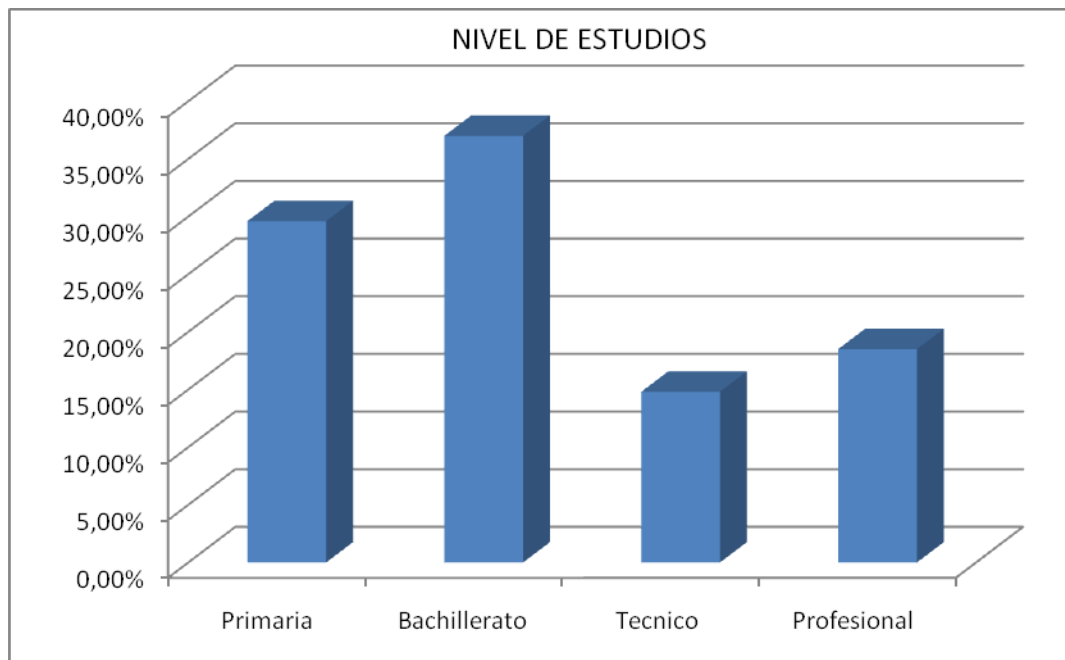


Fuente: Datos del Estudio.

Niveles de Estudio

Refiriéndose al nivel de estudios se considera; primaria 29,6%, bachillerato 37%, técnico 14,8%, y finalmente universitario 18,5%, presentando a más de la mitad de la población en situación vulnerable por su nivel de estudios, ya que dentro de la literatura revisada se presenta y se ligan directamente los niveles de ingresos con los niveles de estudios, los cuales dejan ver como resultado el poder de adquisición, que anteriormente se enmarco como vital para el tratamiento de los pacientes, a continuación se presenta la grafica correspondiente:

Grafica 6. Ubicación Por Niveles De Estudio De Los Participantes Del Estudio De Las Asociación Colombiana De Ostromizados.

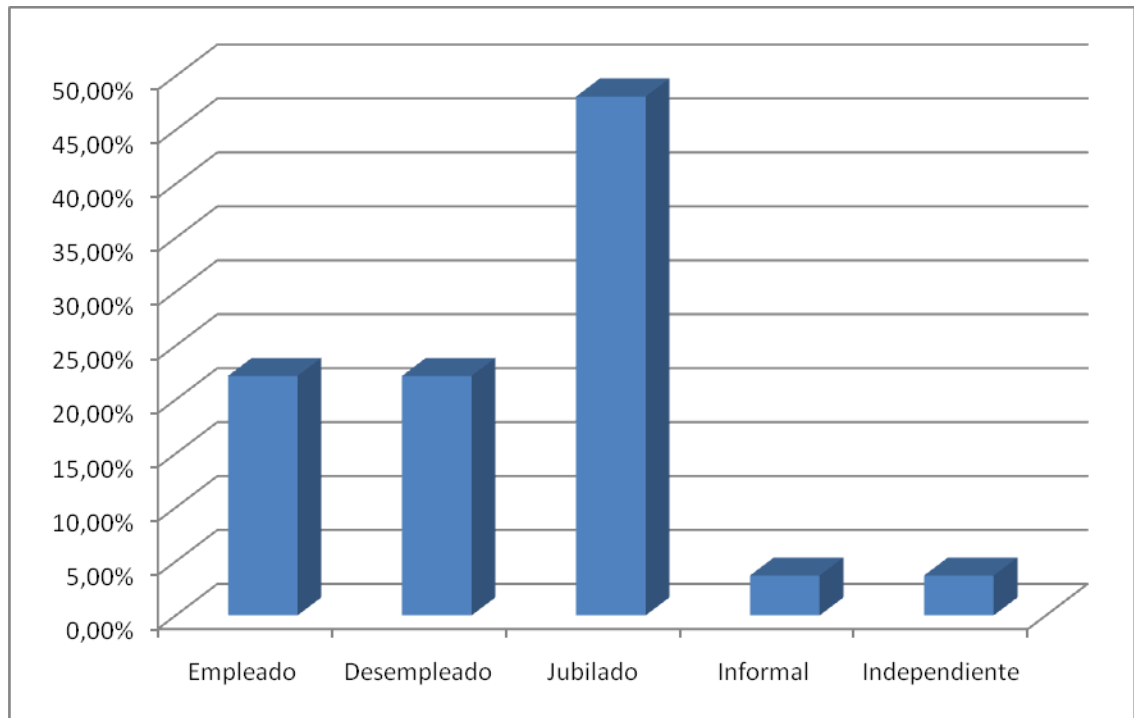


Fuente: Datos del Estudio.

Situación Laboral:

Al cuestionar sobre la situación laboral los participantes respondieron: empleado 22,2%, desempleado 22,2%, jubilado 48,1%, trabajador informal 3,7%, trabajador independiente 3,7%; la pregunta anterior ligada a la siguiente donde el participante respondía desempleado, cuestionaba de quien depende económicamente a los que el 100% respondió "familia" y teniendo en cuenta que los ingresos de las personas jubiladas son iguales a un mínimo en su gran mayoría; a continuación se presenta la correspondiente grafica:

Grafica 7. Situación Laboral Actual De Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.

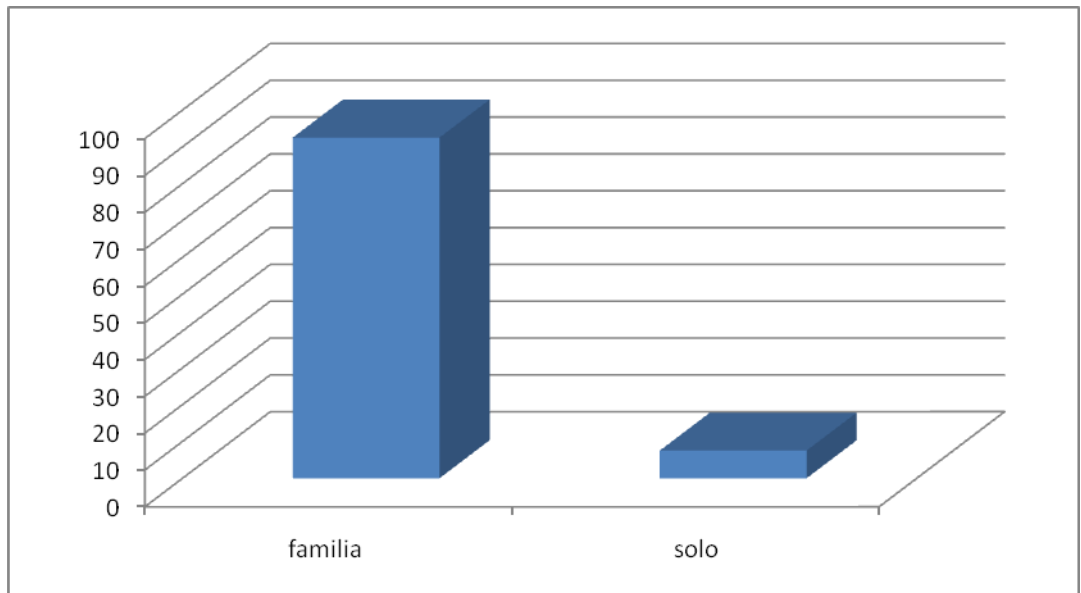


Fuente: Datos del Estudio.

Situación de Convivencia:

Se cuestiona a los participantes con quien viven, lo que arroja los siguientes resultados; familia 92,5%, solo 7,5%, apoyado en la literatura es importante destacar el papel de la familia como núcleo fundamental para el desarrollo de las actividades, recuperación y adaptación de la calidad de vida para la nueva situación de colostomizado permanente, a continuación se presenta la grafica correspondiente:

Grafica 8. Situación De Convivencia De Los Participantes Del Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.

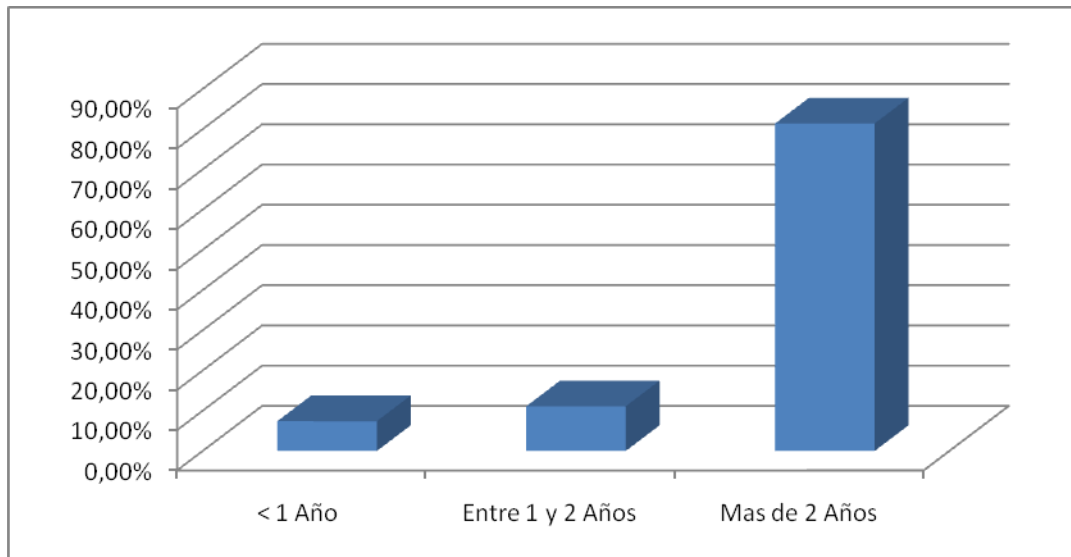


Fuente: Datos del Estudio.

Tiempo de la Colostomía:

También se interroga sobre el tiempo de permanencia de la colostomía; menos de un año 7,4%, entre uno y dos años 11,1%, más de dos años 81,4%, esto apoya el estudio para reducir el sesgo por duelo, el cual, apoyado en la literatura revisada nos dice que las personas que presentan esta nueva situación de colostomizados, presentan un duelo promediado de dos años, los cuales a partir de este aceptan su situación y pueden continuar con un adecuado estilo de vida, reincorporándose a la vida en comunidad, a continuación se presenta la grafica correspondiente:

Grafica 9. Tiempo De La Colostomía Permanente De Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.

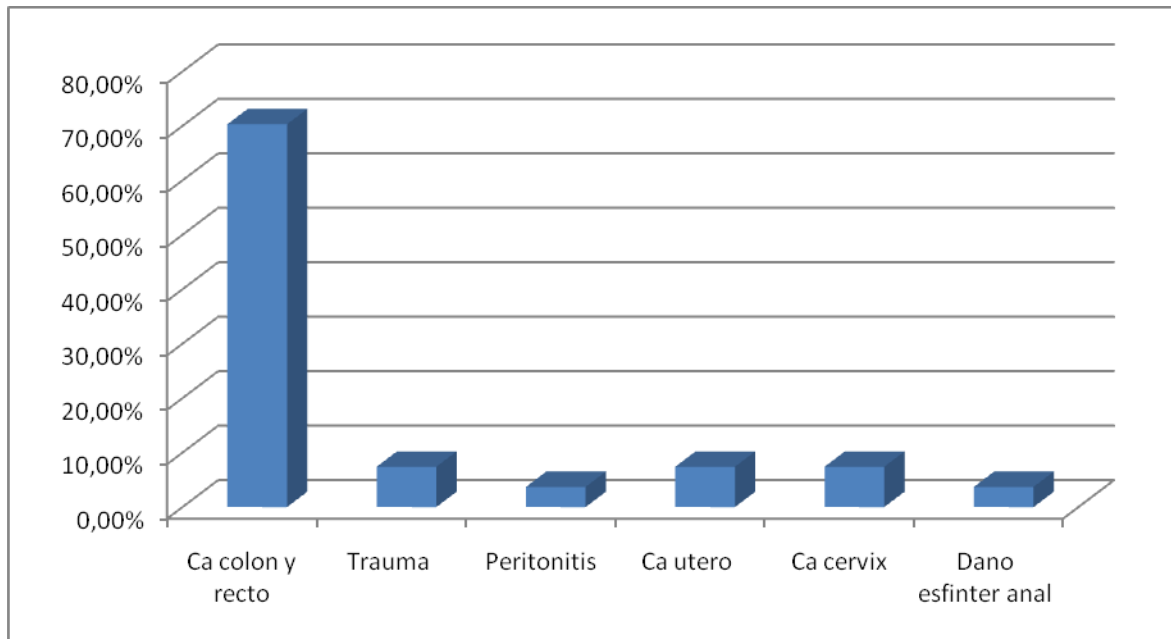


Fuente: Datos del Estudio.

Causas de la Colostomía:

Al cuestionar las causas de la colostomía los participantes manifestaron causas libres en donde se encuentra; cáncer de colon 59,2%, cáncer de recto 11,1%, trauma 7,4%, cáncer de útero que afecta colon 7,4%, peritonitis 3,7% y finalmente daño de esfínter 3,7%; en general si se observa más del 70% de las causas son producidas por cáncer, las estadísticas son confirmadas dentro del estudio, ya que el cáncer de colon y recto son los más presentados por los participantes que poseen una colostomía permanente, a continuación se presenta la grafica:

Grafica 10. Causa De La Colostomía Permanente De Los Participantes En El Estudio De La Asociación Colombiana De Ostomizados.

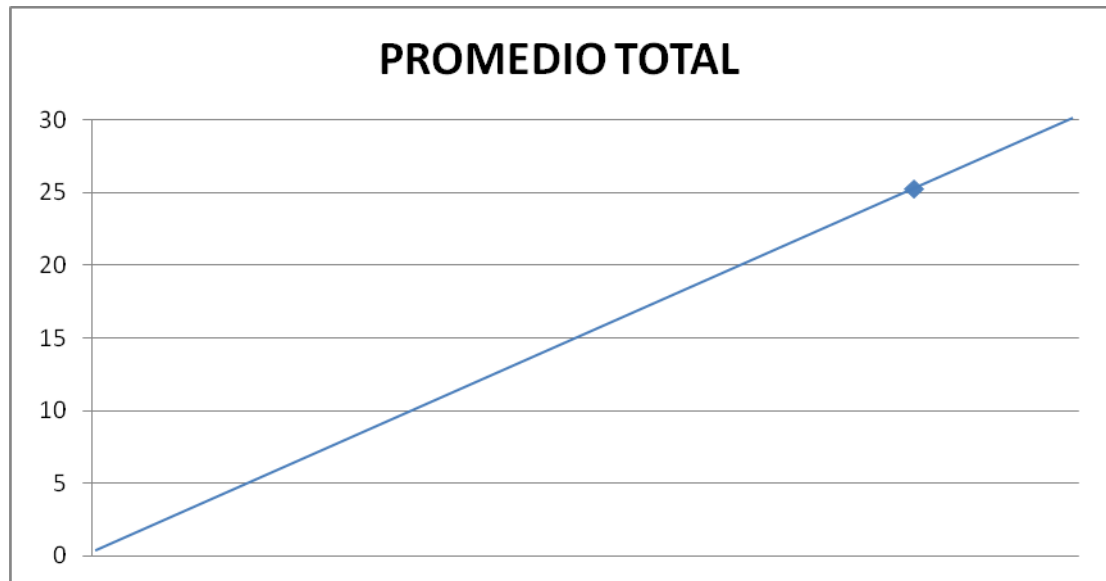


Fuente: Datos del Estudio.

A continuación se presenta el análisis del instrumento “Quality of life index”, el cual se analiza en forma integral en cada subescala como se presenta al principio de este capítulo (ver ítems numerados), el cual se examina desde la perspectiva teórica, como también desde la perspectiva de participante dentro de la asociación partiendo del conocimiento obtenido involucrado dentro de la misma.

La Gráfica 11, se refiere al promedio de calidad de vida de los participantes de la Asociación Colombiana de Ostomizados (ACDO) que portan una colostomía permanente; 25 se refiere a una buena calidad de vida según referencian los participantes, grafica que resulta de promediar los resultados de los 27 instrumentos, teniendo en cuenta que la mayoría de las persona poseen la colostomía hace más de dos años este fue el resultado esperado; pero, allí también entran las personas que llevan menos de dos años con su colostomía.

Gráfica 11. Promedio Total Del Nivel De Calidad De Vida De Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostomizados.



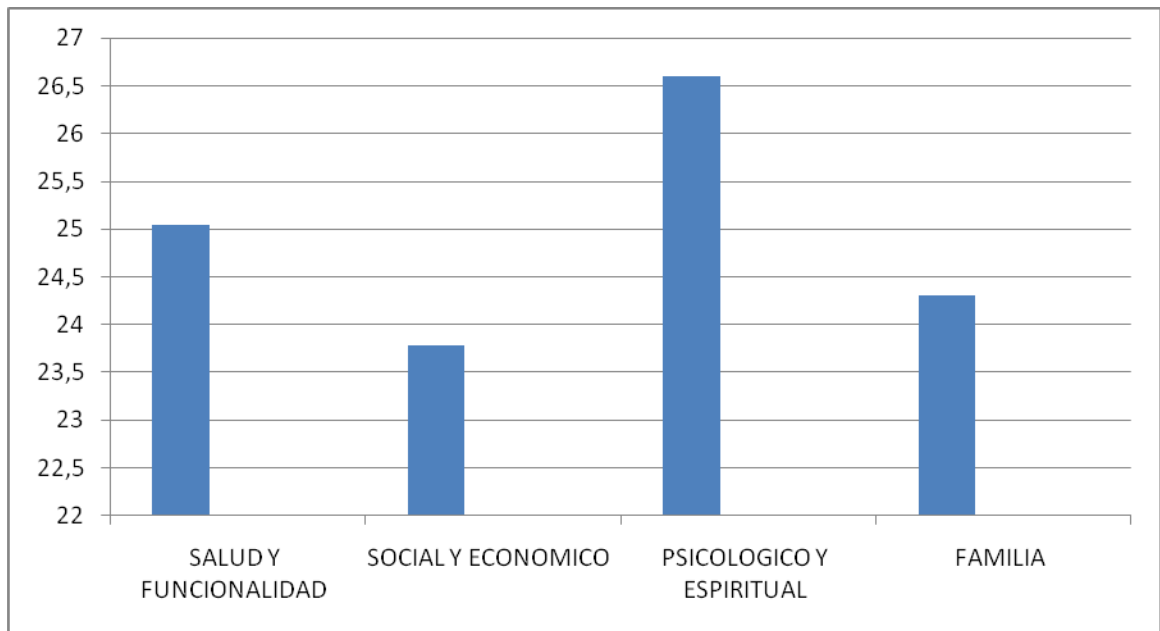
Fuente: Datos del Estudio.

En el análisis general, observando el instrumento por dimensiones, se encontró en la esfera de salud y funcionalidad con un promedio de 25,04 puntos, la esfera social y económica con un promedio de 23,78 puntos, en la esfera psicológica y social 26,60 puntos y finalmente la esfera familiar promediada en 24,30 puntos (Ver grafica 12). Recordando que los resultados de 21 a 25 puntos se refiere a moderadamente satisfecho y de 26 a 30 puntos se refiere a muy satisfecho.

Con los resultados se afirma que los participantes poseen una buena calidad de vida, pues, estamos en un extremo en donde los resultados son positivos y nos muestra que la calidad de vida percibida es buena.

Ya que las escalas de medición en el instrumento de moderadamente satisfecho y muy satisfecho se refiere a poseer una buena calidad de vida (CV)

Grafica 12. Promedio Puntos Descritos De Las Cuatro Esferas Evaluadas Con Los Participantes De La Asociación Colombiana De Ostomizados.



Fuente: Datos del Estudio.

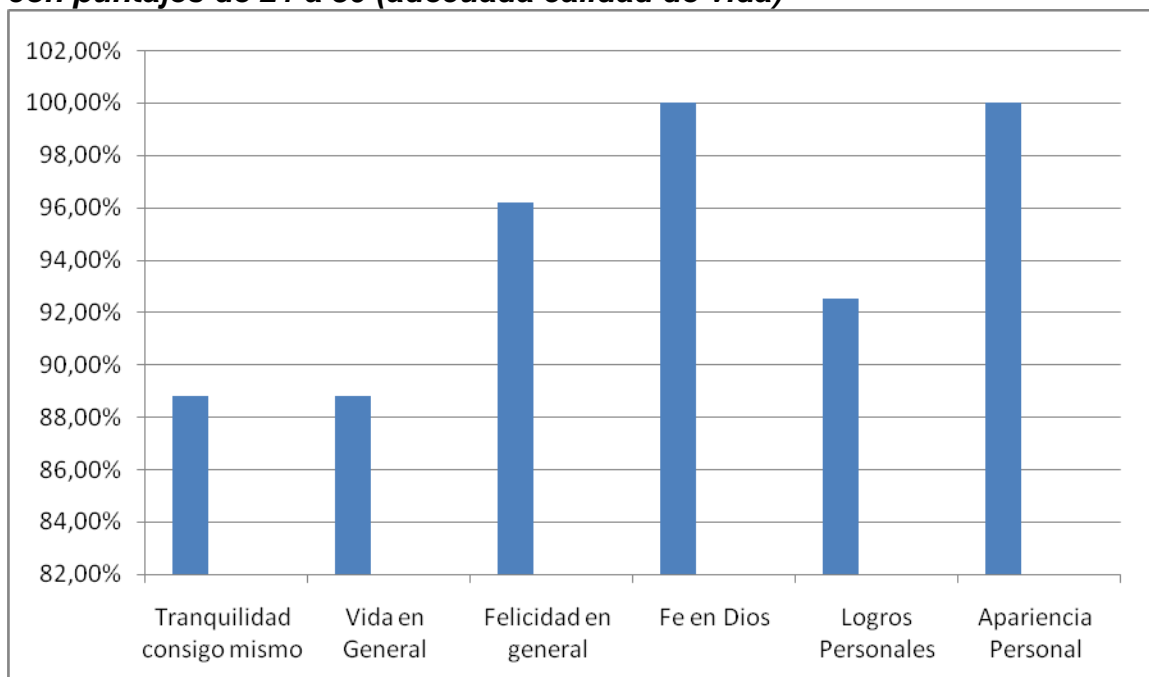
Observamos que la escala con mas reconocimiento y menos deficiencias es la escala psicológica y espiritual con un promedio de 26,60 puntos refiriéndose a muy satisfecho, lo que quiere decir que se posee una buena calidad de vida , según los estos resultados y la literatura revisada encontramos los diferentes ítems evaluados por el instrumento, como la tranquilidad consigo mismo y aspectos como la vida y felicidad en general, con resultados adecuados(Ver tabla 3 y grafica 13), pues, son personas que tienen una etapa de duelo adecuada, son personas en una etapa de la vida que se denomina “madurez”, que según referencias marca diferentes aspectos como los logros alcanzados y satisfacción personal, también se puede conducir el aspecto de la Fe en Dios (Ver tabla 3 y grafica 13), pues, esta etapa está marcada por la necesidad de refugio en un ser superior que en este caso sería Dios.

Tabla 3. Distribución porcentual de la Subescala Psicológica y espiritual con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida)

ITEM	No. PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Tranquilidad consigo mismo	24	88,8%
Vida en General	24	88,8%
Felicidad en general	26	96,2%
Fe en Dios	27	100%
Logros Personales	25	92,5%
Apariencia Personal	27	100%

Fuente: Datos del estudio

Grafica 13. Distribución porcentual en la Subescala Psicológica y Espiritual con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida)



Fuente: Datos del estudio

Desde la perspectiva de investigador participante en la asociación se podría afirmar que todos estos aspectos relacionados se logran debido a la ayuda recibida durante la recuperación de la salud, soporte emotivo por parte de amigos y personas que no pertenecen a la familia, podría pensarse que el apoyo y la estabilidad dentro de la misma asociación hacen esta escala tan fuerte, pues, allí es de vital importancia el acompañamiento a las personas que afrontan esta nueva situación, por medio de visitas y capacitación sobre esta; también el grupo de edad destaca las creencias en Dios y su gran soporte en este ser superior por darles una “*nueva oportunidad de disfrutar la vida*”, como siempre se menciona en las asambleas mensuales.

De igual manera dentro de la asociación siempre se instruye en autoestima, ya que esta, es una situación que cambia el aspecto en todos los sentidos de la persona, en donde tiene que hacer replanteamientos de su propia vida.

La satisfacción con los logros de cada persona superando esta situación también son destacados dentro de las asambleas mensuales, lo cual, hace cambiar de aspecto el escenario dándole así una nueva perspectiva de afrontamiento, enmarcando finalmente a la persona como “*milagro de vida*”.

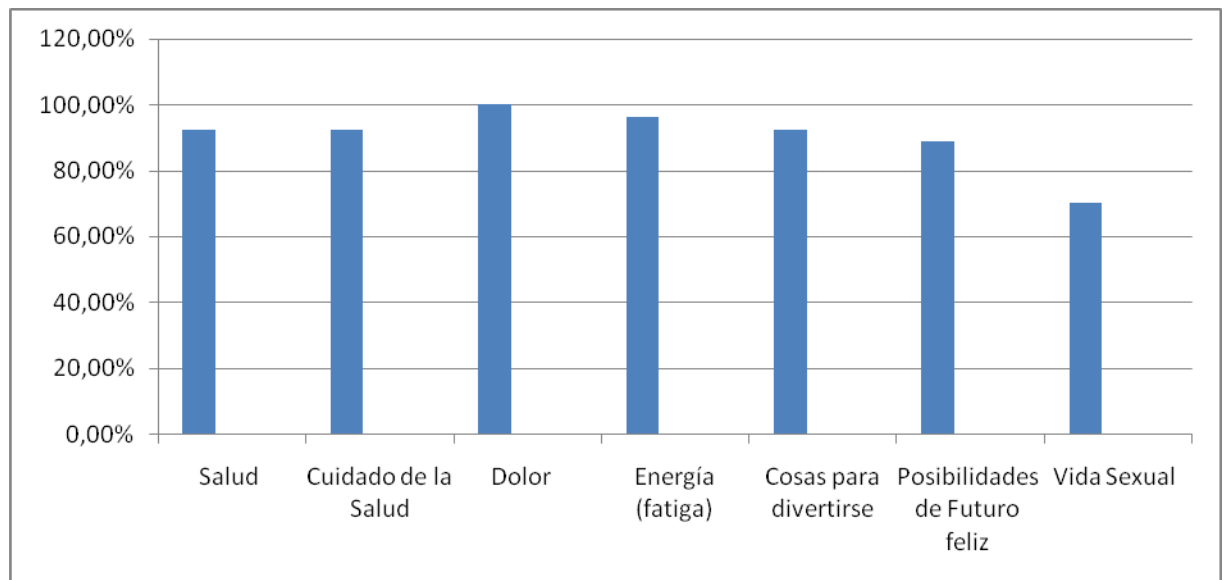
La segunda escala con menores deficiencias es la esfera de salud y funcionalidad, en donde se enmarca un promedio de 25,04 puntos refiriéndose a moderadamente satisfecho que también brinda un resultado positivo en calidad de vida, lo que indica que poseen buena calidad de vida; esta escala abarca bastantes ítems en lo que se refiere a la salud en general, cuidado de la salud los cuales fueron bien referenciados (Ver tabla 4, grafica 14), pues, las personas se encuentran en comunidad y han tenido un tiempo en el cual dentro de la asociación aprenden a desarrollar diferentes métodos de cuidado, en cuanto al dolor se referencia como poco importante, lo cual da como resultado una buena calidad de vida, esto porque los participantes ya han tenido un tiempo largo después del postoperatorio.

Tabla 4. Distribución porcentual de la Subescala Salud y Funcionalidad con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).

Fuente: Datos del estudio

Grafica 14. Distribución porcentual de la Subescala Salud y Funcionalidad con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).

ITEM	No. PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Salud	25	92,5%
Cuidado de la Salud	25	92,5%
Dolor	27	100%
Energía (fatiga)	26	96,2%
Cosas para divertirse	25	92,5%
Posibilidades de Futuro feliz	24	88,8%
Vida Sexual	19	70,3%



Fuente: Datos del estudio

Como participante de la asociación y conociendo la situación desde adentro se destaca que las personas con colostomía permanente utilizan casi cualquier medio para recuperar su salud, refiriéndose a la utilización de medios para reemplazar los equipos cuando las EPS todavía no han acatado los fallos de la entrega de los materiales, o cuando se presenta cualquiera de los problemas de las colostomías como los prolapsos, hernias, dermatitis; dentro de una de las reuniones a las que se asistió, uno de los participantes afirmaba *“tengo la boquita esta que se me salió (refiriéndose a un prolapso) hace como un mes, ya no puedo utilizar mi equipo, lo que hice fue colocarme un tarro, el cual, me ha ayudado con esta situación, siempre lo sello con esparadrapo y me siento muy bien no se me ha vuelto irritar mi colostomía”*

Dentro de la escala de salud y funcionalidad también se encuentra la energía con la que se siente la persona para las actividades diarias, las cuales arrojaron un buen resultado, como importante y satisfactorio, las personas se sienten satisfechas, pues, manifiestan que pueden realizar casi cualquier actividad que se propongan; se puede destacar que dentro de la Asociación Colombiana de Ostomizados las actividades culturales involucran la creatividad de los participantes, se entregan incentivos los cuales son cubiertos finalmente por los mismos asociados; en cuanto, al cuidado sobre sí mismo y lo útil para las demás personas, se refleja en la colaboración que brindan unos a otros con sus consejos y experiencias de vida a las personas nuevas, sirviendo así de apoyo para afrontar la nueva situación.

Se encuentra deficiencias dentro de la misma esfera en la vida sexual, si se tienen en cuenta las edades de los participantes la mayoría de ellos se halla en una etapa madura, en donde afirman *“las preocupaciones son otras”*, las mujeres lo referenciaron poco importante, pero los hombres lo referenciaron muy importante y

con poca satisfacción(Ver tabla 4, grafica 14), con lo cual, es importante crear estrategias educativas dentro de la Asociación Colombiana de Ostomizados para manejar la parte sexual sin importar la edad, pues, es una situación que afecta en gran parte la sexualidad de la persona por cuestiones anteriormente mencionadas.

En cuanto a preocupaciones, cosas para divertirse y planes para el futuro, la mayor parte de los participantes lo referenciaron muy importantes y muy satisfechos(Ver tabla 4, grafica 14), sabiendo que la familia juega un papel muy importante para cubrir estas necesidades, pero, se deben crear estrategias dentro de la asociación que tenga la capacidad de focalizar a las personas que viven solas para brindar un apoyo directo sobre este grupo, pues, estos participantes refieren total insatisfacción en esta parte de la dimensión.

La escala familiar arroja un resultado de 24,30 puntos, que demuestra que se tiene una buena calidad de vida, pero existen deficiencias, por el grupo de edad de los participantes, pues en la edad madura encontramos lo que se denomina “nido vacío”, en donde los hijos han abandonado a sus padres para formar nuevas familias o simplemente buscar independencia; siendo esta una nueva situación que se suma a la actual y en donde muchos padres toman un tiempo bastante prudencial para afrontarla; teniendo en cuenta que también el 70% de los participantes son mujeres, madres de familia, siendo más difícil para ellas tomar este nuevo desafío.

Dentro de los estimados, casi la mitad de los participantes (48,1%) se encuentran en situaciones donde no poseen pareja, esto también afecta en gran medida esta dimensión, pues, el apoyo emocional encontrado en diferentes personas es importante para el curso de la vida en cualquier persona.

El soporte emocional (ver tabla 5, grafica 15)también está marcado como muy descontento en una escala menor aunque no afecta los resultados de una buena

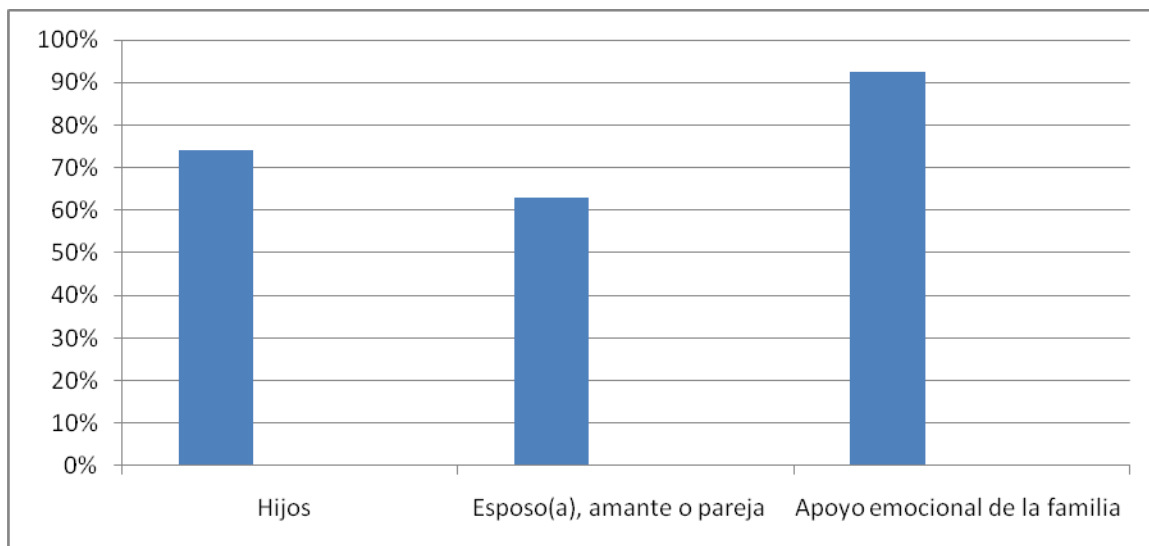
calidad de vida es importante destacar esta falencia y mostrar las causas por las cuales se presenta, la familia y en especial los hijos representan la economía con los participantes, pues, muchos de ellos se encuentran en la etapa madura, como se ha venido mostrando anteriormente, en la cual son dependientes económicamente y esto según ellos les resta “*independencia*” para las actividades diarias que implican movimientos económicos, como el transporte, la comida fuera de la casa, la visita a los amigos, entre otros factores que se suman.

Tabla 5. Distribución porcentual en la subescala de familia con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).

ITEM	No. PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Hijos	20	74 %
Esposo(a), amante o pareja	17	62,9%
Apoyo emocional de la familia	25	92,5%

Fuente: Datos del estudio

Grafica 15. Distribución porcentual en la subescala de familia con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).



Fuente: Datos del estudio

Para estas deficiencias se deben crear estrategias desde la etapa postoperatoria en donde sea involucrada la familia, refiriéndose a hijos, pareja y personas cuidadoras, capacitándolas desde todas las perspectivas y dimensiones, para que el nuevo colostomizado, tenga apoyo no solo económico, sino emocional, psicológico, espiritual e incluso relacionado con la sexualidad; también, teniendo en cuenta las necesidades de las personas que rodean y cuidan al colostomizado que enfrenta esta nueva situación en su vida, para que ellos también la afronten con un grado de mayor seguridad y no se enfrenten a temores por desconocimiento.

Teniendo en cuenta la última escala de análisis, la esfera social y económica, con un resultado de 23,78 puntos, la cual demuestra que existe una buena calidad de vida, pero existen falencias, en cuanto, a la parte económica, pues, dentro del instrumento siempre se enmarcaron las deficiencias de esta índole, ya que si observamos la mayoría de las personas son jubiladas, empleadas o desempleados, lo cual genera un grado de dependencia económica ligada a la espera. Se sabe que los tratamientos para las personas con Colostomía permanente son costosos y en general la recuperación es asumida por el propio participante, hasta que las aseguradoras lo consideren caso fortuito y acaten los fallos; dentro de las redes sociales existentes para cada participante como la casa y los amigos que no son parte de la familia ellos los referenciaron adecuadamente como satisfechos e importantes, lo cual da un grado positivo a los resultados.

En general todas las personas participantes del estudio están satisfechas con los niveles de estudios alcanzados, ya que esto determina sus ingresos, además en la edad que se encuentran los participantes, la esfera esta ligada con todos los ítems de esta, con lo cual, lo social va ligado a la economía y todo es dependiente uno de otro, por ejemplo, se busca apoyo en los amigos, los cuales tienen relación con la familia, implicando finalmente el lugar donde se vive, esto también dependiente

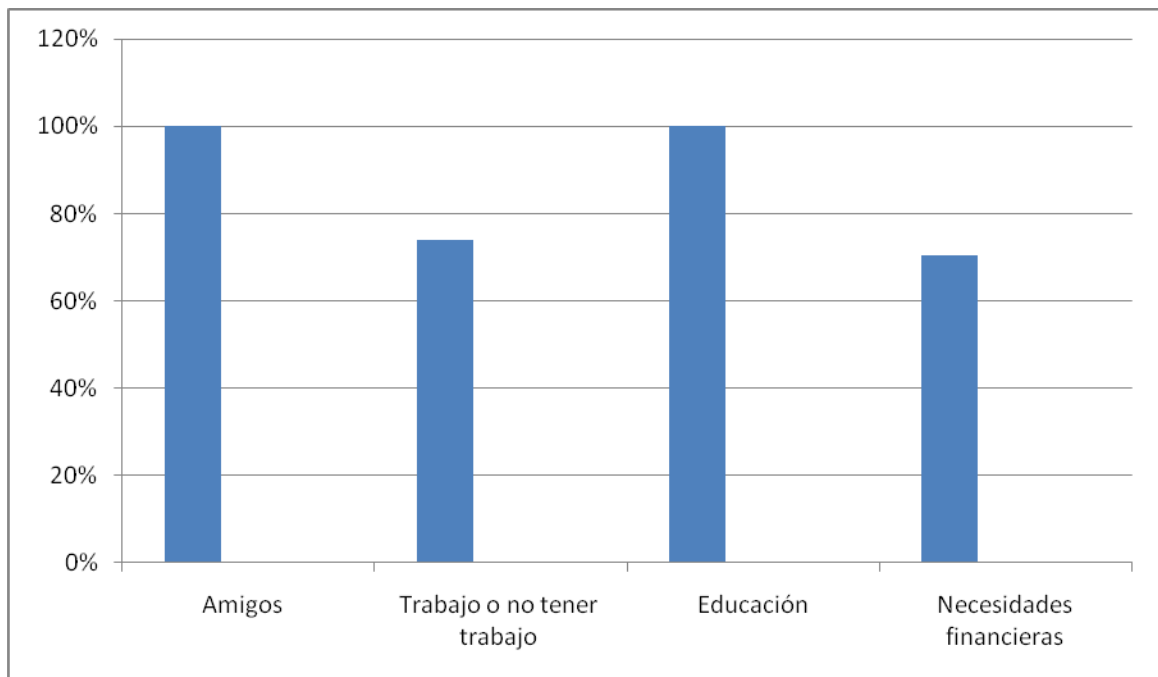
del apoyo recibido si se tiene o no un trabajo que equivale al ingreso económico per capita.

Tabla 6. Distribución porcentual en la subescala Social y Económica con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).

ITEM	No. PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Amigos	27	100%
Trabajo o no tener trabajo	20	74%
Educación	27	100%
Necesidades financieras	19	70,3%

Fuente: Datos del estudio

Grafica 16. Distribución porcentual en la subescala Social y Económica con puntajes de 21 a 30 (adecuada calidad de vida).



Fuente: Datos del estudio

Como participante activo de la asociación se reconoce la labor de la asociación, para el apoyo y surgimiento de ideas de microempresa en los asociados, quienes exponen sus proyectos en las asambleas, en donde se destaca el conocido “rebusque” dentro de la informalidad, la asociación en su gran labor, puede crear microempresa para apoyar a los diferentes asociados, así también captando ingresos para beneficio propio, como el de obtener una sede totalmente propia, entregando independencia a los participantes con colostomía y todo tipo de ostomías.

10. CONCLUSIONES

1. Los asistentes de la Asociación Colombiana de Ostomizado (ACDO) que poseen una colostomía permanente poseen una buena calidad de vida, esto se debe gran parte al apoyo recibido dentro de la misma asociación.
2. Las dimensiones con mejores resultados son la psicológica y espiritual y salud y funcionalidad, en cuanto a la primera se destaca el apoyo desde la etapa postoperatoria por parte de amigos y la asociación captando a los nuevos colostomizados para incluirlos dentro de la misma; en la dimensión de salud y funcionalidad se destaca la buena recuperación y motivación para continuar con sus vidas, aceptando esta nueva situación, gracias a la autoestima y redes de apoyo dentro de esta la asociación.
3. Dentro de las dimensiones con resultados menos favorables encontramos la dimensión de familia y social y económica, no queriendo decir que no se posee buena calidad de vida, pero se deben tener en cuenta para ser mejoradas y tratadas.
4. La dimensión de familia, posee buena calidad de vida, en donde dentro de la asociación se involucra a todo el núcleo para que se haga participe de esta nueva situación.
5. Presentando la escala social y económica, se tiene una buena calidad de vida, con un puntaje bajo, donde lo más relevante es la capacidad económica de cada uno de los participantes, muchas veces llegando a preocuparlos mas en esta esfera el poder adquisitivo para cubrir el costo de sus tratamientos y los elementos necesarios para el cuidado de su colostomía.

11. RECOMENDACIONES

1. Se deben abarcar nuevas estrategias educativas, que no solo se limiten a enseñarles sobre su situación física o fisiológica, sino que también los haga participes de diferentes ámbitos como el sexual, emocional, psicológico, llevando a ellos nueva información, que pueda ser divulgada fácilmente, siendo finalmente los asistentes un puente de comunicación para los nuevos colostomizados.
2. Se debe focalizar a las personas que se encuentra solas, para realiza apoyo directo por parte de la asociación.
3. Se debe involucra a la familia en la participación de la nueva situación que vive cada asistente, pues, esta es el núcleo primario de la sociedad, en el cual, todos estamos apoyados; la asociación debe insistir en esta dimensión para que los familiares tomen medidas sean soporte primario para la persona que vive esta situación.
4. La asociación colombiana de ostomizados, puede hacerse participe de la situación económica de cada asistente, creando pequeña empresa para apoyar a los participantes, conociendo de antemano el talento e ingenio existente en cada persona asociada, para mejorar así las condiciones de vida y motivar la independencia económica

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Base de datos epidemiológica que reúne información de Colombia y el resto del mundo Información adicional. Disponible en:
http://www.incancerologia.gov.co/paginas.aspx?cat_id=154&pub_id=252
- (2) EL ESPECTADOR. Periódico. Colombia 5 de Agosto de 2008 Disponible en Internet en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-cancer-de-colon>
- (3) TEXAS CHILDRENS HOSPITAL. Departamento de Enfermería. ¿Que es una ostomía?, Houston, Texas, 2001 Disponible en Internet en:
<http://es.texaschildrens.org/enes/Parents/TipsArticles/AcrobatDisplay.aspx?fid=173> Consultado en Febrero 10 de 2009 en:
- (4) UNIVERSIDAD NAVARRA. Facultad de Medicina. Diccionario Espasa Medicina. 1999.
- (5) ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. Disponible en Internet en:
<http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Canceres+por+localizaciones/Cancer+de+Colon/la+ostomia.htm>
- (6) BLACK. 2000. Citado por: BLACK, Patricia K. "Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma", British Journal of Nursing. London: Jun 24- Jul 7, 2004. Vol. 13 Iss. 12 Pág. 692.
- (7) WALLING, Anne D. "Multidimensional care of patients with colostomy", American Family Physician. 1/1/2004, Vol. 69 Issue 1, Pág. 193-194.
- (8) EL PULSO. Periódico. Pacientes ostomizados reivindican derecho a la calidad de vida. Medellín. Colombia, Disponible en Internet en:
<http://www.periodicoelpulso.com/html/oct06/general/general-03.htm>
- (9) ACDO. Información brindada por la Presidenta Mariela Acero de Romero
- (10) Etimología de la percepción Revisado el 30 de Octubre de 2009, Disponible en Internet en: <http://etimologias.dechile.net/?percepcio.n>
- (11) MATLIN, Margaret W, y FOLEY, Hugh J. Sensación y percepción. México D.F. Prentice Hall, 1996. p. 554.
- (12) FELDMAN, Robert. Psicología. México D.F. Editorial McGraw-Hill, 1999. p. 646.

- (13) Enfermeras de la escuela de enfermería de la Universidad de Illinois Chicago USA Disponible en: <http://www.uic.edu/orgs/qli/>
- (14) FERRAN. Description Of The Quality Of Life Index (QLI). Disponible en internet en: www.uic.edu/orgs/qli/index.htm.
- (15) Cáncer consultas tratamiento del cáncer, cáncer colo-rectal. Disponible en Internet en: http://patient.spanish.cancerconsultants.com/CancerTreatment_Cancer_Rectal.aspx?LinkId=56155. Consultado en Marzo 10 de 2009 en:
- (16) Calidad de vida en la dimensión de la persona ostomizada. Disponible en Internet en: <http://www.opolanco.es/Apat/estoma.html> Consultado en 10 de febrero de 2009 en:
- (17) BERLIN SPINGER-VERLAG .Organización Mundial de la Salud. Quality of life assessment: International Perspectives 1994.
- (18) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Disponible en Internet en : : www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/.../cancer0.doc . México D.F. 4 de febrero de 2009.
- (19) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cáncer*. Nota descriptiva N° 297, Julio de 2008. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>. Consultado el 6 de enero de 2009.
- (20) NATIONAL CANCER INSTITUTE. Explicación básica de lo que es el cáncer. Disponible en Internet en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/ques/explicacion-basica>. Consultado el 6 de enero de 2009.
- (21) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N 297, Julio de 2008: Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>. Consultado el 6 de enero de 2009
- (22) MEDINA BRITO, María del Pino. Fiabilidad y validez de las escalas de medida. Tesis Doctoral de Economía. Disponible en Internet en: <http://www.eumed.net/tesis/2006/mpmb/3e.htm> Consultado el 30 de octubre de 2009
- (23) COTINAS, Cristina. Cáncer: Herencia y Ambiente; Ciudad de México, México, 1998. Disponible en Internet en:

http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/096/html/sec_8.html. Consultado en 30 de octubre de 2009

- (24) Diccionario de Medicina, Mosby, Barcelona, España 2007. p. 195.
- (25) Diccionario de medicina, Mosby, Barcelona, España 2007. p. 196.
- (26) SHIRLEY, Otto. Enfermería Oncológica, 3 edición, Editorial Mosby..
- (27) NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. Disponible en Internet en:
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/colon/patient>
- (28) Cáncer de Colon Consultado en 10 de Enero de 2009 en:
<http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=43>
- (29) Diccionario de Medicina. Mosby, Barcelona, España, 2007. p. 196.
- (30) Diccionario de medicina. Mosby, Barcelona, España, 2007. p. 980.
- (31) Diccionario de Medicina. Mosby, Barcelona, España, 2007. p. 529.
- (32) Diccionario de Medicina. Mosby, Barcelona, España, 2007. p. 298.
- (33) PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. Manual de patología quirúrgica. Ostomías. Disponible en internet en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_023.html
- (34) MARTÍNEZ MORALES, María. Enfermería Oncológica; Cuidados del paciente ostomizado, Experto en estomaterapia, Supervisora servicio cirugía, Hospital Universitario virgen de la Arixaca, Perú, 2008.
- (35) http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000300012&script=sci_arttext
- (36) HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Colostomía, Guía práctica de autocuidados, , Dirección de enfermería, Madrid, España. Mayo de 2005.
- (37) http://www.saludcolombia.com/actual/salud77/Cancer%20en%20Colombia_archivos/frame.htm
- (38) LUGO ALONSO, Josefina; BARROSO ÁLVAREZ, María del Carmen; FERNÁNDEZ GARROTE, Leticia; Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología; Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; Revista Cubana de Oncología, 1996. Disponible en Internet en:

http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc07196.htm Consultado el 8 de noviembre de 2009.

- (39) BARRIOS Enrique; GALAN Yaima; SANCHO-GARNIER Hélène; SABINI Graciela; MUSÉ Ignacio Miguel. Prevención Del Cáncer: Estrategias Basadas En La Evidencia Una guía de la UICC para América Latina, 2002. Disponible en Internet en: <http://www.uicc.org/templates/uicc/pdf/eb-la/01.pdf> Consultado el 30 de octubre de 2009.

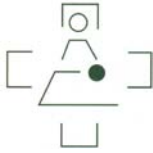
BIBLIOGRAFÍA

1. CONGRESO NACIONAL DE OSTOMÍAS. Los problemas de la atención integral del paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Conclusiones. Declaración de Bilbao; Bilbao, España 3 de diciembre de 2005.
2. ARRONTES CABALLERO, Gemma; GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Virginia y otros, Necesidades de cuidado y calidad de vida de los pacientes ostomizados, Difusión Avances de Enfermería, Madrid, España, 2008.
3. DA SILVA, Ana Lucia. La relevancia de la red de apoyo al ostomizado, Revista Brasileira de Enfermería (REBEN), Brasilia, Brasil 2007.
4. BRITO, Julio. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno, Instituto de estudios de salud, Universidad Arturo Prat, Revista Chilena de Cirugía, Santiago de Chile, Chile, 2004
5. VILLAJUAN, Elisa. Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del instituto nacional de enfermedades neoplásicas, Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú, 2006.
6. BLACK citado por BLACK, Patricia K. "Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma", British Journal of Nursing. London: Jun 24-Jul 7, 2004. Vol. 13 Iss. 12.
7. WALLING, Anne D. "Multidimensional care of patients with colostomy", American Family Physician. 1/1/2004, Vol. 69 Issue 1.
8. MATLIN, Margaret W.; FOLEY, Hugh J. Sensación y percepción. México D.F. Prentice Hall, 1996.
9. FELDMAN, Robert . Psicología. Mexico D.F. Editorial McGraw-Hill, 1999.
10. MARTÍNEZ MORALES, María, Enfermería Oncológica; Cuidados del paciente ostomizado, Experto en estomaterapia, Supervisora servicio cirugía, Hospital Universitario Virgen de la Arizaca, Perú, 2008.
11. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Colostomía, Guía práctica de autocuidados. Dirección de enfermería, Madrid, España. Mayo de 2005.
12. Diccionario de Medicina, Mosby, Barcelona, España 2007.

13. Facultad de Medicina Universidad Navarra. Diccionario Espasa Medicina 1999.
14. EL PULSO. Periódico. Pacientes ostomizados reivindican derecho a la calidad de vida. Medellín. Colombia, Octubre de 2006.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. México D.F. 4 de febrero de 2009.
16. NATIONAL CÁNCER INSTITUTE Disponible en Internet en <http://www.cancer.gov/espanol>.
17. MEDINA BRITO, María del Pino. Fiabilidad y Validez de las Escalas de Medida. Tesis Doctoral de Economía. 2007.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N 297, Julio de 2008, Disponible en Internet en: <http://www.who.int>
19. FERRANS y POWERS. Enfermeras de la escuela de enfermería de la Universidad de Illinois Chicago USA , Instrumento QLI (Quality Of Life Index), Disponible en Internet en: <http://www.uic.edu/orgs/qli/>
20. MANUAL DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. Pontifica Universidad Católica de CHILE. Ostomías. Disponible en Internet en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_023.html
21. LUGO ALONSO, Josefina; BARROSO ÁLVAREZ, María del Carmen; FERNÁNDEZ GARROTE, Leticia. Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología; Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; Revista Cubana de Oncología, 1996.
22. BARRIOS, Enrique; GALAN, Yaima; SANCHO-GARNIER, Hélène; SABINI, Graciela; MUSÉ Ignacio Miguel; Prevención Del Cáncer: Estrategias Basadas En La Evidencia Una guía de la UICC para América Latina, 2002.

A N E X O S

ANEXO A



Personería Jurídica No. 6576 de Diciembre 1° de 1978 – NIT. 860.068.272-1
Miembro de la International Ostomy Association (I.O.A.)
A.A. 13650 Bogotá, D.C., Colombia
e-mail: acdo1978@hotmail.com

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE OSTOMIZADOS

ANEXO A. REPORTE DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OSTOMIZADOS (ACDO) PARA EL AÑO 2008

Bogotá, Marzo 9 de 2.009

Enfermero

Andrés Pinzón.

Universidad Javeriana.

La Ciudad.

Cordial saludo Andrés,

Con relación a la información entregada el día sábado, sobre la Asociación Colombiana de Ostomizados (A.C.DO). quiero completarla por si Usted considera necesario lo siguiente:

Fines y Objetivos Principales

Ayudar a la rehabilitación de las personas Ostomizadas, procurando la creación de servicios hospitalarios con médicos y enfermeros especializados n la atención apacientes ostomizados.

Ofrecer programas y efectuar visitas a las personas Ostomizadas durante su hospitalización o en sus hogares, para orientarlos en la solución de sus problemas.

La Asociación puede ser órgano consultivo de toda clase de entidades médicas que demuestren actividades e intereses incondicionales relacionados con las personas Ostomizadas.

La Asociación puede si lo estima necesario, editar una revista para divulgar información científica que interese a toda persona Ostomizada, e igualmente puede suscribirse a publicaciones útiles a este fin.

Promover la consecución de los implementos necesarios para el manejo de las Ostomías, libres de gravámenes arancelarios e impuestos.

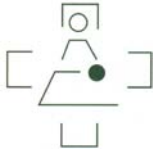
Participar en la reglamentación del mercado de los implementos para uso exclusivo de los socios ostomizados a fin de evitar la especulación.

Actividades de la A.C.DO.

Asambleas generales los primeros sábados de cada mes.

Organización de conferencias y seminarios para conocer los adelantos en el tema de ostomías y así tener mayor conocimiento del manejo de estas.

ANEXO A



Personería Jurídica No. 6576 de Diciembre 1° de 1978 – NIT. 860.068.272-1
Miembro de la International Ostomy Association (I.O.A.)
A.A. 13650 Bogotá, D.C., Colombia
e-mail: acdo1978@hotmail.com

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE OSTOMIZADOS

Desarrollo de las actividades de ayuda, con la participación de las personas Ostomizadas para compartir y aprender a vivir con la Ostomía.

Integración social con paseos y actividades recreativas especiales para brindar esparcimiento a las personas Ostomizadas y puedan tener un cambio en la rutina.

Asesoría Jurídica con el apoyo de profesionales en la materia para quienes le han sido vulnerados sus Derechos.

Servicios

Visitas a las personas Ostomizadas durante su hospitalización o en su hogar.

Asistencia por vía telefónica o presencial, para quienes desean asesoría.

Presencia en grupos de profesionales de la salud, o instituciones que nos requieren con el fin de dar a conocer la Asociación y compartir experiencias.

Medios de Difusión

Boletín “SOLIDARIDAD” trabajo informativo para llegar a diferentes personas y sitios y compartir conocimiento con los Ostomizados.

Formas de Contacto

Telefónica:

Blanca de León. (57-1) 6-307917

María Ligia Cruz de Bolívar. (57-1) 6-134670

Dora Ramírez de Pinzón (57-1) 2-688807

Mariela Acero de Romero (57-1) 892 4741

Correo

Asociación Colombiana de Ostomizados.

Calle 67 A- Bis # 66-16 Barrio José Joaquín Vargas.

Bogotá. D.C. Colombia Suramérica.

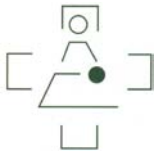
Casilla Correo Aéreo 13650 Bogotá. D.C. Colombia Suramérica.

Email acdo1978@hotmail.com

Por otra parte Andrés, le presento disculpas por la información sobre las personas vinculadas a la Asociación, porque los porcentajes presentados son del total (421) donde se incluyen las diferentes ostomías (yeyunostomías...etc.).

Trabajamos en Bien de la Salud

ANEXO A



Personería Jurídica No. 6576 de Diciembre 1° de 1978 – NIT. 860.068.272-1
Miembro de la International Ostomy Association (I.O.A.)
A.A. 13650 Bogotá, D.C., Colombia
e-mail: acdo1978@hotmail.com

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE OSTOMIZADOS

La información correcta de las personas que pertenecen en este momento (vinculadas, aunque no todas asisten) es la siguiente.

Vinculados A.C.D.O. 180 Personas.

90% Colostomía.
5% Ileostomía
5% Urostomía

De las cuales:

85% La causa CA colon y recto.
5% Ca Vejiga.
3% Patologías congénitas.
2% Secuelas de Quimioterapia y Radioterapia.
3 % A causa de violencia
2% Otras causas.

La población de ostomizados es mayor, pero desafortunadamente no registrada, ni vinculada.

No conocen sobre la Asociación, no reciben información en las Instituciones de Salud.

También ha de saber que existe un número no muy grande de niños con ostomías; en el Hospital de La Misericordia, había un programa de atención y orientación a padres de niños Ostomizados. No estoy segura si aun está este programa.

Ojala esta información le sea útil.

Gracias por su apoyo.

Mariela Acero de Romero.

ANEXO B. CALIDAD INDICE DE VIDA[®] FERRANS Y POWER
Ferrans and Powers
CALIDAD INDICE DE VIDA[®]

VERSIÓN GENERAL - III

PART 1. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan satisfecho(a) o contento(a) está usted con ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON:						
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4	5	6
3. La cantidad de dolor que tiene?	1	2	3	4	5	6
4. La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. El control que tiene sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional que recibe de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6

ANEXO B

	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON:						
17. Lo útil que es para otras personas?	1	2	3	4	5	6
18. La cantidad de preocupaciones en su vida?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado o incapacitado) ?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Su manera de manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Sus posibilidades para un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Su tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Consiigo mismo ?	1	2	3	4	5	6

ANEXO B

PART 2. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan importante es ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:	Sin ninguna importancia	Moderadamente sin Importancia	Un Poco sin Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Sus servicios médicos?	1	2	3	4	5	6
3. Tener nada de dolor?	1	2	3	4	5	6
4. Tener la energía para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Poder cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. Tener control sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil para otras personas?	1	2	3	4	5	6

ANEXO B

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:	Sin ninguna importancia	Moderadamente sin Importancia	Un Poco sin Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
18. Tener nada de preocupaciones?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. Tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado, o incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Poder manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Tener un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sentir tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Lograr sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfecho (a) con su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Para si mismo? Usted mismo?	1	2	3	4	5	6

ANEXO C

ANEXO C. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LA ASOCIACIÓN

De: Cheyan87@gmail.com
Para: acdo1978@hotmail.com

Bogotá D.C. 12 de Febrero de 2009

Señores
JUNTA DIRECTIVA
ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE COLOMBIA
Ciudad

Respetados Señores

Con la presente solicito a ustedes colaboración, para desarrollar mi trabajo de investigación en la asociación, soy estudiante de enfermería de VII semestre de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, el trabajo que vengo desarrollando trata como problema la calidad de vida de los pacientes ostomizados entre los 6 meses y los 2 años posteriores al procedimiento, escogimos este tiempo prudencial para no sesgar el estudio, ya que como ustedes saben las personas tienen su proceso de duelo normal durante los primeros seis meses y ahí no podríamos hallar la calidad de vida objetiva como la queremos mostrar, dentro de este estudio aplicaremos un instrumento validado internacionalmente que ha sido utilizado en más de 40 estudios a nivel mundial "the quality of life index" en su versión general. que podrán encontrar en la página <http://www.uic.edu/orgs/qli/>, este instrumento abarca 4 esferas de la vida como son salud y funcionalidad, esfera económica y social, esfera psicológica y espiritual y esfera familiar.

Agradezco la colaboración y atención prestada a la presente

Cordialmente

--

Andrés Pinzón

ANEXO

Como archivos

INSTRUMENTO QUALITY OF LIFE INDEX "VERSION EN ESPAÑOL.

ANEXO D

ANEXO D. CARTA DE RESPUESTA DE LA ASOCIACIÓN.

De: acdo1987@hotmail.com

Para: Cheyan87@gmail.com

Andrés, buenas noches.

Muchas gracias por el correo, nos parece muy interesante el Tema de su investigación y nosotros como entidad que tiene como objeto social, la asesoría, y apoyo en la recuperación y rehabilitación de las personas con Ostomía, también colaboramos con este tipo de investigaciones para obtener mejores opciones para las personas ostomizadas.

Queremos comentarle que la participación de las personas ostomizadas en estos temas es absolutamente voluntaria de parte de los miembros de la Asociación, si se encuentran personas que cumplan con las especificaciones que Usted, en este caso expresa.

Por otra parte, la Junta Directiva observa que los futuros-próximos profesionales tienen un capital de conocimientos y herramientas en su formación con las que pueden apoyar y contribuir en la Asociación a facilitar la obtención de una vida con dignidad y calidad. Solicitamos de Usted, el compromiso de su apoyo y aportes para fortalecer el objeto social de la Asociación, que no es otro que poder ofrecer con nuestras experiencias, vivencias y su vinculación una Calidad de Vida para quienes hacen parte de la Asociación.

Por otra parte queremos saber, el estudio es de Usted solo, o hay un grupo de estudiantes trabajándolo.

Ojala, pueda leer este correo hoy o mañana sábado en la mañana y pueda asistir a la reunión nuestra: Sábado 14 de Febrero, a las 2:30 pm en Calle 72 # 14-20 **UDCA** ya que nuestras reuniones son los primeros sábados de cada mes, con excepción del mes de Febrero.

Cordialmente

Mariela Acero de Romero

Presidenta

Asociación Colombiana de Ostomizados Calle 67A-Bis No.66-16 Barrio José Joaquín Vargas Telefono: 6-307917

Bogotá D.C. Colombia – Suramerica

Vicepresidenta ALADO.

ANEXO E

ANEXO E, DESCRIPCIÓN DE LA PUNTUACIÓN PARA EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (ICV) DE FERRANS Y POWERS

Nota: Esta es una descripción de los pasos para calcular los cinco puntajes del Índice de Calidad de Vida: escala total, subescala de funcionalidad y salud, subescala social y económica, subescala psicológica / espiritual, y subescala familiar. Para calcular los puntajes, recomendamos usar la sintaxis del computador para el programa SPSS-PC, el cual está incluido en este sitio web.

Pasos	Descripción
Puntaje ICV General (calidad de vida total)	
1. Volver a codificar los puntajes de satisfacción	Centrar la escala en cero, restar 3.5 de la respuesta de satisfacción para cada ítem. (Esto producirá respuestas de -2.5, -1.5, -.5, +.5, +1.5, +2.5.
2. Ponderar las respuestas de satisfacción con las respuestas de importancia pareadas.	Multiplicar la respuesta de satisfacción registrada por la respuesta de importancia en bruto (no ponderada) para cada par de ítems de satisfacción e importancia.
3. Obtener la suma preliminar para la puntuación general (total)	Sumar las respuestas ponderadas obtenidas en el paso 2 para todos los ítems.
4. Obtener el puntaje de ICV general (total) final.	Evitar el sesgo debido a datos ausentes, dividir cada suma obtenida en el paso 3 por el número de ítems contestados por ese individuo. (En este punto el rango posible para las puntuaciones va de -15 a +15). Luego, eliminar los números negativos para el puntaje final, añadir 15 a cada puntaje. Esto producirá el puntaje del ICV general

ANEXO E

	(total) final (Rango posible para los puntajes finales = 0 a 30). En donde (1-5) muy descontento,(6-10) moderadamente descontento, (11-15) un poco descontento, (16-20) un poco satisfecho, (21-25) moderadamente satisfecho, (26-30) muy satisfecho para el ICV total.
--	---

PUNTAJES DE LA SUBESCALA:

Los mismos pasos son usados para calcular los puntajes de la subescala que los puntajes totales. La única diferencia es que los cálculos son realizados usando los subconjuntos (subgrupos) de los ítems, en lugar de todos los ítems.

1. Volver a codificar los puntajes de satisfacción: Centrar la escala en cero, restar 3.5 de la respuesta de satisfacción para cada ítem. (Esto producirá respuestas de -2.5,-1.5, -.5, +.5, +1.5, +2.5). *Este es exactamente el mismo paso que el numeral 1 anterior.*
2. Ponderar las respuestas de satisfacción con las respuestas de importancia pareadas: Multiplicar la respuesta de satisfacción registrada por la importancia en bruto (no ponderada) para cada par de ítems de satisfacción e importancia. *Esto es exactamente el mismo paso que el numeral 2 anterior.*
3. Obtener la suma preliminar para el puntaje de la subescala: Sumar las respuestas ponderadas obtenidas en el paso 2 para los ítems que componen la subescala.
4. Obtener la puntuación de la subescala final: Para evitar sesgos debido a los datos ausentes, dividir cada suma obtenida en el paso 3 por el número de ítems contestados en esa subescala para ese individuo. (En este punto el rango posible para la puntuación es -15 a +15. *Este es el rango posible para las cuatro subescalas y para el puntaje general (total).*)

ANEXO E

El rango posible es el mismo para los cinco puntajes aún cuando tengan diferentes números de ítems, ya que hemos dividido la suma preliminar por el número de ítems contestados por cada uno). Luego, eliminar los números negativos para el puntaje final, sumar 15 a cada puntaje. Siempre es el número 15 el que se añade, independiente de cuál puntaje de subescala esté siendo calculado. Esto producirá el puntaje de la subescala final. (Rango posible para los puntajes finales = 0 a 30). El rango posible para los puntajes finales es igual para las cuatro subescalas y para el puntaje general (total)



ANEXO F. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO PERMANENTE QUE ASISTE A LA ASOCIACION COLOMBIANA DE OSTOMIZADOS”

Yo _____ identificada(o) con CC
Nº _____ expedida en _____, doy mi
consentimiento para participar en la investigación denominada: “percepción de
calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la
Asociación Colombiana de Ostomizados”

Declaro que me han explicado de forma clara y precisa los objetivos, propósitos y beneficios de la investigación, así mismo, he recibido una copia de este documento y certifico que soy mayor de edad, con capacidad legal para consentir y que consiento a participar la investigación y acepto que me sea aplicado en el instrumento (encuesta). Reconozco que mi participación no me ocasionara ningún riesgo, inconveniente o molestia para mi salud e integridad personal, por el contrario recibiré los beneficios de conocer el tema y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este proyecto, preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción.

El investigador responsable se ha comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier cambio en la investigación; así como a responder cualquier duda que le plantee acerca de la misma. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido

ANEXO F

a dar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del responsable de la investigación

Andrés Fernando Pinzón Sarmiento _____