

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



*Una Institución Adventista*

**TESIS**

**Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los  
pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía  
General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima,  
2015**

Tesis presentada para optar el título profesional de licenciado en  
enfermería

**Autores**

**Jairo Bastidas Chuquillanqui**

**Jhoselyn Galarza Ríos**

**Asesor**

**Mg. Wilmer Calsin Pacompia**

**Lima, 2016**

## **Dedicatoria**

A mis padres Clemente Bastidas Cerrón y Fabiana Chuquillanqui López porque siempre estuvieron apoyándome cuando los necesité, dándome esperanza y la fuerza para culminar mi carrera a pesar de todos los obstáculos presentados en el transcurso de mis estudios.

Jairo Bastidas Chuquillanqui

A mis padres Eleodoro Galarza y Roció Ríos quienes han sido mi guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera. Con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga, aun cuando todo se veía complicado.

Jhoselyn Galarza Ríos

## **Agradecimientos**

Agradecemos primeramente a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde nos hemos propuesto, porque permitió hacer realidad de nuestro sueño profesional

A nuestras familias por su apoyo, sacrificio y motivación constante para culminar todas nuestras metas.

A nuestro asesor Mg. Wilmer Calcin Pacompia por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, su paciencia y motivación ha logrado formarnos como personas e investigadores.

A la Lic. Gaby Chávez jefa supervisora de enfermería del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por las facilidades y el apoyo en el desarrollo y culminación del presente trabajo.

## Resumen

### **Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015**

Bastidas Chuquillanqui, Jairo y Galarza Ríos, Jhoselyn

**Objetivo:** Determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados. **Material y métodos:** estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo correlacional, transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo constituida por 90 pacientes colostomizados. Se usó el Cuestionario SF36 para medir la calidad de vida y para el tipo de colostomía según su localización, se utilizó una guía de evaluación. **Resultados:** Se evidenció que existe relación entre colostomía ascendente, transverso y calidad de vida en la dimensión física y mental con  $p= 0,031$  y  $0,011$  y  $p= 0,008$  y  $0,007$ , respectivamente. En cuanto a colostomía descendente y calidad de vida en la dimensión física no existe relación ( $p= 0,286$ ) y en la dimensión mental existe relación ( $p= 0,031$ ), asimismo, en la colostomía sigmoidea y calidad de vida en las dimensiones física y mental no existe relación ( $p= 0,210$  y  $0,340$ ). Existe relación entre el tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida ( $p=0,036$ ). La calidad de vida global de los pacientes colostomizados es de nivel bajo 27,8%, medio 51,5% y alto 13,4%. **Conclusión:** los tipos de colostomía según su ubicación y la calidad de vida de los pacientes colostomizados se relacionan significativamente ( $p$  value= $0,028$ ), ya que estos pacientes experimentan situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos que experimentan tras la cirugía.

**Palabras Clave:** Paciente colostomizado, calidad de vida, colostomía.

## Abstract

### **Types of colostomy according to location and life quality in patients attending to Outpatient of General Surgery of the Guillermo Almenara Irigoyen, National Hospital, Lima, 2015.**

Bastidas Chuquillanqui, Jairo y Galarza Ríos, Jhoselyn

**Objective:** Determine the relationship between the types of colostomy according to location and life quality in colostomy patients. **Methodology:** Quantitative approach study, non-experimental design, correlational, cross type. The type of sampling was non probabilistic by convenience under inclusion and exclusion criteria. The sample consisted by 90 colostomy patients. The SF36 questionnaire was used to measure the quality of life and the type of colostomy according to location, an evaluation guide was used. The statistical test applied was the Chi2. **Results:** It was evident that there is a relationship between ascending colostomy , transverse and quality of life in physical and mental dimension 0.031 and  $p = 0.011$  and  $p = 0.008$  and  $0.007$  , respectively. As for descending colostomy and quality of life in the physical dimension there is no relationship (  $p = 0.286$  ) and there is the mental dimension ratio (  $p = 0.031$  ) , also in the sigmoid colostomy and quality of life in physical and mental dimensions there is no relationship (  $p = 0.210$  and  $0.340$  ) . There is a relationship between the residence time of the colostomy and quality of life (  $p = 0.036$  ) . The overall quality of life of patients colostomy is low level 27.8 % , average 51.5 % and 13.4 % higher. **Conclusion:** the types of colostomy according to location and the quality of life of colostomy patients are related significantly, because these patients experience unpleasant situations due to physiological, dietary, psychological, aesthetic, social and economic changes.

**Key words:** Colostomy patient, quality of life, colostomy.

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen .....	iv
Abstract .....	v
Introducción .....	x
Capítulo I.....	1
El Problema.....	1
1.Planteamiento del problema.....	1
2.Formulación de problema.....	10
2.1.Problema general.....	15
3.Justificación.....	10
4.Objetivos .....	13
4.1Objetivo general .....	13
4.2.Objetivo específico.....	13
Capítulo II .....	15
Marco teórico .....	15
1.Marco bíblico filosófico.....	15
2.Antecedentes de la investigación.....	16
3.Marco teórico.....	15
3.1.Calidad de vida.....	30
3.1.1.Conceptos de calidad de vida.....	30
3.1.2.Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	36
3.1.3.Factores que influyen en la calidad de vida .....	39
3.1.4.Dimensiones de la calidad de vida en salud.....	41
3.1.5.Importancia de la calidad de vida en la salud .....	45
3.2.Pacientes portadores de colostomía.....	47
3.2.1.Ostomía.....	47
3.2.2.Colostomía .....	47
3.2.3.Tipos de colostomías.....	49
3.2.4.Complicaciones de la colostomía.....	51
3.2.1.Efectos de la colostomía en la vida de la persona.....	51
3.3.Derechos de los pacientes colostomizados.....	55
3.3.1.Calidad de vida en pacientes con colostomía.....	56
3.3.2.Rol de profesional de enfermería en la mejora de la calidad de vida del paciente colostomizado .....	57
3.4.Modelo teórico de enfermería.....	59
4.Definición de términos.....	61
5.Hipótesis de investigación.....	62
5.1. Hipótesis general.....	62
5.2.Hipótesis específica.....	62
Capítulo III.....	65
Material y métodos.....	65
1.Tipo y diseño de investigación.....	65
2.Variables de investigación.....	66
2.1.Definición de la variable 1 .....	66

2.2. Definición de la variable 2. ....	66
2.3. Operacionalización de la variable: .....	67
3. Delimitación geográfica y temporal: .....	70
4. Población y muestra. ....	72
4.1. Población. ....	72
4.2. Muestra. ....	72
4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión. ....	72
4.2.2. Características de la muestra. ....	74
5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	75
5.1. Cuestionario de “Calidad de Vida SF36”. ....	76
5.2. Instrumento para medir el tipo de colostomía. ....	81
6. Proceso de recolección de datos:.....	82
7. Procesamiento y análisis de datos:.....	83
8. Consideraciones éticas: .....	83
Capítulo IV.....	85
Resultados y discusión .....	85
1. Resultado.....	85
2. Discusión.....	93
Capítulo V .....	99
Conclusiones y recomendaciones .....	99
1. Conclusiones: .....	99
2. Recomendaciones.....	100
Apéndice .....	110
Apéndice 1. Instrumentos de recolección de datos .....	111
Apéndice 2. Consentimiento informado .....	117
Apéndice 3. Carta de autorización del área de estudio .....	119
Apéndice 4. Validación del instrumento.....	121
Apéndice 5. Resultados descriptivos.....	123

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Definiciones para la calidad de vida .....	33
Tabla 2 Complicaciones de la colostomía.....	51
Tabla 3 Datos sociodemográficos de la muestra.....	74
Tabla 4 Calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, 2015 .....	85
Tabla 5 Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida de los pacientes que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015.....	86
Tabla 6 Correlación entre el tipo de colostomía según su localización y calidad de vida en los pacientes colostomizado.....	87
Tabla 7 Calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes portadores de colostomía ascendente que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015 .....	87
Tabla 8 Correlación entre el tipo de colostomía ascendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.....	88
Tabla 9 Calidad de vida en la dimensión física y mental en los pacientes portadores de colostomía transverso que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015 .....	89
Tabla 10 Correlación entre el tipo de colostomía transverso y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.....	89
Tabla 11 Calidad de vida en la dimensión física y mental en los pacientes portadores de colostomía descendente que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015 .....	90
Tabla 12 Correlación entre el tipo de colostomía descendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.....	90
Tabla 13 Correlación entre el tipo de colostomía sigmoideo y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.....	91
Tabla 14 Tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes que asisten a consultorio externo de cirugía General del HNGAI, 2015.....	92
Tabla 15 Correlación entre el tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados. ....	92
Tabla 16 Tabla descriptiva de los componentes de la calidad de vida de los pacientes colostomizados.....	123



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Conceptualización de la calidad de vida,.....	35
Figura 2: Elementos conceptuales de la Calidad de vida relacionada con la salud .....	38
Figura 3 Factores que intervienen en la calidad de vida .....	40
Figura 4 Temas y significado de las puntuaciones altas y bajas del SF- 36. ....	77
Figura 5 Modelo de medición SF36.....	80
Figura 6 Tipos de colostomía según la localización .....	81

## **Introducción**

El concepto de calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos tiempos ya que, al aumentar la expectativa de vida en la población, también se ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas, que sufren los efectos propios de la enfermedad o del tratamiento médico o quirúrgico. Así mismo, Se considera como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y a la sensación de bienestar físico, mental y social” (OMS).

Por otro lado, la colostomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma), con la finalidad de permitir la eliminación de productos de desecho (heces), al exterior y recogerlos en dispositivos destinados para ese fin. La principal causa para la realización de una colostomía es el cáncer de colon. Mas, los pacientes colostomizados presentan cambios importantes en el aspecto fisiológico, psicológico, emocional, social y alimenticio, que influyen decisivamente en su calidad de vida.

Por ende, el principal objetivo de este estudio es determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados, que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Para lo cual se

aplicaron dos instrumentos de evaluación tanto para la calidad de vida como para los tipos de colostomía.

Por tal motivo, la siguiente investigación se detalla en 5 capítulos, los cuales son los siguientes:

Capítulo I: Se considera la presentación de la investigación, el planteamiento del problema, sucesos o problemáticas suscitados que merecen ser investigados, la justificación, que hace interesante al trabajo de investigación, y los objetivos, tanto generales como específicos, los cuales ayudan a canalizar la investigación.

Capítulo II: Contiene el marco bíblico filosófico, que va orientado a la filosofía cristiana que tiene la universidad, los antecedentes de la investigación, el marco teórico, el desarrollo de los objetivos de la investigación, en el que se evalúa la teoría existente sobre el tema, definición de términos, son palabras claves y la hipótesis de investigación, que canalizan el resultado que se desea encontrar.

Capítulo III: En este capítulo se explica cómo se ha desarrollado la investigación, cuáles son los procedimientos seguidos para la generación de los conocimientos. Consta del diseño y tipo de investigación, operacionalización de variable, población y muestra, instrumentos de

recolección de datos, proceso de recolección de datos, consideraciones éticas, procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: En este capítulo se muestran tanto los resultados como la discusión, considerando los objetivos como factor de orden.

Capítulo V: Se muestran las conclusiones y recomendaciones, que son necesarias por que determinan cuál es el aporte del conocimiento y lo que se ha aprendido. Y por último se coloca la bibliografía consultada y los anexos.

## **Capítulo I**

### **El Problema**

#### **1. Planteamiento del problema.**

El estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, porque permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, que incluye sus valores, creencias, percepciones, etc. Este conocimiento permite al profesional de salud de enfermería realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida, por la que está atravesando el paciente portador de una colostomía.

La calidad de vida es un concepto que ha cobrado cada vez mayor importancia. Cuando hablamos de salud, resulta necesario incluir este tema, ya que los avances médicos, han permitido incrementar la esperanza de vida, lo cual ha repercutido en las expectativas de los pacientes en cuanto a su nivel de actividad, autonomía y estado de salud en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) conceptualiza la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo completo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Por otro lado, la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente (físico, social y comunidad) y la salud objetivamente considerada (Ardila, 2007)

Considerando estos conceptos, la calidad de vida de los pacientes post operados de problemas digestivos, y en concreto en aquellos que se les ha realizado una colostomía; como parte de su tratamiento sufren una serie de cambios biológicos, psicológicos, y sociales, al cambiarle la ubicación del ano, lo cual afecta la percepción de su propia imagen corporal, y puede

incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida normal, alterando así su calidad de vida.

En tanto, se puede definir la colostomía como la creación quirúrgica de una apertura del colon en la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal o descomprimir el intestino abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal o es comprimir el intestino grueso. Es un tipo de operación requerida cuando una persona ha perdido las funciones del intestino grueso. Este tipo de estomas permitirá que los desperdicios normales del cuerpo sean expedidos por una apertura en la pared abdominal. (Villajuan, 2006). Asimismo, Brown (2005) agrega que la colostomía se realiza por diferentes patologías y puede ser de carácter temporal o definitivo; de acuerdo a su anatomía puede ser terminal o lateral, madurada o no.

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen uno de los problemas de salud a nivel mundial, lo cual incrementa las tasas de morbilidad, que afectan tanto a hombres como a mujeres. Entre estas tenemos a las enfermedades digestivo oncológicas, cuyo único tratamiento quirúrgico es la realización de una colostomía, por consiguiente, los datos estadísticos reportados en España indican 1 colostomizado por cada 1000 personas, en el Reino Unido hay entre 80.000 y 120.000 personas colostomizadas. La mayoría de las colostomías son realizadas en personas que rondan la edad de

los 35-40 años. En los Estados Unidos se calcula una prevalencia de 200 ostomías por cada 100.000 habitantes, lo que significa 2 colostomizados por cada 1000 personas. En Canadá la frecuencia de la realización de colostomías no se conoce con exactitud, pero se estima que aproximadamente es de 13.000 al año y en China la incidencia de la colostomía es sobre 100.000 al año (Rossi et al.,2014)

Considerando estos conceptos las ostomías de eliminación constituyen un procedimiento común en la práctica cotidiana de los hospitales, ya que las técnicas quirúrgicas han avanzado considerablemente y por ende los resultados en la salud del paciente.

Según Castañeda et al.(2009), en América Latina, Argentina, 2 de cada mil de la población convive con una ostomía, lo que supone en total de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2- 4 x 1000 adultos.

La calidad de vida es un indicador cada vez más relevante para la toma de decisiones sobre los tratamientos médicos, para la gestión del cuidado y para todos los servicios de salud en general. Este indicador, que complementa a otros tradicionales como la morbilidad, la mortalidad o la expectativa de



vida es considerado importante a la hora de establecer prioridades sobre el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención o rehabilitación.

Según Castro et al.( 2013), en la investigación que realizaron sobre la calidad de vida en los pacientes colostomizados en Colombia, refirieron que el 60% de las personas participantes de la investigación presentaron sentimientos negativos que afectaron su calidad de vida en un 75%, sin embargo las personas que tienen apoyo de sus familiares o su cónyuge tuvieron una mejora en su calidad de vida.

Por otro lado , Kimura, Kamada, Guilhem y Fortes (2013), realizaron una investigación en Brasil donde se concluye que las personas colostomizadas presentan problemas en cuanto a su adaptación y rehabilitación, sus relaciones sociales, su imagen corporal y su autoestima. También se ven alterados y, más aún, las personas refieren que el dispositivo de drenaje es una barrera para la actividad sexual. Todas estas consecuencias derivadas de ser portadores de colostomía afectan directamente su calidad de vida. Por su parte, El-Tawil (2013), refiere que el 84,2% de las participantes reportó una alteración en el efecto de la percepción de sí mismo en el acto sexual, motivo por el cual la calidad de vida de estos pacientes es deficiente.

Otro estudio desarrollado en Colombia por Andres & Carrillo (2013) indican que la calidad de vida del 62,32% de los pacientes portadores de colostomía fue aceptable. No obstante la sexual continúa teniendo un impacto negativo importante en estos pacientes.

Mientras que, Hernández (2013) refiere que en la Ciudad de México, en el Distrito Federal, hubo 1688 pacientes portadores de ostomías, donde las colostomías eran el 63%, las ileostomías un 24% y las urostomías un 4%. Por otro lado, (Charúa-Guindic, et al., 2012) demuestra que la calidad de vida en pacientes colostomizados presenta variaciones en cuanto a su desenvolvimiento en la vida diaria siendo. Las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida fueron la función social que se vio deteriorada en un 71.53% , el rol emocional 71.48% y por último en un 68.37% la vitalidad del paciente.

Por otro lado, Shaffy, Das y Gupta (2012) realizaron una investigación respecto a los cambios de la calidad de vida en el paciente colostomizado y llegaron a la conclusión de que el problema físico que tuvieron las personas investigadas dificultó su ajuste a las actividades de la vida diaria: el patrón de sueño alterado relacionado con el temor de fuga, dolor o malestar y alteración de la integridad cutánea relacionado con la irritación por el contenido estoma. En la parte sexual, encontró que el 100% de las personas sentían vergüenza, ansiedad, por lo que se abstenían de acto sexual y el ajuste hacia la vida

sexual impactó el deseo sexual, el comportamiento sexual y el rechazo por el cónyuge en relación a la bolsa de la colostomía. Respecto al patrón nutricional, el 85% manifestó malestar y evitó el consumo de varios alimentos que antes lo consumían con mucha normalidad.

Charúa-Guindic et al.(2011), encontraron que las puntuaciones con el cuestionario calidad de vida SF- 36 versión 2.0 fueron las siguientes: funcionamiento físico 67.04%, papel físico 56.06%, dolor físico 68.28%, salud general 57.16%, con una media global de 62.14%. Para los componentes mentales: vitalidad 68.37%, función social 71.53%, rol emocional 71.48% y salud mental 68.67%. En conclusión la calidad de vida de la población estudiada fue relativamente buena. El miedo a la fuga de materia fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

El Congreso Nacional de Ostomías (2005), luego de realizar un estudio en el que participaron 35.000 y 38.000 personas con ostomías, informo que el 75% de estas personas presenta dificultad de reintegración en su calidad de vida.

Respecto a las colostomía en el Perú, la OMS (2015) refiere que el 4% de la población tiene un tipo de herida y aproximadamente alrededor de 15,000 personas ostomizadas poseen ostomías intestinales y urinarias.

Asimismo, Villaz (2011) refiere que en la actualidad las enfermedades crónico- degenerativas, han aumentado considerablemente afectando tanto a hombres como a mujeres, en especial a los adultos y adultos mayores, han aumentado de esta manera las tasas de morbimortalidad, con una incidencia en el Perú de 10% en varones y 11% en mujeres (Cáncer de colon). Uno de los tratamiento alternativo para este tipo de enfermedad es la realización de colostomías para la eliminación fecal.

Los avances médicos tratan de solucionar solo el problema de fondo o la patología en sí, sin embargo, no se preocupan por los efectos que trae consigo el tratamiento quirúrgico de los problemas digestivos como las colostomías, situaciones que afectaran la calidad de vida del paciente, evitando su desarrollo personal, social y afectando la economía familiar. La calidad de vida relacionada con la salud, es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Dicha valoración permite conocer el impacto de una enfermedad y del tratamiento recibido.

Cuando a una persona se le practica una colostomía, sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales, que le dificultan la adaptación a su entorno. Al cambiarle la ubicación del ano tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar la percepción que tiene de su propia imagen, pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida laboral, social y sexual, causa principal del deterioro de la calidad de vida de una persona con colostomía.

A nivel local, la problemática en cuanto a la calidad de vida de los pacientes colostomizados se ve afectada en el aspecto físico, psicológico y social. Según una entrevista realizada por los investigadores a 7 personas con colostomía, reportaron que su vida cambió después de la intervención quirúrgica. En lo referente a la parte física manifestaron que “afectó sus actividades habituales”, “no pueden realizar ejercicios y deporte”; por otro lado, en el ámbito emocional y social refieren, que hubo “un aislamiento social” y “falta de interés en actividades sociales”, “estrés y depresión”. El ámbito sexual se ve aún más afectado, pues refirieron que “no encuentran placer y por otro lado tienen temor a poder ensuciar a su pareja en el coito”. Por lo anteriormente mencionado se llega a la siguiente interrogante.

## **2. Formulación de problema.**

### **2.1. Problema general.**

¿Existe relación entre los tipos de colostomía según su localización y calidad de vida en los pacientes que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015?

## **3. Justificación.**

El deterioro de la calidad de vida es un problema que se encuentra en personas portadoras de colostomía. En la actualidad se encuentra muy pocos estudios que se refieren a calidad de vida y tipos de colostomía; no se encuentran temas relacionados a las dos variables de estudio. Por otro lado, respecto a la calidad de vida, se refiere a la reintegración de la persona colostomizada a la comunidad y a sus actividades de la vida diaria, tanto personales, sociales como espirituales.

Por tal motivo el presente trabajo de investigación ayudará a identificar la calidad de vida según el tipo de colostomía, brindará aportes que ayudarán al paciente y al personal de salud a desarrollar sus actividades en busca de la mejora de la calidad de vida.

*Aporte teórico:* Permitirá identificar y sistematizar la información, sobre los componentes afectados de la calidad de vida según el tipo de colostomía ya que hay pocos estudios en esta población, contexto y realidad.

Por otro lado, brindará a los profesionales de la salud y especialmente a los que trabajan con pacientes colostomizados, información relevante sobre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida de los pacientes colostomizados, sabiendo que esta trae muchas repercusiones negativas físicas, psicológicas y sociales.

*Aporte metodológico:* el presente trabajo de investigación proporcionará una aproximación de datos epidemiológicos actualizados de pacientes colostomizados.

Por otro lado, Será referencia para la realización de nuevos trabajos de investigación correlacional y pre-experimentales, así como la implementación de guía de observación para el tipo de colostomía.

*Aporte práctico:* El trabajo de investigación servirá como base, para la ejecución de programas de intervención en busca de la mejora de la calidad de vida del paciente colostomizado, ya que brindará una visión más focalizada respecto a las dimensiones en las cuales se debe trabajar con mayor énfasis.

Asimismo, los resultados de la investigación, podrán orientar al enfermero(a) y al estudiante de enfermería a canalizar mejor sus intervenciones de una manera integral, en el proceso pre y post quirúrgico de un paciente colostomizado, teniendo como base la interacción familiar y social.

Los resultados de la presente investigación serán elevadas a las instancias correspondientes, de manera tal que con base en los resultados se tomen acciones por parte de la entidad.

*Aporte social:* La investigación aportará datos relevantes y actualizados, que ayuden a las asociaciones peruanas de colostomías u otras instituciones de manera que puedan generar políticas de salud en la mejora de la calidad de vida, atención y cuidado de los pacientes colostomizados.



## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados, que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), Lima.

### **4.2. Objetivo específico**

- Identificar el nivel de la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomía que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.
- Determinar la relación entre la colostomía ascendente y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.
- Determinar la relación entre la colostomía transversa y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

- Determinar la relación entre la colostomía descendente y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.
  
- Determinar la relación entre la colostomía sigmoidea y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.
  
- Determinar la relación entre el tiempo de uso de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Marco bíblico filosófico.**

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Por otro lado, la intervención de enfermería, data desde el inicio de la vida humana, según el transcurso del tiempo se va perfeccionando y fundamentándose en la parte científica, teniendo una perspectiva socio-sanitaria de un enfoque sistémico, en el que incluya al paciente como sujeto de un sistema cuyos niveles deben ser objeto de intervención. El profesional de enfermería es clave a la hora de conseguir una integración del individuo y

la generación de una nueva identidad mediante tres principios básicos: motivación, información y educación, que ayudarán al paciente colostomizado a mejorar su calidad de vida tras la intervención quirúrgica (Villaz, 2011).

Y más aún, las acciones de cuidado han estado presentes a lo largo de la historia y son inherentes a la vida. Dios expresaba su amor a través del cuidado hacia los pobres y enfermos. Enfermería recibe una gran influencia de las acciones de Dios; valores como la solidaridad, carisma, respeto y sobre todo el servicio. Acciones que Dios impartía en esos tiempos (White, 1905)

## **2. Antecedentes de la investigación.**

Al revisar los antecedentes sobre el tema se han seleccionado diversos estudios cuantitativos, cualitativos, en artículos, tesis o estudios relacionados con el presente trabajo de investigación, que señalan la importancia de valorar de forma individualizada la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los pacientes colostomizados.

Vonk et al (2015) realizaron un trabajo de investigación en la Universidad de Utrecht -Países Bajos que lleva por título “Problemas relacionados con la ostomía y su impacto en la calidad de vida de ostomizados con cáncer colorrectal”, cuyo objetivo fue determinar la relación percibida del paciente colostomizado y su impacto en la calidad de vida a largo plazo. El tipo de

estudio fue transversal , descriptivo. Los resultados mostraron que el 35 % de los pacientes consideraron tener una calidad de vida alta, 50% moderada y el 15 % refieren tener calidad de vida baja. Concluyen además que los pacientes ostomizados de corto plazo relacionan sus problemas físicos , mentales y sexuales con una calidad de vida negativa, en tanto, los pacientes portadores de una ostomía a largo plazo manifiestan una calidad de vida positiva.

En tanto, Xiuxiu et al (2014) ejecutaron una investigación, cuyo objetivo fue observar la calidad de vida en pacientes con cáncer rectal con colostomía permanente en Xi'an- China en diferentes períodos después de la operación. El tipo de estudio fue prospectivo de 1, 3 y 6 meses. Los resultados evidenciaron respecto a las complicaciones del estoma postoperatorio, en el primer mes 48,98 %; tercer mes 46,94% y en el sexto mes 40,82 %, asimismo, se encontró una buena calidad de vida en el primer mes postoperatorio en 28.70% , tercer mes 54.42 % y sexto mes 74.21%. El estudio concluye que en el primer mes postoperatorio la puntuación de la calidad de vida buena fue la más baja con las peores funciones y síntomas; en el tercer mes calidad de vida buena mejoró y el sexto mes postoperatorio, las funciones física, rol y emocional fue restaurándose a nivel preoperatorio.

De la misma manera, Castro, Castro y Clemente (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue realizar una revisión del impacto psicológico

en pacientes ostomizados y las actividades enfermeras en los cuidados psicoemocionales de estos pacientes. El trabajo fue realizado en España. Y corresponde a un estudio bibliométricos. Los resultados mostraron que la formación de un estoma normalmente tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y produce cambios en diferentes aspectos de su vida, provocando sentimientos de ansiedad, depresión y dificultades para establecer relaciones sociales o problemas sexuales entre otros; por otro lado, la educación antes y después de la intervención quirúrgica reduce las complicaciones postoperatorias, disminuye los estados depresivos y el estrés en el paciente y su familia, logra la reintegración laboral precoz, mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación y reduce las ideas y conductas suicidas. En conclusión, el personal sanitario, debe comprender la repercusión que tiene el estoma en cada paciente para poder dar cuidados individualizados, holísticos y de calidad, además debe dar educación pre y postquirúrgica y realizar el seguimiento del paciente y de la familia para mejorar la calidad de vida del paciente.

En tanto, Torres (2013) realizó un estudio sobre “Valoración de la Calidad de Vida de los Pacientes sometidos a Colostomía en el Primer Semestre”, el objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes colostomizados en el Hospital Universitario del Caribe en Cartagena de India. Es un estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal. Los resultados evidenciaron en la sección de autosuficiencia que el 75% se sentían

completamente autosuficiente para realizar el cuidado de su estoma. En el área de bienestar psicológico: El 72% de los pacientes se sentían felices y útiles, así mismo el 54% considera tener una excelente calidad de vida, el 68% no se cansan con facilidad y el 54% consideran que pueden realizar totalmente sus actividades habituales de manera normal. Respecto al dolor, el 69% de los pacientes no experimentaron dolor alguno derivado de su estoma. En el área social, el 85% de los pacientes no se consideraban rechazados por sus familiares o amigos y el 42% no presenta alguna preocupación por el olor o la pérdida de las heces. En conclusión, el 72% de los pacientes estaban totalmente de acuerdo en que llevan una vida normal a pesar de tener una colostomía.

También, Hernández (2013) realizó un estudio de investigación “Funcionalidad conyugal y calidad de vida en el paciente con colostomía e ileostomía adscritos al Hospital General Regional de México en la Unidad de Medicina Familiar. El objetivo fue describir la funcionalidad del subsistema conyugal y la calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía. El tipo de investigación es transversal, descriptivo, y encontró que una grave disfuncionalidad conyugal se relaciona a una mala calidad de vida en un 10%, una moderada disfuncional conyugal se relaciona con una buena calidad de vida en un 6,25% y un 2,50% se relaciona con una mala calidad de vida. Por consiguiente, parejas funcionales se relacionan con una buena calidad de vida en un 80% y 1,25% en una mala calidad de vida. En

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

Ferreira y Umpiérrez (2013) realizaron el trabajo titulado “viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social”, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de vida de un grupo de pacientes portadores de colostomía. El tipo de estudio fue cualitativo. Los resultados evidencian cinco categorías: Respecto al poder de adaptación, los sujetos mencionaron, que es una tarea muy difícil, “ya que al portar una colostomía afecto mi parte física, psicológica, social y sexual”. Respecto al entorno socio laboral, afirmaron que tuvieron problemas para reintegrarse a su trabajo por motivos de vergüenza, miedo a que la bolsa se rompiera, etc. Referente a las enfermeras como asesoras para la transición, refirieron que es importante que ellas expliquen detalladamente todo respecto a la colostomía. Con referencia al cuidado humanizado, afirman ser atendidos en forma humana, cercana, y con calidez. Acerca de la construcción de nuevos horizontes (motivos para) los sujetos se visualizan en nuevos horizontes, gracias a las intervenciones de enfermería y el apoyo de la red familiar.

Asímismo, Charua – Guindic et al (2011) ejecutaron la investigación, “Calidad de vida del paciente ostomizado en el hospital General de México”. El objetivo fue evaluar la calidad de vida del paciente portador de ostomía.



Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal. Los resultados muestran que, respecto a la sección de calidad de vida el 69.87% expresaron una calidad de vida aceptable para los distintos reactivos, excepto para la actividad sexual puesto que 60.24% tenían miedo al olor y a la fuga de materia fecal por la bolsa del estoma. En conclusión, la calidad de vida de la población estudiada fue buena. Por otro lado el miedo a la fuga de materia fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

Autores como, Costa y Parrelli (2011) realizaron un trabajo de investigación titulado “La sexualidad del paciente con ostomía: revisión integradora”, cuyo objetivo era presentar una revisión integradora acerca de las dificultades sexuales que sufren las personas con ostomías intestinales. Para el análisis fueron consideradas producciones disponibles en línea, con los siguientes límites: texto completo y periodo de publicación entre los años 2000 y 2011. Como resultado se encontró nueve artículos que apuntaron que la ostomía cambia la auto-imagen corporal modificando los hábitos de vida, especialmente aquellos que involucran la sexualidad. Los ostomizados presentan sentimientos de miedo, vergüenza, rechazo y exclusión. En conclusión, la sexualidad constituye parte de la vida de cualquier individuo y es influenciada por el cambio en la imagen corporal de los ostomizados. Se considera importante, aumentar el número de investigaciones en esa área, para ayudar a proporcionar una atención holística a esos pacientes.

Por otro lado, Mahjoubi et al. (2009) realizaron una investigación en Estados Unidos, cuyo objetivo fue comparar la calidad de vida de los pacientes entre un sitio de la estoma apropiado e inapropiado. Su metodología fue de tipo transversal. Sus resultados señalaron que a nivel funcional hay una alteración significativa en los pacientes con el sitio del estoma inapropiado: disfrute sexual (71,2%, 63,2%), el funcionamiento físico (74,3%, 68,2%), y el papel de funcionamiento (74,3%, 64,4%). Por otro lado, los pacientes con un sitio del estoma inapropiado tenían más problemas que los pacientes con un sitio del estoma apropiado en 8 escalas: la micción (27%, 22,5%), problemas gastrointestinales (32,6%, 27%;), pérdida de peso (36,5%, 29,2%), disnea (25,95%, 12,5%;), dolor (39,3%, 29,6%), fatiga (43,5%, 34,5%), náuseas y vómitos (18,15%, 12,8%), y el insomnio (39,8%, 31,1%). En conclusión, los pacientes con un sitio del estoma apropiado presentan un nivel de calidad de vida más alta que aquellos quienes tienen el estoma en un sitio inapropiado (56,2%, 49,7%).

Asimismo, Gonzales (2009) realizó un estudio “Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la asociación colombiana de ostomizado” con el objetivo de identificar la calidad de vida percibida por los pacientes con colostomía permanente. Fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Los resultados señalaron que el 91% presenta una buena calidad de vida, dado que el 92.5% presenta una buena salud, el 92.5% mantiene un cuidado favorable de su

salud, el 100% refiere no presentar dolor en el estoma, el 96,2% mantiene su energía vital para sus actividades diarias, el 92,5% mantiene actividades recreativas, sin embargo en el ámbito sexual encontramos que el 70,3% está insatisfecho. En la dimensión psicológica y espiritual, el 94,3% manifiesta sentirse satisfecho consigo mismo. En conclusión, las dimensiones con mejor resultado fueron, psicológica–espiritual y salud-funcionalidad, sin embargo las dimensiones con resultados menos favorables fueron, familia-social y economía.

Michelle y Robert (2008) realizaron una investigación titulada “Salud Sexual y calidad de vida entre los varones veteranos con ostomías intestinales”, trabajo realizado en Estados Unidos, correspondiente a un estudio cualitativo, caso-control, de diseño de métodos mixtos. Los resultados señalan que la proporción de hombres que habían reanudado la actividad sexual después de la cirugía es menor entre el grupo de ostomía; por otro lado, se obtuvo puntuaciones bajas en cuanto a la calidad de vida en los pacientes con ostomía en sus dimensiones psicológica, social, físico, y el bienestar espiritual. Los pacientes con ostomías, reportaron que su ostomía había causado interferencia con las actividades sociales, aislamiento, con sus relaciones personales, y con su capacidad para tener intimidad. En conclusión, la presencia de una ostomía se asoció con menores tasas de actividad sexual y una mayor disfunción eréctil, por otro lado, las tasas más bajas de la actividad sexual y la satisfacción sexual estaban relacionados con

las dimensiones sociales y psicológicas de la calidad de vida de los hombres con ostomías

Por otro lado, Brito, Jiménez,, Tolorza, Siqués, Rojas y Barrios, (2007), ejecutaron una investigación “Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno”, cuyo objetivo fue determinar las características biosociales y el grado de impacto de la ostomía en los ámbitos psicológicos, social y familiar de los pacientes ostomizados (colostomía, ileostomía) en el Hospital de Iquique, Chile. Se efectuó un estudio de tipo descriptivo transversal. Los resultados fueron un elevado grado de aceptación (84%), pero también un cambio importante en su imagen corporal (78%). En el ámbito mental encuentran un efecto positivo en su estado de salud (72%), sin embargo a un persiste niveles de tristeza y ansiedad (41% y 31% respectivamente). La mayoría de los pacientes (67%) ha abandonado la práctica laboral por su enfermedad. Solo la mitad de ellos (53%) mantiene actividades de recreación, y se ve el más alto impacto en la actividad deportiva (3%). La vida sexual se vio notablemente deteriorada también en un 71%. Respecto a las relaciones familiares se aprecian cambios positivos, en especial en la relación con los hijos (94%).

Ortiz, Mazzarri, Gondelles y Muñoz (2005) realizaron una investigación “calidad de vida en pacientes con colostomizados posterior a traumatismo abdominal penetrante” en Venezuela. El tipo de estudio

descriptivo, prospectivo, cuyo objetivo es conocer la repercusión de la colostomía, en el estilo de vida, abarcando el aspecto social, familiar, económico, sexual, laboral y psicológico. Como resultado en el aspecto psicológico se observó que la ansiedad - depresión estuvieron presentes en un 80%, en el aspecto sexual, el 100% manifestó disminución de la frecuencia de sus relaciones sexuales. El 80% reportó que los ingresos económicos disminuyeron. Respecto al estilo de vida, el 85% afirmó que había cambiado, tanto en la alimentación y recreación. En conclusión, los pacientes desarrollaron trastornos mentales como depresión y ansiedad, esta también causó trastornos en el aspecto sexual de su vida. En relación con su familia y amigos, se evidenció una respuesta de apoyo por parte de ambos y el 80 % realizó cambios en su dieta. Por consiguiente, el 93% manifestó tener una mala calidad de vida.

Por otro lado, la empresa coloplast y Cols (2003) realizó un estudio de investigación acerca de la “Calidad de Vida y Necesidades de Personas Ostomizadas y sus Cuidadores”, estudio realizado en España con el objetivo de analizar las limitaciones de las personas ostomizadas y sus cuidadores para realizar sus actividades cotidianas. Fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Los resultados señalan que el 61% presenta una baja calidad de vida, como también se evidenció efecto negativo en los ámbitos: cambio de imagen corporal(78%), falta de independencia (80%), abandono laboral (67%), tendencia al aislamiento(41%), depresión

(76%) y dificultad en su vida sexual (71%). En conclusión, la calidad de vida de los pacientes se ve afectada en todas sus dimensiones como también afecta indirectamente a la familia como a los cuidadores.

Respecto a las investigaciones en nuestro medio (Perú), se encontraron pocos estudios, estos estudios valoran en forma general la calidad de vida y no especifican que dimensión o que factor en sí, afecta la perspectiva de vida de la persona con ostomía. Las investigaciones encontradas en Perú son las siguientes:

Villajuan (2006) realizó una investigación titulada “Calidad de Vida de Pacientes Ostomizado que asisten a consulta de Enfermería del Hospital Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida, en ámbito biológico, psicológico y social. El tipo de estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. En cuanto a los resultados se obtuvo que el promedio de en la dimensioe área biológica fue de 2.88 y 2.71, en la dimensión psicológica su promedio fue de 2.88 y por último en la dimensión social de 2.7. En conclusión, los pacientes están en proceso de recuperación de su calidad vida, en cuanto a la dimensión psicológica y social, presentan una mejor respuesta; por otro lado, la dimensión biológica se encuentra en valores inferiores, por lo que es de gran importancia el cuidado y la educación integral que le corresponde a cada paciente.

Por otro lado, Espinoza (2003) realizó una investigación “conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins noviembre 2002”, cuyo objetivo es identificar los conocimientos y las prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados. Es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Como resultado, el 80% de los pacientes con colostomía conocen y el 20% no conocen sobre el autocuidado, y el 70% de pacientes colostomizados realizan prácticas adecuadas y un 30% realizan prácticas inadecuadas en el autocuidado. Esto se refleja que un 70% de los pacientes colostomizados que presentan una buena calidad de vida.

### **3. Marco teórico.**

Los modelos actuales de atención a la salud deberían transformarse, con miras al cuidado integral y a la mejorara de la calidad de vida, en las diferentes etapas de vida del ser humano, sin embargo, desde un punto de vista global, las principales barreras en el acceso a servicios de calidad son la poca importancia que se le da al usuario, los significativos recortes en la dotación de recursos (humanos y materiales de atención) y la fragmentación de los servicios de atención. Todas estas barreras que dificultan que la persona o usuario reciba una atención de calidad y calidez, afectarán

directamente en su desarrollo físico, social y emocional y deteriorarán así su calidad de vida.

### *Desarrollo Humano*

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos (Ardila, 2007).

El desarrollo humano, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento, de



crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc. (Nirva, 2011)

### *Necesidades humanas fundamentales*

Según Cardenas (2012), la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción. Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados: En relación con uno mismo, en relación con el grupo social, en relación con el medio ambiente.

Como muchos otros autores; Manfred & Max Neef, estudioso del Desarrollo a Escala Humana, clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categóricas axiológicas. En las primeras define las necesidades de ser, tener, hacer y estar y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas

categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad puede tener varios satisfactores y son estos los que determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones.

Por otro lado, Verdugo & Cols (2006) refieren que, erróneamente se ha equiparado necesidad con carencia, sin considerar que simultáneamente las necesidades pueden ser también potencialidades humanas. Cuando se asume la necesidad solo como carencia, se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como “la falta de algo”, “pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades.

La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces autodependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

### **3.1. Calidad de vida.**

#### **3.1.1. Conceptos de calidad de vida.**

Es la percepción de un individuo en su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones (Millán, 2011). Se puede

considerar como uno de los determinantes del nivel de salud. Esta evaluación subjetiva descansa en el balance entre aspiraciones y realidad de cada individuo cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis. Los criterios de valor para calificar la calidad de vida son contruidos biográficamente e históricamente y varían entre comunidades. El referente común sería la satisfacción de necesidades básicas.

La calidad de vida, toma cada día más relevancia en dos aspectos: ético, para tomar decisiones de los tratamientos médicos y la capacidad de gestión del cuidado del profesional de enfermería, y en el campo de los servicios de salud, para establecer prioridades y diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, usada como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida.

Y más aún, el término de calidad de vida es usada de manera muy común en nuestros días. Antes este término hacía referencia a él cuándo se relacionaban al nivel socioeconómico de una persona o el progreso económico de un país. La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los años después de la Segunda Guerra Mundial (Estados Unidos) “como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la

percepción de las personas acerca de que si tenían una buena vida o si se sentían finalmente seguras” (Urzúa & Caqueo – Urizar, 2012).

Los conceptos de calidad de vida han tenido varianza con respecto al transcurso de los años, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1  
*Definiciones para la calidad de vida*

Referencia	Definiciones propuestas
Shaw (1977)	Define la calidad de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H + S)$ , en donde NE la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede ser cero calidad de vida
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas físicas, psicológicas, social, de actividad material y estructural.
Opongo et al. (1987)	Condiciones de vida o experiencias de la vida
Ferrans (1990)	Calidad de vida generalmente definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Haas (1999)	Evalúa multidimensionalmente de circunstancias individuales de vida en el contacto cultural y valórico al que se pertenece.
Lawton (2001)	Evalúa multidimensionalmente, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Fuente: Urzúa & Caqueo – Urizar, 2012

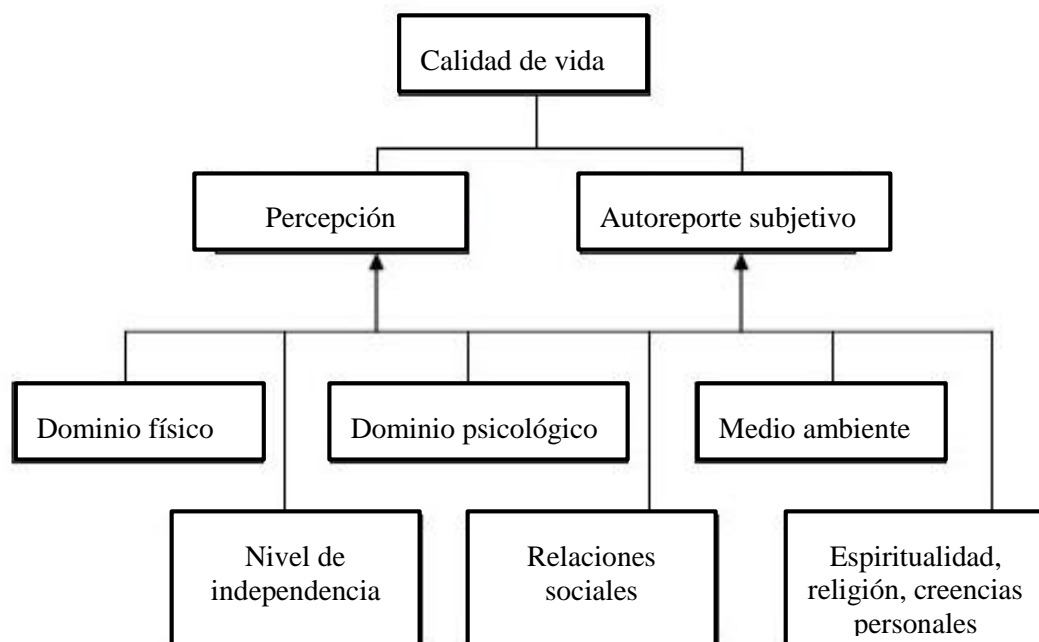
Como se aprecia, no existen definiciones únicas para calidad de vida, pero Ardila (2007) propone una definición integradora y menciona que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación objetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. Se considera a la calidad de vida como un complemento integrador de la vida de la persona, desarrollo sistemático que ayuda al individuo en el desarrollo y superación personal, mejorando sus expectativas de vida.

La calidad y los estilos de vida son dos términos que se encuentran asociados; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable. Sin embargo, a pesar del paso de los años aún se observa la ausencia de un consenso en torno a este constructo (Grimaldo, 2010).

Montes de Oca y Mendocilla (2007) plantean que cuando los estilos de vida, entendidos como la forma de vivir, las pautas de conductas de las personas y los grupos contribuyen a la promoción y principalmente, a la

protección tanto de la salud física, como de la mental de las personas, entonces se estará haciendo referencia a los estilos de vida saludables, y por ende a una mejora en la calidad de vida de las personas, ya que está mejorando su vivencias de forma integral y conservadora de su propio organismo.

Por otro lado la OMS (2015) plantea un modelo de conceptualización en un diagrama sobre la calidad de vida.



*Figura 1:* Conceptualización de la calidad de vida,

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015

Este modelo presentado por la OMS es de gran importancia ya que este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción

individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la calidad de vida, el proceso cognitivo de la evaluación.

### **3.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).**

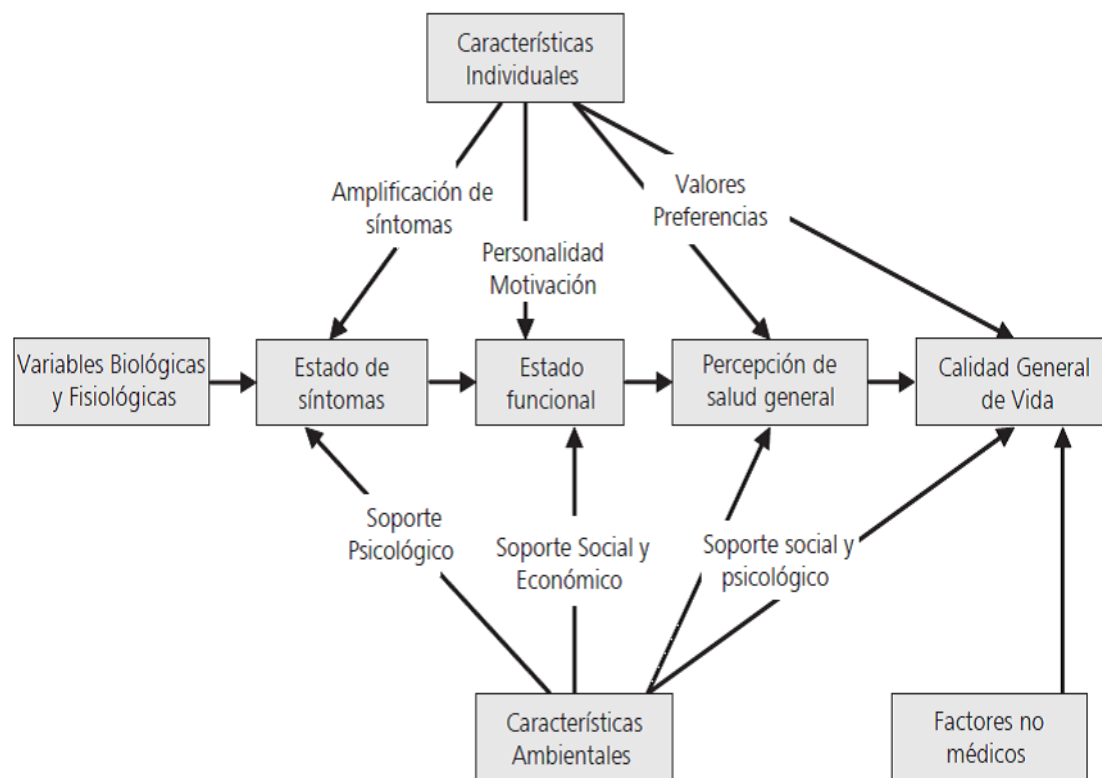
El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Para algunos autores, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de calidad de vida (CV), se asume así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones. Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la



enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes, (Valdivieso & Condes, 2013).

Por otro lado Molina (2005), menciona que en los últimos años, los avances de la medicina y la tecnología, han posibilitado prolongar considerablemente la vida. Lo anterior ha generado la real necesidad de conocer la opinión del paciente y por lo tanto, de incorporar la percepción de éste. Así ha cobrado importancia el concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud. Ya no se considera la salud como aislada de otros aspectos de la vida humana, sino por el contrario, está directamente relacionada con varios factores; entre ellos, la situación laboral y económica, relaciones interpersonales, estrategias de afrontamiento, entre otras. Así, el concepto de calidad de vida en la salud, ya no es sólo la falta de enfermedad, sino es más complejo y multimodal, donde cobra importancia la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, que a la vez va a depender de los propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal.



*Figura 2:* Elementos conceptuales de la Calidad de vida relacionada con la salud

Fuente: Urzúam, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud.

Basados en que ningún modelo incluye el rango total de variables que son típicamente incluidas en la evaluación de CVRS; y además no se especifican los vínculos entre las distintas mediciones, Tuesta (2005), elabora un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general.

Por lo anterior, se puede mencionar que la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. La calidad de vida, por lo tanto, sería un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente.

### **3.1.3. Factores que influyen en la calidad de vida**

Según Costa y Parrelli (2011), existen diversos factores que influyen en la calidad de vida, cuando se trata de una enfermedad que conlleva a ser portador de una colostomía:

- Estado y funcionamiento a nivel físico: estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento: enfermedad o efectos secundarios de la terapia. Especialmente la fatiga, que es considerada como factor principal en cuanto a que afecta la calidad de vida, en este tipo de paciente.
- Funcionamiento social: alteraciones en las actividades sociales normales
- Funcionamiento psicológico: cualquier psicopatología producida por la enfermedad o el tratamiento, como por ejemplo síntomas ansiosos,

depresivos, etc. Además, es importante tener en cuenta que existen muchas variables que van a influir en la psicología del paciente, como por ejemplo: Síntomas relacionados con la localización de la estoma, efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el tratamiento (Ej. Cambios en la imagen corporal frente a una colostomía). Otras dimensiones de calidad de vida (Ej.: Sexualidad).

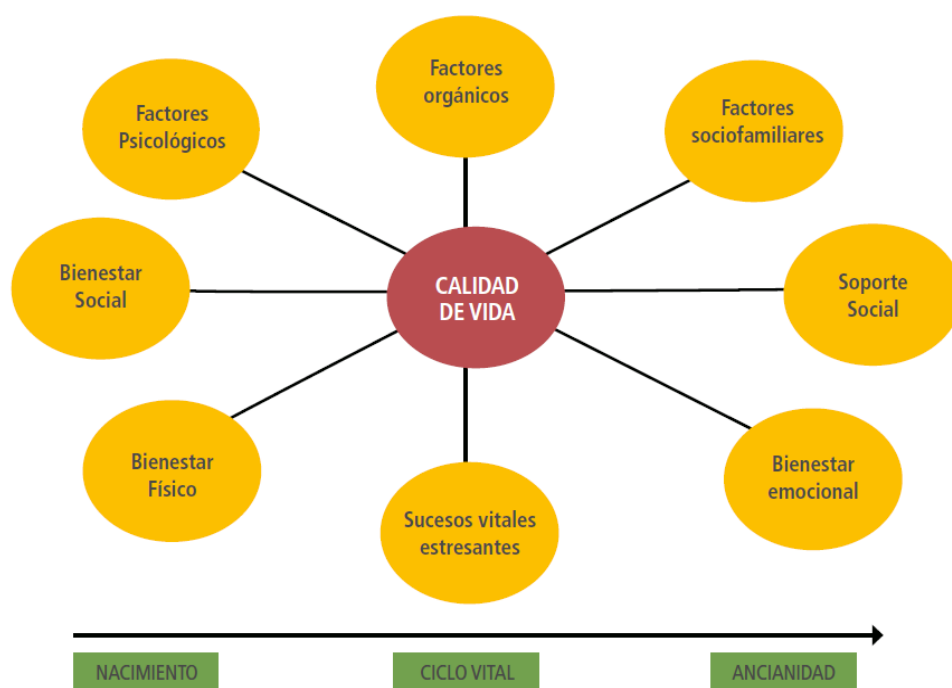


Figura 3  
*Factores que intervienen en la calidad de vida*

Fuente: Urzúam, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud

### **3.1.4. Dimensiones de la calidad de vida en salud**

Según, Tuesta (2005) en relación a la calidad de vida en salud describe tres dimensiones con sus respectivas subdimensiones, se tiene:

#### *3.1.4.1. Dimensión física*

##### *3.1.4.1.1. Función física*

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria. Una persona en buena función física es la que se desenvuelve diariamente con vigor y diligencia, sin fatiga excesiva y con energía para hacer actividades. Se mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados o fuerte. Así mismo, Verdugo & Cols (2006), incluyen el aseguramiento de acceso a servicios de salud, los cuidados básicos para la vida (alimentación, higiene...) y un modo saludable de vida (ejercicio, ocio...), son parte de gozar de una buena salud física.

##### *3.1.4.1.2. Rol físico*

Grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencias un rendimiento menor del deseado,

la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% - 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatías isquémicas (OMS, 2015)

#### *3.1.4.1.3. Dolor corporal*

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar, Torre, F. Martin-Corral, J. (2008) menciona que ante el dolor los individuos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar dicho dolor. Estos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, que son utilizados para afrontar demandas que los individuos valoran excesivas para los recursos de los que dispone. Las conclusiones del estudio son que los pacientes con un nivel de dolor alto perciben que su dolor limita en un mayor grado sus actividades físicas diarias y valoran que posee un peor estado de salud general.

#### *3.1.4.1.4. Salud general*

Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

#### **3.1.4.2. Dimensión mental**

##### *3.1.4.2.1. Rol emocional*

Grado en el que los problemas emocionales en el trabajo u otras actividades diarias afectan la salud del individuo, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar. Aguirre (2007) en la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con VIH/SIDA demostró que el estado emocional la ansiedad y la depresión tienen un fundamental e importante efecto en la calidad de vida de la población estudiada y así mismo alterar la percepción de mejorías del estado de salud general.

#### *3.1.4.2.2. Vitalidad*

Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento. Sinónimo de salud y también de eficiencia, creatividad y felicidad. Si se tiene energía se le podrá hacer frente a los múltiples desafíos de la vida de una manera eficaz. Con energía la vida es bella, uno de los componentes básicos para adquirir la vitalidad es la calidad de sueño, ya que es la forma natural que tiene el cuerpo de regenerarse, de cuidarse y de prepararse para lo que viene. Para gozar de una buena salud y de vitalidad debemos mantener una buena higiene de sueño con la calidad y cantidad de horas de sueño que se necesita. (Charaja , 2005).

#### *3.1.4.2.3. Salud mental*

Se mide la salud mental en general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional. La salud mental abarca una amplia gama de actividades directas o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, incluido en la definición de la salud que da la OMS. Está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dicho trastorno.



#### *3.1.4.2.4. Función social*

Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Humui-Sutton (2013), concluye en que la función social es deteriorada por acciones que se dan en la vida diaria, una de ellas es la calidad de sueño que tiene el paciente colostomizado, ya que la gran mayoría de pacientes no presentan un adecuado descanso por motivos de miedo hacia el estoma.

#### **3.1.5. Importancia de la calidad de vida en la salud**

Poder evaluar la calidad de vida de los pacientes se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal médico o enfermero que atiende al paciente, además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente.(Ferreira-Umpiérrez, 2013).

Dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social.

Los propósitos específicos de las mediciones de la CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento

Por otro lado, Urzúa, (2010) al evaluar la calidad de vida en la persona, proporciona datos importantes, ya que las medidas clínicas tradicionales son limitadas (en cuanto a la sintomatología), como también mide el impacto global de la enfermedad, el tratamiento y la capacidad de gestión de cuidado del personal de enfermería, y más aún aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente

Inclusive, el indicador de calidad de vida relacionado con la salud ha llegado a ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficioso en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado enfermero.

## **3.2. Pacientes portadores de colostomía.**

### **3.2.1. Ostomía.**

Ostomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se crea una abertura artificial en el cuerpo, que permite la comunicación entre un órgano interno y el exterior, con el fin de eliminar los productos de desecho del organismo, (Castejón, 2013).

Por otro lado, una ostomía es la exteriorización quirúrgica de un segmento de tracto de algún sistema, es decir, en el caso del tracto gastrointestinal, es la exteriorización de algún segmento que puede ser por ejemplo el estómago (gastrostomía), íleon (Ileostomía) o colon (colostomía). En pacientes con cáncer de recto, las ostomías más frecuentes son la colostomía y la ileostomía. Si bien una colostomía o ileostomía puede realizarse en pacientes con cáncer de recto, también puede realizarse en pacientes con patologías no neoplásicas. En ambos casos existe por lo general una alteración de la calidad de vida, (Charúa-guindic et al., 2011).

### **3.2.2. Colostomía**

Una colostomía es una abertura realizada en el abdomen a través de la cual se redirige el intestino grueso hasta exteriorizarlo a la superficie de la piel.

El término colostomía implica la construcción de un estoma colónico temporal o definitivo. (Morgano, 2006)

Por otro lado, para Aguirre (2007), se entiende por colostomía todo abocamiento del intestino grueso al exterior que derive parcial o totalmente en tránsito sea espontáneo, traumático o quirúrgico, sin embargo, posteriormente aclara que no considera las producidas en forma espontánea o traumática como colostomía sino como “fístula estercoráceas” y que son las quirúrgicas las que deben llamarse colostomía; señala también que puede ser una colostomía aquella en la que se comunica el lumen del colon al exterior a través de un tubo o sonda.

Los motivos más frecuentes que requieren realizar una Colostomía son Cáncer, Diverticulitis, Fístulas del colon a órganos vecinos, Traumas, Enfermedad de Hirschprung y ano imperforados en niños, ( OMS, 2015).

Por lo expuesto anteriormente, podemos entender por colostomía al procedimiento quirúrgico que derive en forma parcial o total de tránsito intestinal al exterior, en cualquier nivel del intestino grueso, ya sea con exteriorización por medio de un estoma, o en su defecto por medio de un tubo o sonda.

### **3.2.3. Tipos de colostomías**

Una colostomía puede ser de corta duración (temporal) o de por vida (permanente) y se puede hacer en cualquier parte del colon. Los diferentes tipos de colostomías son en función del lugar del colon en el que se hacen.

#### **3.2.3.1. *Colostomías transversas***

Según Aguirre (2007), la colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya sea en medio o hacia el costado derecho del cuerpo. Este tipo de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente, como también se hace con frecuencia en cirugías de urgencias para descomprimir el colon. Algunos de los problemas que pueden surgir en el colon debido a una colostomía transversa incluyen:

Diverticulitis que es una inflamación de los divertículos (pequeños sacos a lo largo del colon). Puede causar abscesos, cicatrización con constricciones (estrechamiento anormal) o ruptura del colon e infecciones en casos graves. También puede causar enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción (bloqueo), lesiones y defectos congénitos (de nacimiento).

### **3.2.3.2. *Colostomía ascendente***

La colostomía ascendente se coloca en el lado derecho del abdomen. En este caso, sólo una sección corta del colon permanece activa, lo cual implica que el producto será de una consistencia líquida y tendrá muchas enzimas digestivas. Será necesario usar una bolsa con drenaje a todas horas, y se tendrá que proteger la piel de los desechos. Este tipo de colostomía es poco común. (Ferreira-Umpiérrez, 2013).

### **3.2.3.3. *Colostomías descendentes***

Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen. La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación. (Grimaldo, 2010).

### **3.2.3.4. *Colostomías sigmoideas***

La colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoideo (en el lado izquierdo del abdomen) solo algunas pulgadas (centímetros) más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad. (Morgano, 2006).

### 3.2.4. Complicaciones de la colostomía

Según Cahuana (2014), las complicaciones que se producen de forma precoz aparecen en el postoperatorio inmediato y son denominadas complicaciones inmediatas. Algunas de ellas son resultado de complicaciones del preoperatorio, errores técnicos o como consecuencia directa de la intervención. Las complicaciones tardías son aquéllas que aparecen por norma general después de un tiempo de haberse llevado a cabo la ostomía, aunque algunas de ellas pueden aparecer indistintamente en uno u otro periodo.

Tabla 2  
*Complicaciones de la colostomía*

<b>Inmediatas</b>	<b>Tardías</b>	<b>De la piel</b>
Edema	Estenosis	Dermatitis periestomal
Hemorragia	Hernia	Ulceraciones
Isquemia, necrosis	Prolapso	Granulomas
Infección, sepsis	Recidiva tumoral	Varices paraestomales
Retracción del estoma		
Dehiscencia		
Evisceración		

Fuente: Castañeda, et al (2009).

### 3.2.1. Efectos de la colostomía en la vida de la persona.

Según Blanco,(2013), los pacientes colostomizados son personas que proceden de los más variados circuitos sociales culturales y religiosos y han

sido condicionados desde la infancia para aceptar diversas creencias, formas de vida y actitudes que dan lugar a una combinación única del individuo. A lo largo de la vida, la autoestima traducida en auto cuidado (hábitos dietéticos, higiénicos y estéticos) se han desarrollado con mayor o menor eficacia, este proceso puede verse interrumpido o descompensado ante la vivencia de un proceso quirúrgico (agresión a la imagen corporal). Esta compensación se manifiesta en ansiedad por la pérdida de control de esfínteres, abocando al paciente a un estado depresivo que bloqueará el desarrollo posterior y se traducirá en la no aceptación del estoma, en agresividad y en retraimiento de sus relaciones interpersonales.

Es importante considerar que la presencia del estoma y bolsa significa para el paciente un proceso de adaptación que lo conlleva a adoptar un estilo de vida diferente, ya que la mayoría de los pacientes experimentan ciertas ansiedades en común, pues saben que no solo se trata del estoma si no también lo que esto trae, como heces, flatos, olores, etc. que salen a través de una abertura y pueden provocar temor, miedo, ansiedad y angustia frente a su pareja y por ende su entorno social.

### ***3.2.1.1. Frente al olor y gases producidos por la ostomía.***

Es una gran preocupación para el paciente, aunque este no se sienta, los pacientes dirán frecuentemente “que puedo hacer en cuanto al dolor”, “este es muy penetrante”, “impregna mi habitación”, “mantener abiertas la



habitación y aromatizar la habitación no resuelven la situación, el olor parece adherirse al aire, a la ropa de cama y a mí”, “mis visitantes tratan de disimular , pero su visitas tratan de disimular , pero sus visitas son cada vez más raras, estoy seguro que se sienten molestos por el olor”.

#### **3.2.1.2. Actividad física.**

Como en toda operación, luego de la intervención quirúrgica el paciente necesita tiempo para recuperarse, pero luego podrá continuar con sus actividades habituales, podrá realizar ejercicios, deporte, evitando las actividades bruscas o de contacto.

#### **3.2.1.3. Actividad sexual.**

Alrededor del 15% de los hombres y mujeres con estomas tienen una disminución de su actividad sexual que se relacionan a problemas psicológicos. La vuelta con éxito a las actividades sexuales depende del funcionamiento sexual psicosexual antes de la cirugía y de la adaptación y de la capacidad de enfrentarse a la situación después de la cirugía.

#### **3.2.1.4. Descanso y sueño.**

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. Los pacientes ostomizados

ven esta necesidad afectada por la influencia de la angustia y el temor de poder ensuciarse mientras descansa y duerme por lo que evita ubicarse en la cama en posición decúbito ventral ya que esta posición le oprime la colostomía.

#### ***3.2.1.5. Dolor.***

El estoma en sí no produce dolor, tiene aspecto rojizo y sensible porque está hecho de tejidos del interior del cuerpo de la persona. Los estomas no tienen nervios por lo que no causan dolor. Una de las características es que puede sangrar con facilidad, ya que no tienen una capa de piel protectora que las cubra.

#### ***3.2.1.6. Reacciones psicológicas del colostomizado.***

La colostomía puede ocasionar cambios importantes en la imagen corporal, por otro lado las diferentes reacciones ante la ostomía pero especialmente a los olores, las manchas o al escape de las heces líquidas y la capacidad de regular los movimientos intestinales, hacen que esta pierda su autoestima personal.

### **3.2.1.7. Trabajo.**

Muchos de los pacientes colostomizados, tienen problemas de integración a su trabajo, problemas que abarcan su aspecto físico y social, aspectos que influyen en su ámbito de trabajo.

### **3.2.1.8. Actividades recreativas.**

Es de vital importancia que el paciente tenga una vida recreativa, ya que le ayudará a enfrentarse con mejor visión y optimismo la situación por la que está atravesando.

### **3.2.1.9. Hábitos de higiene.**

El estoma no es obstáculos para que pueda realizar sus hábitos higiénicos de costumbre, sobre todo durante la ducha o el baño.

## **3.3. Derechos de los pacientes colostomizados.**

El comité ejecutivo de la Asociación Internacional de ostomizados firmada por los gobiernos de países americanos, en julio de 1996 en Canadá declara los derechos de los ostomizados: que todas las personas ostomizadas tengan derecho a una calidad de vida satisfactoria postcirugía y que esta declaración es reconocida en todos los países del mundo:

Recibir orientación preoperatoria a fin de garantizar un total conocimiento de los beneficios de la operación, tener una ostomía bien ubicada proporcionando atención integral y confort al paciente, recibir apoyo médico de un especialista y cuidados de enfermería especializada en los periodos del Pre, Trans y Post operatorias “Tanto en el hospital como en domicilio”, tener acceso a la información compleja e imparciales sobre los conocimientos de productos adecuados para el estoma, tener la oportunidad de elegir entre los diversos materiales disponibles para ostomías, sin pre concepto o restricciones, tener acceso a informaciones acerca de su asociación nacional de ostomizados y los servicios de apoyo que puedan ser ofrecidos, recibir apoyo e informaciones para beneficio de su familia, cuidadores y los amigos a fin de aumentar el entendimiento sobre las condiciones y adaptaciones necesarias para alcanzar un patrón de vida satisfactoria y asegurar que los datos personales al respecto de su cirugía de ostomía sean tratados con discreción y confiabilidad a fin de mantener privacidad.

### **3.3.1. Calidad de vida en pacientes con colostomía.**

Los pacientes colostomizados experimentan situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos, lo cual altera en gran medida su calidad de vida.

La ostomía propiamente tal, lleva implícita una agresión tanto física como psicológica y social, que va a afectar la integridad corporal del paciente, la

autoimagen, la capacidad funcional y relacional y, por tanto, la vida diaria; lo cual supone un impacto en la identidad de la persona y a la vez en la calidad de vida global, (Fundación Ayúdate, 2009).

Se ha descrito en forma sistemática que los pacientes operados por cáncer de recto experimentan una alteración en su calidad de vida. Esta alteración es más evidente en algunos aspectos, como en la satisfacción con la apariencia personal, los problemas sexuales, la interferencia con el desarrollo del trabajo diario, las actividades recreativas y viajes.

Un estudio caso control de pacientes que sobrevivían más de 5 años desde el diagnóstico de cáncer rectal, evidenció que tanto hombres como mujeres con ostomía, poseían alteraciones importantes en el ámbito psicológico; inclusive se encontró que un pequeño porcentaje de pacientes tenían intención de suicidarse. En este mismo estudio, se remarca que uno de los factores que se ve más afectado es el tema de las relaciones sociales, y es la intimidad lo más afectado tanto en hombres como en las mujeres. (Charúa-guindic et al., 2011).

### **3.3.2. Rol de profesional de enfermería en la mejora de la calidad de vida del paciente colostomizado**

Las ostomías forman parte de los procedimientos quirúrgicos en la práctica de la cirugía, con una alta repercusión sobre los pacientes y sus

familiares, donde el personal médico y de enfermería tienen una labor muy importante en informar sobre los cuidados relacionados con la movilidad e higiene, la dieta y cuidados específicos de la ostomía. No debemos olvidar que los pacientes ostomizados presentan particularidades específicas, físicas y psicológicas que inciden en sus relaciones familiares y sus amistades, generando un alto nivel de ansiedad y cambios en el estilo de vida, que deben ser contrarrestados con una adecuada información de su enfermedad y los cuidados imprescindibles para tener una mejor calidad de vida .(Villaz, 2011).

Por otro lado, Castillo et al. (2010) refiere que una persona ostomizada es aquella que debido a una intervención quirúrgica se realiza un procedimiento que comunica un órgano hueco hacia el exterior en un punto diferente al orificio natural. La nueva abertura creada en el procedimiento se denomina estoma.

El rol del profesional de enfermería en la atención a los pacientes colostomizados consiste en:

- Mantener una actitud empática para facilitar la intercomunicación, con la finalidad de que sea la persona colostomizada sujeto activo en el proceso de adaptación y aceptación.

- Incorporar en sus actividades la capacidad de la gestión del cuidado en la mejora del paciente colostomizado.
- Incluir la familia y los amigos como elementos de apoyo.
- Asesorar al paciente en la transición de su enfermedad.
- Educar al paciente colostomizado a demanda de sus necesidades, transmitirle tranquilidad y soporte emocional.
- Proporcionar una información clara y repetida, referida al auto cuidado, tratamiento, alimentación, vestido, higiene, actividad sexual, etc.
- Realizar seguimiento domiciliario para identificar los puntos de apoyo o redes de apoyo que presenta el paciente.
- La enfermera debe estar en constante preparación respecto al manejo del paciente colostomizado.

#### **3.4. Modelo teórico de enfermería.**

Dorothea Orem presenta la “Teoría del autocuidado”. En relación a pacientes colostomizados, un aspecto a considerar es el déficit de autocuidado que sufre el paciente debido a la alteración en su integridad,

haciendo que su calidad de vida se vea disminuida, es así que la teoriza refiere al respecto que las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Es importante entonces, como dice Orem que la enfermera realice acciones de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos.

Asimismo, los pacientes colostomizados deberán sufrir un proceso de adaptación; al respecto, Callista Roy implementó el “modelo de adaptación” lo cual refiere que la capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: focales, los que enfrenta de manera inmediata, contextuales, que son todos los demás estímulos presentes y los residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Por tanto, ambas teorizas proporcionan aspectos importantes vinculados a la adaptación que debe sufrir el paciente colostomizado y su posterior autocuidado, para tener una calidad de vida mejor. Por ende, ambas teorías están estrechamente relacionadas con la presente investigación.



#### **4. Definición de términos.**

- Ostomía: Construcción quirúrgica de un orificio artificial (estoma) para fistulización externa de un conducto o vaso mediante inserción de un tubo, con o sin sonda.
  
- Colostomía: Creación quirúrgica de un orificio entre el colon y la superficie del cuerpo.
  
- Tipos de colostomía: Están determinados por la localización de una estoma intestinal en algún cuadrante de abdomen, realizada quirúrgicamente con la finalidad de solucionar una patología abdominal o intestinal, en consecuencia se crea una abertura artificial o estoma en la parte exterior del abdomen, lo cual modifica la forma de eliminación de las heces.
  
- Calidad de vida: Se refiere a la estimación y satisfacción del paciente colostomizado respecto a su nivel de vida, comparado con el que sea posible, más su perfil de calidad de vida, en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.
  
- Consulta de enfermería: Se refiere a la atención personalizada que recibe el paciente colostomizado del profesional de enfermería, donde encontrará respuestas a sus interrogantes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

## **5. Hipótesis de investigación.**

### **5.1. Hipótesis general.**

**Ha:** Existe relación significativa entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.

**Ho:** No existe relación significativa entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.

### **5.2. Hipótesis específica.**

**Ha:** Existe relación significativa entre la colostomía ascendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ho:** No existe relación significativa entre la colostomía ascendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ha:** Existe relación significativa entre la colostomía transversa y la calidad de vida, en la dimensión, mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ho:** No existe relación significativa entre la colostomía transversa y la calidad de vida, en la dimensión, mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ha:** Existe relación significativa entre la colostomía descendente y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ho:** No existe relación significativa entre la colostomía descendente y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ha:** Existe relación significativa entre la colostomía sigmoidea y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ho:** No existe relación significativa entre la colostomía sigmoidea y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ha:** Existe una relación significativa entre el tiempo de uso de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

**Ho:** No existe una relación significativa entre el tiempo de uso de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, Lima.

### **Capítulo III**

#### **Material y métodos**

##### **1. Tipo y diseño de investigación.**

El presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación de enfoque cuantitativo, porque cuantifica las variables en estudio. Es de diseño no experimental, porque se trata de un estudio donde no se varía en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre la otra variable. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (Hernández et al, 2010), es correlacional, porque busca la relación de las variables tipos de colostomía y calidad de vida, En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado (Sánchez & Reyes, 2012).

## **2. Variables de investigación.**

### **2.1. Definición de la variable 1.**

**Tipo de colostomía, según su localización:** Entendemos por tipo de colostomía, a la ubicación del estoma que presenta la persona a nivel abdominal, debido a una intervención quirúrgica, con el objetivo de obtener una derivación fisiológica que desemboca en el exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones (Charúa-guindic et al., 2011).

### **2.2. Definición de la variable 2.**

**Calidad de vida:** Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes de nivel de salud (OMS ,2015).

### 2.3. Operacionalización de la variable:

<b>0</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Sub Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Calidad de vida</b>	La calidad de vida es la resultante de la interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. La calidad de vida, por	La calidad de vida se asocia con muchos factores de tipo personal, social, económico y educativo; son múltiples factores de origen no fisiológico, no químico que se relacionan con la enfermedad. Esta variable se evaluará por medio de un cuestionario SF-36, consta de 36 preguntas con respuesta tipo Liker. La calidad de vida será cuantificada de la siguiente manera:	Dimensión física	Función física	Ítem 3,4,5,6,7,8,9, 10,11y12	Alta 43-49 Media 39-42 Baja 35-38
				Rol físico	Ítem 13,14, 15 y16	
				Dolor corporal	Ítem 21 y 22	
				Salud general	Ítem 1, 33, 34, 35y 36	
			Dimensión mental	Función social	Ítem 20 y 32	Alto 45-48 Medio 44 Bajo 37-43
				Rol emocional	Ítem 17,18 y19	

	lo tanto, sería un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, Valdivieso & Condes (2013)	Calidad de vida alta 89-94 Calidad de vida Media 81-88 Calidad de vida Baja 76 -80		Salud mental Vitalidad	Ítem 24,25, 26, 28 y 30. Ítem 23, 27, 29 y 31.	
<b>Tipo de colostomía según su localización</b>	Se entiende por tipo de colostomía, a la ubicación de la estoma que presenta la persona a nivel abdominal, debido a una intervención quirúrgica, efectuada con el objetivo de	Una colostomía es una abertura en la pared abdominal que se realiza durante una cirugía. Se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) hacia la pared abdominal formando así un estoma. La ubicación de la estoma en el abdomen depende de la parte del colon que se usó	Ubicación de la colostomía	Usted tiene colostomía ascendente	1. no 2. si	
				Usted tiene colostomía transverso	1. no 2. si	
				Usted tiene colostomía descendente	1. no 2. si	



	<p>obtener una derivación fisiológica que desemboque en el exterior, en un punto diferente al orificio natural. Ello genera alteraciones biológicas, psicológicas y sociales. (Charúa-guindic et al., 2011).</p>	<p>para construirla.</p> <p>Esta variable se evaluará a través de una guía de evaluación.</p> <p><b>Ubicación :</b></p> <p><i>Ascendente:</i> flanco derecho.</p> <p><i>Transversa:</i> flanco izquierdo superior.</p> <p><i>Descendente:</i> flanco izquierdo media.</p> <p><i>Sigmoidea:</i> fosa iliaca izquierda</p>		<p>Usted tiene colostomía sigmoideo</p>	<p>1. no 2. si</p>
--	--	--	--	---	------------------------

### **3. Delimitación geográfica y temporal:**

El Seguro Social del Perú, desde sus inicios, ha desempeñado un rol innovador en el ámbito sectorial, dinamizando las acciones del Estado y de los diversos actores del mundo laboral a fin de contribuir a lograr la salud y bienestar de los trabajadores. En una perspectiva histórica, el Seguro Social ha sido protagonista de diversos procesos de crecimiento que le han dado su actual dimensión y desarrollo, como una institución líder en el campo de la salud, (Arroyo, A. y Pérez, F., 2006).

Actualmente, EsSalud cuenta con 9 715 784 asegurados titulares y derechohabientes, cuya atención demanda más recursos materiales, infraestructura y personal especializado, enfrentando enormes dificultades para cubrir estas necesidades.

En el ámbito de las atenciones médicas, en el último año se han realizado casi 20 millones de atenciones en consulta externa, cerca de cinco millones de atenciones de emergencia, más de 360.000 intervenciones quirúrgicas y más de 520.000 egresos hospitalarios. Asimismo, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se está poniendo énfasis en el aspecto preventivo – promocional, y por tanto, se está reforzando e incrementando la capacidad resolutive de los hospitales periféricos, a fin de descongestionar los grandes hospitales, sus servicios de emergencia y

salas de operaciones, por décadas congestionadas de pacientes, que no han recibido la atención que ellos requieren.

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen pertenece al instituto de seguridad social. fue inaugurado en 1939 durante el gobierno de Oscar R. Benavides con el nombre de Hospital Obrero de la Caja Nacional de Seguro Social. Se ubica en un amplio terreno del distrito de la Victoria frente a la avenida Grau y la Facultad de Medicina de San Fernando, ciudad de Lima. Su construcción se inició el 15 de Mayo de 1938 y estuvo a cargo de Fred T. Ley y Cía., bajo la supervisión del departamento de Ingenia de la Caja Nacional de Seguro Social.

El consultorio externo de Cirugía General, está conformado por 5 consultorios de las cuales se atiende un aproximado de 150 pacientes por día en donde los pacientes colostomizados son atendidos los días lunes martes y viernes, con una programación de cita de un mes. Estos pacientes colostomizados acuden al consultorio de Cirugía, por complicaciones del estoma o simplemente para una revisión médica periódica en la cual, el médico les brinda la receta media para el recojo correspondiente de la bolsa de colostomía (20 bolsas por mes). En el caso de que haya una complicación que necesite alguna curación, el paciente es derivado al servicio de cirugía general para la curación correspondiente donde una enfermera es la encargada de realizarlo.

## **4. Población y muestra.**

### **4.1. Población.**

La población de pacientes colostomizados que asiste al consultorio externo de cirugía general del Hospital Nacional Guillermo Almenara es de aproximadamente 150 pacientes mensuales, que han sido intervenidos quirúrgicamente por una patología a nivel intestinal, que dificultaba el paso de las heces. Estos pacientes acuden a consulta de enfermería, para la verificación del estado de la colostomía y para recibir orientación sobre los cuidados tanto de la colostomía como también de su salud física, emocional y social.

### **4.2. Muestra.**

La muestra estuvo conformada por 90 personas, según muestreo no probabilístico, fue intencional a conveniencia de los investigadores, considerando los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

#### **4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

##### **Criterios de inclusión**

- A todos los pacientes que deseen participar de la investigación.
- Pacientes colostomizados
- Pacientes de 30 a 50 años de edad
- Pacientes con colostomía por más de 1 año

- Todos los pacientes que no presenten alguna patología adjunta (ejemplo. cáncer activo, diabetes, cardiopatías severa, renales).
- Todos los pacientes sin deterioro cognitivo.

**Criterios de exclusión**

- Pacientes que no pertenecen a la unidad de consultorio externo.
- Pacientes que no estén asegurados por el EsSalud.
- Pacientes con deterioro en la movilidad física.
- Pacientes con otras ostomías.

#### 4.2.2. Características de la muestra.

La población de estudio estuvo constituida por pacientes colostomizados, que anteriormente han sido intervenidos quirúrgicamente, por una patología a nivel intestinal.

Tabla 3  
*Datos sociodemográficos de la muestra*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	42	43.30%
	Masculino	48	49.50%
<b>Edad</b>	26 -35	9	9.30%
	36-45	19	19.60%
	46-55	37	38.10%
	56-65	17	17.50%
	65 a mas	8	8.20%
<b>Estado civil</b>	Soltero	6	6.20%
	conviviente	27	27.80%
	Casado	52	53.60%
	Viudo	5	5.20%
<b>Grado de estudios</b>	Primaria	16	16.50%
	Secundaria	36	37.10%
	superior técnico	16	16.50%
	superior universitario	22	22.70%

## **5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La selección de los instrumentos de investigación es un capítulo fundamental en el proceso de recolección de datos, ya que sin su concurso es imposible tener acceso a la información que necesitamos para resolver un problema o comprobar una hipótesis. En general, el instrumento resume en cierta medida toda la labor previa de una investigación. En los criterios de selección de estos instrumentos se expresan y reflejan las directrices dominantes del marco, particularmente aquellas señaladas en el sistema teórico, (variables, indicadores e hipótesis) para el caso del paradigma empírico-analítico y las fundamentaciones teóricas y conceptuales incluidas en este sistema.

Por lo tanto, existe una variedad de instrumentos para determinar el nivel de calidad de vida, los cuales son utilizados con el fin de determinar los sujetos afectados, pronosticar los resultados de una investigación y analizar los posibles cambios frente a distintos tratamientos o intervenciones. Asimismo, los instrumentos se dividen en genéricos, los cuales muchas veces no están relacionados con ninguna enfermedad y específicos, los cuales contienen dimensiones de la calidad de vida de un determinado padecimiento a evaluar.

### 5.1. Cuestionario de “Calidad de Vida SF36”.

Para el siguiente estudio se empleó el cuestionario de salud SF-36, el cual es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física (10 ítems); función social (4 ítems), dolor corporal (2 ítems); y salud general (5 ítems); que son parte del componente de salud física (Tuesta, 2005). Así mismo vitalidad (4 ítems); función social (2 ítems); rol emocional (3 ítems); y salud mental (5 ítems); que son parte del componente de salud mental. Adicionalmente un ítem que es de transición de salud, el cual no se utiliza para ningún cálculo de ninguna de las escala, pero es útil para comprender el cambio percibido del estado de salud.

En lo referente a la validez y confiabilidad, Salazar y Bernabé (2012) reportan un alfa de Cronbach de 0.82, para toda la prueba y Saravia (2013) reporta un alfa de Cronbach de 0.706, lo cual da cuenta de una adecuada consistencia de un instrumento (Arostegui, 2008). En Perú, Apaza (2015) reporta un alfa de Cronbach de 0.88.



Dimensión	Nº ítems	Peor puntuación 0	Mejor puntuación 100
0 Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo las actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?	¿Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año?

Figura 4  
Temas y significado de las puntuaciones altas y bajas del SF- 36.

Fuente: Rodríguez, M. valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36, 2009

Por otro lado, para medir la variable calidad de vida en el siguiente trabajo de investigación se tomó como referencia el cuestionario SF 36 adaptado por Olivares (2005), en donde se establece un esquema con 2 dimensiones y 8 subdimensiones, con una prueba de alfa de Cronbach de 0.9.

*Dimensión física:* consta de 4 subdimensiones con sus respectivas preguntas

- Función física: Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos
- Rol físico: Tiene 4 ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos.
- Dolor corporal: Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho=1; bastante=2; regular=3; un poco= 4; nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos.
- Salud general: Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta,(todo verdadero=1; bastante cierto=2; no lo sé= 3; bastante falsa= 4; totalmente falso= 5), en un rango de 5 a 25 puntos.

*Dimensión mental:* Consta de 4 subdimensiones con sus respectivas preguntas

- Vitalidad: Tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo=5; mucho=4, normal=3; algo=2; nada =1), en un rango de 4 a 20 puntos.
- Función social: presenta 2 ítems

- **Rol emocional:** Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si=1;no=2), en un rango de 3 a 6 puntos.**Salud mental:** Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 5 a 25 puntos.

*Valores de la encuesta.*

- **Calidad de vida :** Calidad de vida alta (89-94), Calidad de vida Media (81-88), Calidad de vida Baja (76 -80)
- **Dimensión física:** calidad de vida alta (43-49), calidad de vida media (39-42) y baja (35-38).
- **Dimensión mental:** calidad de vida alta (45-48), calidad de vida media (44) y baja (37-43).

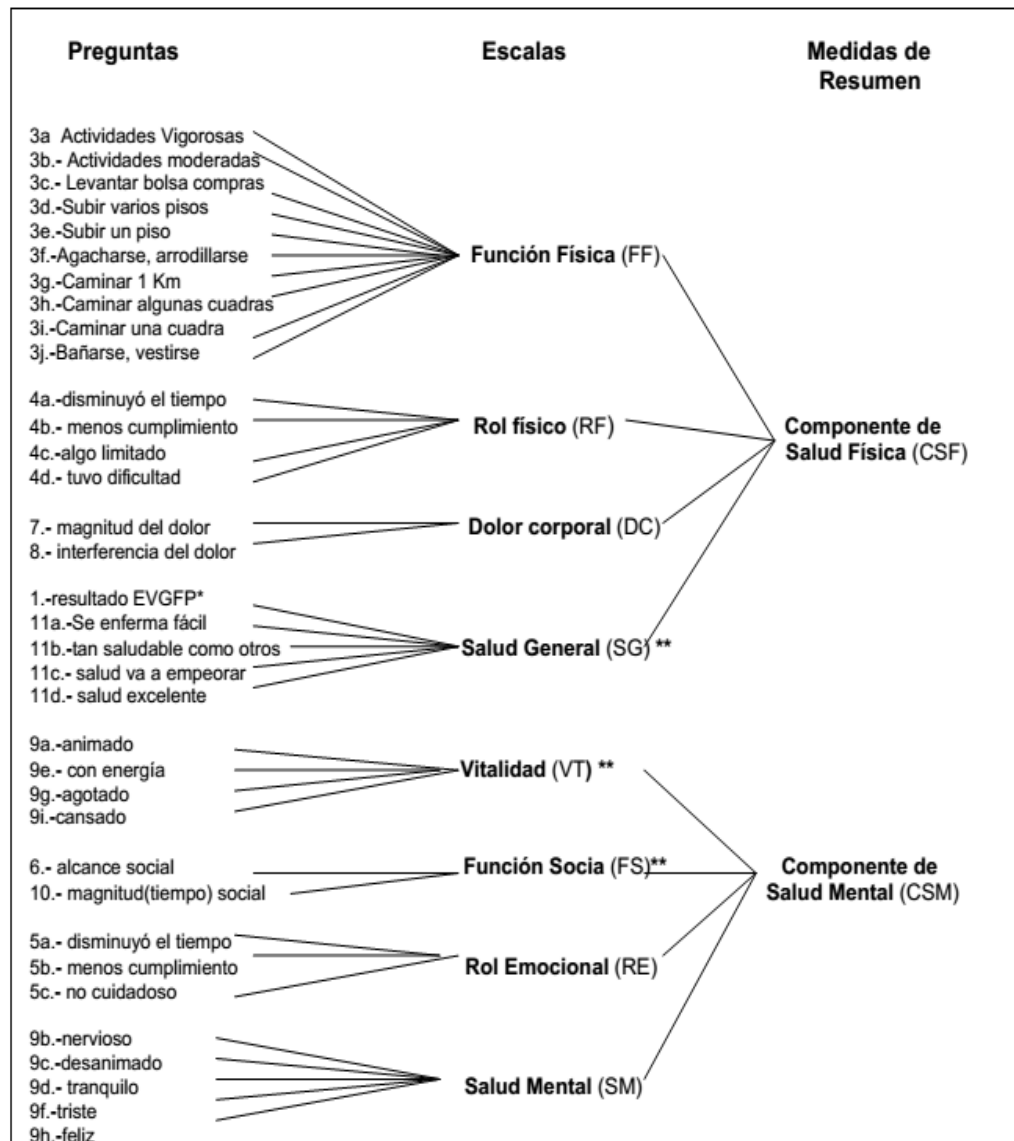


Figura 5  
Modelo de medición SF36

Fuente: Olivares (2005) Perfil del estado de salud de beneficiarios de isapres: informe preliminar.

## 5.2. Instrumento para medir el tipo de colostomía.

Se evaluó a través de una guía estructurada por los autores, la cual fue validado por juicio de expertos y consta de las siguientes partes:

**Preguntas generales:** Consta de dos preguntas que evaluaron el tiempo de permanencia con la colostomía y la cantidad de veces que asiste a consultorio de cirugía general por motivos de la colostomía.

**Ubicación de la colostomía:** Se evaluó a través de una imagen, en donde el paciente ubicaba el lugar de su colostomía, luego los investigadores determinaron la ubicación basándose en la historia clínica.

- *Colostomía ascendente:* flanco derecho.
- *Colostomía transversa:* flanco izquierdo superior.
- *Colostomía descendente:* flanco izquierdo media.
- *Colostomía sigmoidea:* fosa iliaca izquierda.

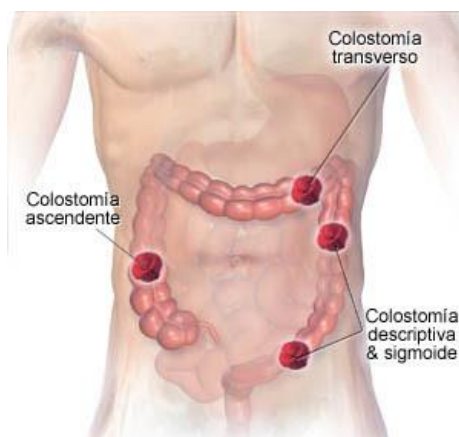


Figura 6  
*Tipos de colostomía según la localización*

Fuente: García (2013). Plan de cuidados de un paciente ostomizado.

## **6. Proceso de recolección de datos:**

La recolección de datos se desarrolló de forma sistematizada, bajo las consideraciones éticas. Posteriormente se realizó la aprobación del instrumento SF-36 por profesionales capacitados en el área de investigación, como también se realizó, los trámites administrativos entre la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen para los permisos y autorizaciones correspondientes, así también, con la jefatura de enfermería para la recolección de datos (fecha y hora).

El día de la aplicación de los instrumentos, los investigadores se presentaron en forma puntual, portando el documento de identidad, frente a la persona que va a rellenar el cuestionario, se presentaron de forma adecuada y le explicaron los objetivos del trabajo y las razones de estudio (en qué consiste el trabajo de investigación), como también las instrucciones del correcto llenado del cuestionario, A sí mismo se les informó que el llenado del cuestionario será de forma anónima para así evitar sesgos en los resultados y promover la sinceridad en las respuestas de los pacientes.

Y por último, los investigadores prosiguieron a que el paciente llenará el consentimiento informado, en donde se detalla el título, los objetivos y

los beneficios de la investigación, ya que todo paciente tiene la libertad de elegir si participa del estudio o no.

#### **7. Procesamiento y análisis de datos:**

Aplicado el cuestionario SF-36 se prosiguió a la codificación de las preguntas (colocar a cada opción de la encuesta un número), luego se ingresó los datos al paquete SPSS v20, para realizar la tabulación de las dimensiones e indicadores de cada variable. En este proceso se aplicó la estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes. Para identificar la relación de variables se utilizó la estadística inferencial de Chi cuadrado para así determinar el grado de relación entre las variables de estudio.

#### **8. Consideraciones éticas:**

Se realizó las coordinaciones respectivas con el departamento de docencia e investigación del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, para el permiso correspondiente de la aplicación del instrumento SF-36, así mismo también se coordinó con la jefatura de enfermería y con la licenciada encargada de las consultas al pacientes colostomizado. En cuanto a la participación de las personas colostomizadas fue de forma voluntaria firmando el consentimiento informado, en donde se le explicaba, que el desarrollo del cuestionario sería de forma anónimo y sin repercusiones en su atención ni mucho menos en su salud.

Los principios éticos que se garantizaron en este estudio fueron las siguientes:

No maleficencia: no se realizaría ningún procedimiento que pueda hacerles daño a las personas que participarían del estudio.

Justicia: la muestra se seleccionaría sin ningún tipo de discriminación tratando a las personas participantes del estudio con igual consideración y respeto.

Beneficencia: la investigación, se realiza con fines de que la enfermera busque acciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes en estudio.

Autonomía: en el estudio, se incluirán a los pacientes que acepten voluntariamente de participar del estudio, así también se respetara la libre expresión de los mismos.

Principio de confidencialidad: El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Por ese motivo, el cuestionario que se les aplicara será de forma anónima y sin repercusiones en su salud o atención por el EsSalud.



## Capítulo IV

### Resultados y discusión

#### 1. Resultado

Tabla 4  
*Calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al  
Consultorio Externo de Cirugía General del HNGAI, 2015*

	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida baja	27	27,8%
Calidad de vida media	50	51,5%
Calidad de vida alta	13	13,4%
Total	90	100%

La Tabla 4 muestra que un 51,5% presenta una calidad de vida media, un 27,8% una calidad de vida baja y solo un 13,4% refieren tener una calidad de vida alta.

Tabla 5  
*Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida de los pacientes que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015*

		Tipos de colostomía según su localización			
		Ascendente	Transverso	Descendente	Sigmoideo
Calidad de vida total	Baja	4	11	7	5
		4,40%	12,20%	7,80%	5,60%
	Media	18	5	18	9
		20,00%	5,60%	20,00%	10,00%
	Alta	2	2	7	2
		2,20%	2,20%	7,80%	2,20%

La Tabla 5 evidencia un nivel de calidad de vida baja en los pacientes con colostomía transversa (12,2%), descendente (7,8%), sigmoideo (5,6%) y un porcentaje menor en quienes tienen colostomía de tipo ascendente (4,4%), en tanto, se observa un nivel de calidad de vida media en los tipos de ascendente (20%), descendente (20%), sigmoideo (10%) y de tipo transversa (5,6%), asimismo, los pacientes con colostomía de tipo descendente transversa ascendente y sigmoideo presentan los siguientes porcentajes de calidad de vida alta 7,8%, 2,2%, 2,2% y 2,2%, respectivamente.

Tabla 6  
*Correlación entre el tipo de colostomía según su localización y calidad de vida en los pacientes colostomizado.*

	Valor	G1	p
Chi-cuadrado de Pearson	14,104 <sup>a</sup>	6	0,028

La prueba estadística de  $\chi^2$  es igual a 0,028, ( $p$  value  $< 0,05$ ), por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula lo que significa que existe una relación significativa entre los tipos de colostomía según la localización y la calidad de vida de los pacientes colostomizados.

Tabla 7  
*Calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes portadores de colostomía ascendente que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015*

Calidad de vida en pacientes con colostomía ascendente				
	Baja	Media	Alta	Total
Dimensión físico	4 17,4%	14 60,9%	5 21,7%	23 100,0%
Dimensión mental	7 30,4%	14 60,9%	2 8,7%	23 100,0%

En la dimensión física el 60,9% de los pacientes portadores de colostomía ascendente tienen calidad de vida media, mientras que 21,7% alta y un 17,4 % calidad de vida baja. Por otro lado, en la dimensión mental 60,9% de los pacientes con colostomía tipo ascendente

presentan una calidad de vida media, 30,4% calidad baja y un porcentaje menor (8,7%) tiene una calidad de vida alta, tal como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 8  
*Correlación entre el tipo de colostomía ascendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.*

		Valor	Gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	Físico	2,338 <sup>a</sup>	2	,031
	Mental	4,419 <sup>a</sup>	2	,011

Los resultados de la prueba estadística muestran que la dimensión física tiene un p-value = 031 y en la dimensión mental un p-value = 0011, dichos resultados son menores a 0,05 ( $p < 0,05$ ), por consiguiente se rechaza en ambos casos la hipótesis nula, por tanto, se acepta la hipótesis alterna, lo cual significa que en los dos aspectos (físico y mental) existe una relación significativa con el tipo de colostomía ascendente.

Tabla 9  
*Calidad de vida en la dimensión física y mental en los pacientes portadores de colostomía transversa que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015*

Calidad de vida en pacientes con colostomía transversa				
	Baja	Media	Alta	Total
Dimensión físico	10	5	3	18
	55,6%	27,8%	16,7%	100,0%
Dimensión mental	5	10	3	18
	27,8%	55,6%	16,7%	100,0%

La Tabla 9 muestra que los pacientes con colostomía tipo transversa presentan una calidad de vida entre baja y media 83,4% y solo un 16,7 % considera que tiene una calidad de vida alta, esto en la dimensión física; por otro lado, en la dimensión mental 55,6% de los pacientes con colostomía tipo transversa presenta una calidad de vida media, 27,8% baja y un porcentaje menor (16,7%) tiene una calidad de vida alta.

Tabla 10  
*Correlación entre el tipo de colostomía transversa y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.*

		Valor	Gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	Físico	9,692 <sup>a</sup>	2	,008
	Mental	,633 <sup>a</sup>	2	,007

Los resultados de la prueba estadística muestran que la dimensión física tiene un p-value = 008 y la dimensión mental un p-value = 007, dichos resultados son menores a 0,05 ( $p < 0,05$ ), por consiguiente se rechaza en ambos casos la hipótesis nula, por tanto, se acepta la hipótesis

alterna, lo cual significa que en los dos aspectos (físico y mental) existe una relación significativa con el tipo de colostomía transversa.

Tabla 11

*Calidad de vida en la dimensión física y mental en los pacientes portadores de colostomía descendente que asisten a consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, 2015*

Calidad de vida en pacientes con colostomía descendente				
	Baja	Media	Alta	Total
Dimensión físico	6 18,8%	16 50,0%	10 31,3%	32 100,0%
Dimensión mental	8 25,0%	12 37,5%	12 37,5%	32 100,0%

Se observa (Tabla 11) que 50% de pacientes portadores de colostomía descendente presentan una calidad de vida media, mientras que un 31,3%, alta y 18,8%, calidad de vida baja; en tanto, en la dimensión mental, el 37,5 % afirma tener una calidad de vida media, el 37,5% alta y un porcentaje menor (25% ) calidad de vida baja.

Tabla 12

*Correlación entre el tipo de colostomía descendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.*

		Valor	Gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	Físico	2,501 <sup>a</sup>	2	,286
	Mental	3,126 <sup>a</sup>	2	,031

Los resultados de la prueba estadística muestran, respecto a la dimensión física, un p-value =0,286 que es mayor a 0,05 ( $p>0,05$ ), por consiguiente se acepta la hipótesis nula, es decir, no hay asociación entre el tipo de colostomía descendente y la calidad de vida en la dimensión física; por otro lado, se puede observar que existe relación entre la dimensión mental y el tipo de colostomía descendente con un p-value = 0,031, ( $p<0,05$ ), tal como se evidencia en la Tabla 12.

Tabla 13

*Correlación entre el tipo de colostomía sigmoideo y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados.*

		Valor	Gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	Físico	,347 <sup>a</sup>	2	,340
	Mental	,213 <sup>a</sup>	2	,210

La Tabla 13, muestra que no existe una asociación significativa en las dimensiones física y mental, con un p-value de 0,340 y 0,210 respectivamente; en ambos resultados ( $p>0,05$ ) se acepta la hipótesis alterna, lo que significa que existe una relación significativa entre el tipo de colostomía sigmoideo y la calidad de vida en las dimensiones física y mental.

Tabla 14  
*Tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes que asisten a consultorio externo de cirugía General del HNGAI, 2015*

		Calidad de vida			Total
		Baja	media	alta	
Tiempo de permanencia de la colostomía	Más de dos años	2 10,0%	3 15,0%	15 75,0%	20 100,0%
	De 1 a 2 años	24 34,3%	35 50,0%	11 15,7%	70 100,0%

Con respecto a los pacientes que portan una colostomía por más de dos años, el 75 % presentó una calidad de vida alta (Tabla 14), mientras que el 50% de los pacientes que portan una colostomía entre uno a dos años presentan una calidad de vida media, es decir, a más tiempo de tener la colostomía existe mayor adaptación y por ende una calidad de vida alta; entre menos tiempo menor adaptación, por tanto, una calidad de vida baja.

Tabla 15  
*Correlación entre el tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados.*

	Valor	Gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	3,631 <sup>a</sup>	1	,036

La Tabla 15 muestra la prueba estadística entre tiempo de permanencia y la calidad de vida, evidenciándose un p-value = 036, (p<0,05), lo cual indica que existe una relación significativa entre las dos variables.



## 2. **Discusión**

Durante siglos, el pensamiento y ejercicio enfermero han sido llevados a cabo desde una perspectiva biomédica. Esto cambió con la incorporación del proceso científico y el desarrollo de un marco conceptual propio de la profesión, lo que a su vez originó el desarrollo de los planes de atención de enfermería y con ello la mejora de los cuidados de la salud de los pacientes, por otro lado, la realización de una colostomía supone un gran impacto en el modo y calidad de vida de los pacientes sometidos a esta intervención, por lo que necesitan una atención especializada desde un punto de vista holístico y humanizado (Crespo, 2011).

Por otro lado, las estomas de eliminación, se efectúan en el tratamiento de algunos trastornos intestinales, ya sea para descomprimir el intestino grueso o desviar el tránsito intestinal. La técnica de colostomía es el tratamiento más adecuado desde el punto de vista quirúrgico, sin embargo ocurren complicaciones postoperatorias y cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el paciente, que afectan directamente a su calidad de vida, ya que el realizar un estoma de eliminación implica, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino (García et al., 2014), por consecuencia, los progresos científico-técnicos en la sociedad actual, se encaminan a responsabilizar al profesional de enfermería, con

las consecuencias personales y sociales de los tratamientos médicos (Muñoz, 2010).

Por otro lado, en cuanto al nivel de la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomía, como resultado se encontró que el 51,5% presenta una calidad de vida entre media y baja. Este estudio difiere con el estudio desarrollado en México por Hernández (2013) quien encontró que 14,92% de pacientes colostomizados presentaron una calidad de vida baja. Esta diferencia considerable se explica porque el Estado mexicano, en el marco de su política de salud, contempla los derechos del paciente ostomizado y dentro de sus lineamientos está que el paciente debe recibir información desde el preoperatorio, así como los aspectos esenciales que conllevan a vivir con un estoma. Asimismo, existen auditorías sobre el buen desempeño del profesional a cargo de los pacientes colostomizados, quienes deberían presentar una calidad de vida adecuada (Herrera, 2012). En tanto, en el Estado peruano existe un modelo de atención integral de salud (MAIS) que atiende según etapas de vida ; su función es de brindar promoción y prevención de enfermedades, sin embargo no se cuenta con un modelo de atención específica para enfermedades prevalentes, que tras una atención quirúrgica pueden traer consigo alteraciones físicas, psicológicas y sociales. La demanda de pacientes y los pocos recursos dificultan el desarrollo de las actividades del profesional de enfermería, por ende en nuestro medio se reporta que la calidad de vida es alta en un menor porcentaje (13,4%) en comparación con otros estudios en otros países.

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida, como resultado se obtuvo un  $p\text{-value} = 0,028$  lo cual indica la relación de ambas variables. Esta asociación se explica porque los pacientes colostomizados experimentan situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos (tipo de colostomía), dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos (Espinoza, 2003) que alteran su nivel de calidad de vida (55,60% presentan calidad de vida media y 30.00%, baja). Es decir, presenta deficiencia en la destreza de su propio cuidado, miedo al rechazo por el olor de la bolsa, temor, depresión y ansiedad por el nuevo cambio de su imagen corporal. Diferentes hallazgos obtuvo, Charúa-Guindic (2011) quien realizó un estudio sobre la calidad de vida del paciente colostomizado, y obtuvo como resultado que 68,7% presentó una calidad de vida aceptable para los distintos reactivos. La diferencia de estos resultados, se explica porque la percepción de una persona varía en el contexto cultural y de valores inmersos en relación con sus objetivos, normas y oportunidades para la sensación de sentirse bien (OMS, 2015).

En relación a los tipos de colostomía (ascendente y transversa) y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, el resultado para la colostomía ascendente tuvo  $p\text{-value} = 0,031$  y  $0,011$ , para la colostomía transversa un  $p\text{-value} = 0,008$  y  $0,007$ , en las dimensiones física y mental, respectivamente, estos datos indican una asociación significativa entre estas variables, por lo tanto; esta asociación se debe a que al modificar el sitio de eliminación de las heces se está afectando también la

autopercepción del paciente y por ende su autoestima, que posteriormente se podría derivar a un problema mental (depresión, ansiedad, etc), así mismo una colostomía ascendente o transversa, influye notablemente en la calidad de vida, debido a que el estoma realizado es muy grande y cuenta con dos aberturas (una abertura expulsa la materia fecal; la otra expulsa sólo la mucosidad). El flujo de las heces son constantes y de un olor muy marcado, además, en esta porción de intestino grueso se da la absorción de agua y electrolitos un gran porcentaje (Gonzales, 2009). Las complicaciones de tipo periestomal son frecuentes en estos tipos de colostomía, debido a que las heces son líquidas y contienen enzimas digestivas que son irritantes para la piel del paciente, así mismo la parte de intestino grueso que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que será eliminada a través del ano (Sánchez, 2014). Por otro lado, un estudio realizado en Perú por Villajuan (2006) reporta que los pacientes colostomizados están en proceso de recuperación de su calidad de vida, pues presentan en la dimensión biológica una calidad de vida baja y en la dimensión psicológica una calidad de vida media. Tal investigación refleja una evaluación global de la calidad de vida del paciente colostomizado, que en cierto modo se asemeja a las variables de estudio, ya que la calidad de vida del pacientes con colostomía ascendente y transversa, están en proceso de recuperación, debido a que traen consigo un porcentaje elevado de complicaciones y de cuidados específicos que muchas veces los pacientes desconocen (Pita et al., 2015).

Respecto a la relación entre la los tipos de colostomía (descendente y sigmoideo) y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, el resultado para la colostomía descendente fue un p-value de 0,286 y de 0,031 para la colostomía sigmoidea; un p-value de 0,340 y de 0,210 en la dimensión física y mental, respectivamente. Por otro lado, la calidad de vida en colostomía descendente dio resultado en la dimensión mental que si existe asociación significativa, como también indican que no existe asociación significativa entre las demás variables. Los datos en donde no existe relación, se deben en cierta manera a la ubicación del estoma, ya que por ser más cercano al ano, existe un bajo riesgo de complicaciones periestomales, debido a que las heces son más consistentes y no contienen enzimas digestivas (Sánchez, 2014). Además el movimiento intestinal (para la evacuación) ocurrirá después de que cierta cantidad de materia fecal se haya acumulado en el intestino, lo que permitetener un control voluntario sobre la evacuación intestinal ya que diversos estudios han demostrado que de 100 pacientes con colostomía, 1/3 hacen 1-2 deposiciones al día, y el resto de 5 o más (López et al., 2013). Por otro lado, un estudio realizado en Países Bajos por Vonk et al (2015), reportó que el 35 % de los pacientes colostomizados consideraron tener una calidad de vida alta, 50% moderada y el 15 % refiere tener calidad de vida baja. A pesar que la calidad de vida del paciente colostomizado es evaluado de forma global en la anterior investigación, los datos emitidos se asemejan en gran medida a este trabajo de investigación, debido a que la ubicación del estoma no es el único factor para determinar la calidad de

vida del paciente colostomizado, sino también el sexo, la edad, el nivel de estudios, y el tiempo de permanencia del estoma, (Muñoz et al., 2011).

También el estudio contempló la relación entre el tiempo de uso de la colostomía y la calidad de vida. Se obtuvo como resultado un  $p$ -value = 0.036 lo cual indica la relación de ambas variables, esta asociación se debe a que la recuperación de los pacientes aumenta con el transcurso del tiempo y a la adaptabilidad humana. Por ende, la calidad de vida de un paciente colostomizado será medida por el tiempo y permanencia del estoma digestivo: a mayor tiempo, su calidad de vida mejorará positivamente (Pita, 2015). Así mismo, Xiuxiu et al (2014) ejecutaron una investigación, cuyo objetivo fue observar la calidad de vida en pacientes con cáncer rectal con colostomía permanente en Xi'an- China en diferentes períodos después de la operación. Se encontro que el 28.70%, el 54,42% y el 74.21% de los pacientes investigados experimentaron una buena cliudad de vida en el primer, tercer y sexto mes. La similitud de resultados se debe que los pacientes portadores de un estoma con menos de un año presentan menor actividad social y desarrollo personal; por otro, lado los pacientes con más de un año manifiestan niveles de aceptación de su condición y manejan mejor el cambio de su imagen corporal y física, (Bernati ,2012).

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 1. Conclusiones:

Como resultado de la investigación presentada, se concluye que existe una relación significativa entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al consultorio externo de Cirugía General del Hospital General Guillermo Almenara Irigoyen.

Por otro lado, el 51,5% de los pacientes colostomizados presentan una calidad de vida media, un 27,8% una calidad de vida baja y solo un 13,4% una calidad de vida alta.

Asimismo, existe relación significativa entre la colostomía ascendente y la calidad de vida en la dimensión física y mental de los pacientes colostomizados que asisten al consultorio externo de Cirugía General del Hospital General Guillermo Almenara Irigoyen.

Del mismo modo se concluye que existe relación significativa entre la colostomía transversa y la calidad de vida, en la dimensión, física y mental de los pacientes colostomizados que asisten al consultorio externo de Cirugía General del Hospital General Guillermo Almenar Irigoyen.

Se encontró que la colostomía descendente se relaciona con la dimensión física de la calidad de vida, mas no con la dimensión mental de esta.

Por otro lado, también se concluye que no existe relación significativa entre la colostomía sigmoidea y la calidad de vida, en la dimensión física y mental, de los pacientes colostomizados que asisten al consultorio externo de Cirugía General del Hospital General Guillermo Almenara Irigoyen.

Finalmente, se ha demostrado que existe una relación significativa entre el tiempo de uso de la colostomía y la calidad de vida de los pacientes colostomizados que asisten al consultorio externo de Cirugía General del Hospital General Guillermo Almenara Irigoyen.

## **2. Recomendaciones**

La jefatura de enfermería debe coordinar con la dirección general del hospital, para la realización de talleres y sesiones educativas, dirigida a los pacientes colostomizados, abordando los temas del cuidado de la colostomía y la mejora de la calidad de vida.



Que la enfermera encargada de consultorio externo, realice programas individualizados o colectivos para fortalecer los conocimientos y prácticas sobre el cuidado de la colostomía para así contribuir en el mejoramiento de las consulta de enfermería; favoreciendo su reinserción social y haciendo coparticipe de la misma

El área de enfermería deberá asumir estrategias de cuidado, de forma holística, ya que independientemente de la patología de base, el paciente experimenta una serie de cambios, que no solo afectan la parte física, sino que también, la parte mental, social y sexual.

Que los enfermeros, pongan más énfasis en educar y orientar, a los pacientes colostomizados, en la etapa de transición, evitando que los cambios físicos, sociales y mentales no puedan afectar en gran medida su calidad de vida.

Que la enfermera encargada de consultorio externo debe trabajar de manera conjunta con el personal de salud, familiares e inclusive, en la medida de lo permitido, con los médicos responsables de la colocación del estoma, para brindar una mayor asesoría en los cambios, medidas de adaptabilidad, cuidados que el paciente tendrá que asumir, para lograr con esto un menor impacto de afectación en la calidad de vida del paciente.

Que el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen tome en cuenta la importancia que tiene la existencia de un consultorio de enfermería para minimizar complicaciones y complementar el tratamiento médico y para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A los futuros investigadores que decidan realizar una investigación similar a lo presentado, se recomienda tomar en cuenta la variable social y sexual ya que juegan un papel muy importante en la calidad de vida.

### Referencias bibliográficas

- Andres, C., & Carrillo, T. (2013). Valoración de la calidad de vida de los pacientes sometidos a colostomía.
- Apaza, R. (2015). *Calidad de sueño y su relación con la calidad de vida en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión*. Tesis para optar el título de Magister en salud pública. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
- Aguirre, L. (2007). *Colostomía: técnicas, evolución*. Editorial el Pacifico S.A. Chile
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164.
- Arroyo, A. y Pérez, F. (2006). Guía de información al paciente sobre colostomías. *Valencia, Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat*. 5(2), 26-28. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1373-2006.pdf>
- Arostegui, I. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50(167), 147-192.
- Blanco, C. (2013). Portada Coloplast Alterna. *Rehabilitation Psychology*, 5(2).
- Brito, J., Jiménez, K., Tolorza, G., Siqués, P., Rojas, F., & Barrios, L. (2007). Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. *Revista Chilena de Cirugía*, 56(1), 31–34.
- Brown, C. (2005). calidad de vida en los pacientes colostomizados. *Revista Chilena de Cirugía*, 56(2), 21–39.
- Castro, M., Castro, C., & Clemente, H. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente. *Ene. Revista de Enfermería*, 7(3).
- Casado, C. (2012). Plan de cuidados. Cáncer de recto: paciente colostomizado. *Rev. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4 (1) 563-596. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1009/1021>
- Castañeda, O. C., Garduño, M. A. C., Castillo, L. P., Bautista, M. D. P. S., Estévez, J. M. E., Espinosa, J. G. R., & Corral, S. H. (2009). Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Revista CONAMED*, 14(1), 15–19.
- Cesaretti, I. U. R., Santos, V. L. C. G., & Vianna, L. A. C. (2010). Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle

intestinal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 16–21.  
<http://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100003>.

Cisneros, F. (2008). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>.

Crespo, L. (2012). *Plan de cuidados de enfermería estandarizados en el paciente colostomizado*. Recuperado de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3940/CrespoVilazanL.pdf?sequence=1>.

Coloplas y Colb. Calidad de vida y necesidades de personal ostomizadas y sus cuidadores. *Revista Rol de Enfermería*. publicación N°4 Vol 26.2003

Cahuana, D. (2014). Complicaciones de las ostomías digestivas. *Manual de Cuidados En Ostomías*, 135–166.

Cardenas, J. (2012). Vivir cómodamente después de una colostomía. *Revista Chilena de Cirugía*, 2(3).

Castejón, M. G. (2013). Colostomía. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 2(1).

Castillo, L., Espinosa Estevez, J. M., Sánchez Bautista, M. D. P., Cruz Castañeda, O., Cano Garduño, M. A., Gabriel Rivas, J., & Hernández Corral, S. (2010). Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Revista Enfermería Universitaria*, 7(2), 9–14.

Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica, pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima-Perú: San Marcos

Charúa-Guindic, L., Benavides-león, C. J., Villanueva-herrero, J. A., Jiménez-bobadilla, B., Abdo-francis, J. M., & Hernández-labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cirugía Digestiva*, 79, 149–155.

Charaja, F. (2004). *Manual de Investigación Científica*. Lima-Perú: San Marcos.

Costa, A., & Parrelli, M. (2011). La sexualidad del paciente con ostomía: revisión integradora. *Revista de Enfermagem*, 7, 4935–4943.  
<http://doi.org/10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201315>

Congreso Nacional de Ostomía (2005). El paciente ostomizado en el entorno de una asociación: Conclusiones Declaración de Bilbao. *ARGIA (Asociación Vasca de Ostomizados e incontinentes)*. Recuperado de <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/manifiesto.pdf>

- Cruz, O. Cano, M. Pat, L. (2009). Epidemiología de ostomía de eliminación en diferentes unidades de salud del distrito federal. *Rev. CONAMED*, 6(2)197-210. Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=59705&id\\_seccion=699&id\\_ejemplar=6038&id\\_revista=41](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59705&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41)
- Dakduk, S., González, A., & Montilla, V. (2008). Relación de variables sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 390–401.
- Ferreira-Umpiérrez, A. H. (2013). Viviendo con una ostomía: Percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto E Contexto Enfermagem*, 22(3), 687–694. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300015>
- Ferreira, A. (2013). Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Rev. Enferm, Florianópolis*, 22(3) 687-94. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>
- Fundación Ayúdate. (2009). Guía práctica para personas ostomizadas.
- Ferreira-Umpiérrez, A. H. (2013). Viviendo con una ostomía: Percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto E Contexto Enfermagem*, 22(3), 687–694. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300015>.
- Gonzalo, m. (2009). percepcion de la calidad de vida en el paciente colostomizado permanentemente. *Journal of Coloproctology*, 3(2), 70–75.
- García, M. (2013). Plan de cuidados de un paciente ostomizado. *Rev. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 5 (3)1-49. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1577/1599>
- Grimaldo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilos de vida saludable, en un grupo de estudiantes de postgrado de la Ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8(5), 17 - 38.
- Hamui – Sutton, L., Barragán-Perez, V., Fuentes-Garcia, R., Monsalvo-Obregón,E. & Fouilloux-Morales, C. (2013). Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relacion con las características personales de los médicos residentes. *Revista Cir Cir*. 81(4).
- Hernández, F. (2011). Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *Rev. Reduca*, 3 (2), 504-533. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/764/780>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Herrera, A. y Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *CONDES*, 23(1), 65-76. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90361761&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=60&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361761pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361761&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=60&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361761pdf001.pdf)

El-Tawil, A. (2013). Living with Stoma: Long-term Effects on Patients' Quality of Life. *Journal of Clinical & Cellular Immunology*, 04(03). <http://doi.org/10.4172/2155-9899.1000145>

Espinoza Herrera, M. (2003). *Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a consulta de enfermería del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins*. (Tesis para optar la licenciatura en enfermería). Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/espinoza\\_hm/enpdf/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/espinoza_hm/enpdf/t_completo.pdf)

José, V., Salles, A., Paula, C. De, Becker, P., & Rossi, M. (2014). Coloproctology The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 4(2), 73–75.

Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D., & Fortes, R. C. (2013). Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. *Journal of Coloproctology*, 33(3), 145–150. <http://doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004>.

Lenneberg, E., Mendelssohn, A. y Gross, L. (2005). *Guía de colostomía*. Recuperado de [http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/uoa\\_colostomy\\_es.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_colostomy_es.pdf?direct=1)

Mahjoubi, M, et al. (2009). calidad de vida con un estoma apropiado e inapropiado. *Journal of Coloproctology*, 5(2), 73–75.

Molina, R. T. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76–86.

Morgano, P. (2006). colostomias: experiencia en el Hospital Central de IVSS. *Rev. Es*

*pañã Ap Digest* 67(3), 249 - 252.

Michelle R. & Robert, S. (2008). Sexual Health and Quality of Life Among Male Veterans With Intestinal Ostomies. *Revista Clinical Nurse Specialist*, 22(1), 30 – 40.

- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galena de Economía* 20, 1 – 13.
- Montes de Oca, J. & Mendocilla, C. (2007). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*, Lima. Perú: Ministerio de Educación del Perú
- Miro, E., Cano-Lozano, M. & Buela-Casal, G. (2005). Calidad de vida. *Revista Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301- 326.
- Muñoz, R. et al. (2010). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Rev. Metas de Enfermería*, 14(2) 24-31. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80161/>
- Nirva, C. (2011). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Revista Ciencias Médicas*.
- OMS (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Estrategia mundial sobre la percepción de la calidad de vida.
- Ortiz, M., Mazzarri, G., Gondelles, Y. y Muñoz, O. (2005). Calidad de vida en pacientes colostomizados posterior a traumatismo abdominal penetrante. *Rev. Info Medico*, 7 (8) 381-39. Recuperado de [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/title/calidad-vida-pacientes-colostomizados-posterior-traumatismo-abdominal-penetrante/id/35764127.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/calidad-vida-pacientes-colostomizados-posterior-traumatismo-abdominal-penetrante/id/35764127.html)
- Olivares, M. (2005). Perfil del estado de salud de beneficiarios de isapres. *Journal of Coloproctology*, 4(2), 73–75.
- Pelegri dos Santos, A. et al. (2012). Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_13.pdf).
- Pita, P. et al. (2015). Caso clínico de dermatitis periestomal y dehiscencia en una colostomía. *Rev. Enferm Dermatol*, 9(24). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5185639>
- Pinzón Sarmiento, A. (2009). *Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la asociación Colombiana de ostomizados*. (Tesis para optar la licenciatura en enfermería). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>.
- Rossi, C. et al. (2014). incidencia de pacientes colostomizados. *Rev. Enferm Dermatol*, 9(24), 21-42.

- Sanchez, H. & Reyes, C. (2002). *Metodología y diseño en la investigación científica*. Lima-Perú: Editorial Universitaria. Universidad Ricardo Palma
- Shaffy, S., Das, K., & Gupta, R. (2012). Physical, nutritional and sexual problems experienced by the patients with colostomy/ileostomy: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Research*, (3), 210–222. Retrieved from <http://medind.nic.in/nad/t12/i3/nadt12i3p210.pdf>
- Salazar, F. & Berbabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Perú: Factor structure, construct validity. *Asia Pacific journal of public Health*, 1-9, doi:10.1177/1010539511432879.
- Saravia, J. (2013). *Factores psicológicos y conductuales en un grupo de universitarios*. Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Soto Salinas, A. y Stefanini Castillo, Y. (2008). *Perfil demográfico y algunos factores asociados a la adaptación psicosocial y calidad de vida de adultos con enterostomías*. (Tesis para optar la licenciatura en enfermería). Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/225/2/TL\\_AgapitoEsquerreKarla\\_Rea%C3%B1oPerezLiz.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/225/2/TL_AgapitoEsquerreKarla_Rea%C3%B1oPerezLiz.pdf).
- Sánchez González, M. (2014). *Cuidados de la piel circundante al estoma*. (Tesis presentado para optar el grado en enfermería). Recuperado de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>.
- Torres Carrillo, C. (2013). *Valoración de la calidad de vida de los pacientes sometidos a colostomía en el primer semestre del año 2013*. (Tesis presentado para obtener el título de Médico General). Recuperado de <http://190.25.234.130:8080/jspui/bitstream/11227/1741/1/TRABAJO%20FINAL%20CESAR%20TORRES.pdf>.
- Torre, F., Martin-Corral, J. (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor*. *Revista de la sociedad española del dolor*.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte* (21), 76-71.
- Urzúa M, Caqueo A. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358–365. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>.



- Valdivieso, F., & Condes, L. (2013). Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. *Revista Médica Clínica. CONDES*, 24(4), 716–721.
- Verdugo, M., & Cols, J. (2006). Dimensiones de la calidad de vida. *Diversitas*, 1(2), 125–137.
- Villaz, C. (2011). Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado. *Revista de Enfermagem*, 2(5).
- Villajuan, E. (2006). calidad de vida de pacientes Ostomizado que asisten a consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, 61(3). <http://doi.org/10.4067/S0718-40262009000300008>
- Vonk-Klaassen, S. et al. (2015). *Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review*. Qual Life Res. doi: 10.1007/s11136-015-1050-3. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26123983>.
- Xiuxiu, Q. (2012). Quality of life in rectal cancer patients with permanent colostomy in Xi'an. *African Health Sciences*, 14(1) 28-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v14i1.6>.
- White, E.(1905).*Ministerio de curación* .Recuperado de <http://caminoalcielo.com/Min-Healing/Min-Healing-TOC.htm>.

## **Apéndice**

## Apéndice 1. Instrumentos de recolección de datos

A continuación encontraras una serie de preguntas acerca de la calidad de vida que presentas después de la intervención quirúrgica (colostomía). Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Por consiguiente deben de contestar con toda sinceridad y honestidad para poder tener un resultado confiable.

### INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

#### COMO MARCAR CORRECTAMENTE



- usar lapicero o lápiz
- borrar bien si desea marcar otra respuesta
- no marcar la hoja en otros lugares
- marcar solo una respuesta

#### I. DATOS PERSONALES

1. Género: Femenino  Masculino
2. Edad: 16-25  26-35  36-45   
46-55  56-65  65 a más
3. Estado Civil: Casado(a)  Conviviente
4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Nivel de estudios:  
Sin estudios  Primaria  Secundaria  Superior técnico   
Superior universitario  post grado
6. Distrito de procedencia: \_\_\_\_\_

#### II. preguntas de la calidad de vida

1. En general, usted diría que su salud es:  
1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?  
1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año  
3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año  
5. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

<b>Preguntas</b>	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho
<b>3.</b> Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
<b>4.</b> Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
<b>5.</b> Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
<b>6.</b> Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
<b>7.</b> Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
<b>8.</b> Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
<b>9.</b> Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
<b>10.</b> Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
<b>11.</b> Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
<b>12.</b> Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Preguntas	Si	No
<b>13.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
<b>14.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
<b>15.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
<b>16.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
<b>17.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
<b>18.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
<b>19.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

	siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
<b>23.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
<b>24.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
<b>25.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
<b>26.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
<b>27.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
<b>28.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
<b>29.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
<b>30.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
<b>31.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
<b>32.</b> Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

	<b>Totalmente cierta</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No lo se</b>	<b>Bastant e falsa</b>	<b>Total mente falsa</b>
<b>33.</b> Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
<b>34.</b> Estoy tan sano como cualquiera.					
<b>35.</b> Creo que mi salud va a empeorar.					
<b>36.</b> Mi salud es excelente.					

## GUÍA PARA MEDIR EL TIPO DE COLOSTOMÍA

A continuación encontraras algunas preguntas para identificar la localización de la colostomía. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Por consiguiente deben de contestar con toda sinceridad y honestidad para poder tener un resultado confiable.

### I. preguntas generales:

¿Qué tiempo tiene con la colostomía?

- a. menos de 2 años                      b. más de 2 años                      c. otros.....

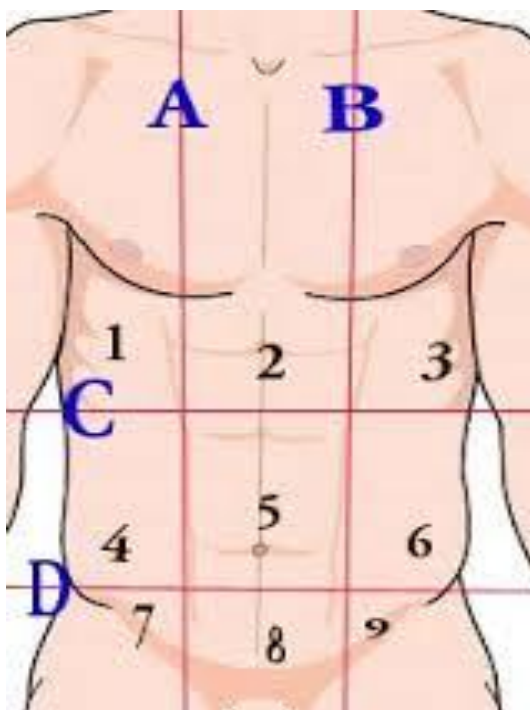
¿Cuántas veces por mes, acudes a consulta por la colostomía?

- a. ninguna                      b. una vez                      c. más de dos veces

### II. Ubicación de la colostomía: marque usted en la figura, donde está ubicado su colostomía

DERECHA

IZQUIERDA



El tipo de colostomía según su ubicación es:.....



## **Apéndice 2. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados, que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015

#### **Propósito y procedimientos**

Este trabajo de investigación está a cargo de Jairo Bastidas Chuquillanqui y Jhoselyn Galarza Ríos estudiantes del X ciclo de enfermería de la Universidad Peruana Unión.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados, que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **Beneficios**

Por tal motivo el presente trabajo de investigación ayudará a identificar la calidad de vida según el tipo de colostomía, brindando aportes que ayudarán al paciente y al personal de salud a mejorar sus actividades en busca de la mejora de la calidad de vida. Así mismo la investigación aportará datos relevantes y actualizados, que ayuden a las asociaciones

peruanas de colostomías u otras instituciones a generar políticas de salud en la mejora de la calidad de vida, atención y cuidado de los pacientes colostomizados.

### **Derecho y confidencialidad de la persona participante**

La participación del paciente colostomizado en este estudio, es completamente voluntaria. Tiene el derecho de aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con los investigadores o con el hospital. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por los investigadores y para efecto de estudio.

### **DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO**

Yo.....

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por los investigadores, y quiero colaborar con este estudio, por esta razón firmo el documento.

.....

Firma

.....

Fecha

### Apéndice 3. Carta de autorización del área de estudio



**"Año de la Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"**

**CARTA N° 4742 -OCID-G-RAA-ESSALUD-2015**

Lima, 12 de Octubre del 2015

Sra. Lic.:

**SILAS ALVARADO RIVADENEYRA**  
 Jefe del Departamento de Enfermería  
 Red Asistencial Almenara – EsSalud  
 Presente.-

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el proyecto de investigación:

**N° 147-2015**

**"Calidad de vida y tipos de colostomía según su localización de los pacientes que asisten al consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, Lima, 2015"**



**Autores: BASTIDAS CHUQUILLANQUI, JAIRO – ESTUDIANTE ENFERMERIA**

Fue evaluado en Reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 12 de Octubre del 2015, con la presencia de sus miembros: Dr. Carlos García Bustamante, Dr. Raúl Yepez Adriaen, TM. Belkis David Parra Reyes, Ps. Oscar Velazquez Aguilar, Lic. Silas Alvarado Rivadeneyra y Lic. Gaby Sonia Chavez Zegarra, **siendo APROBADO.**

Sirva la ocasión para transmitirle mi especial consideración.

Atentamente,

**RED ASISTENCIAL ALMENARA**

Lic. Adm. **JUAN CARLOS FUJARDO ABARA**  
 Jefe de la Oficina de Cooperación,  
 Investigación y Docencia  
 ESSALUD

c.c. Interesado/Archivo

NIT. 753-2015- 3477



**"Año de la Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"**

CARTA N° 4742-OCID-G-RAA-ESSALUD-2015

Lima, 12 de Octubre del 2015

Sra. Lic.:  
**SILAS ALVARADO RIVADENEYRA**  
 Jefe del Departamento de Enfermería  
 Red Asistencial Almenara – EsSalud  
Presente.-

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el proyecto de investigación:

N° 147-2015 "Calidad de vida y tipos de colostomía según su localización de los pacientes que asisten al consultorio externo de Cirugía General del HNGAI, Lima, 2015"



Autores: GALARZA RIOS, JHOSELYN – ESTUDIANTE  
 ENFERMERIA

Fue evaluado en Reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 12 de Octubre del 2015, con la presencia de sus miembros: Dr. Carlos García Bustamante, Dr. Raúl Yezpez Adriaen, TM. Belkis David Parra Reyes, Ps. Oscar Velazquez Aguilar, Lic. Silas Alvarado Rivadeneira y Lic. Gaby Sonia Chavez Zegarra, siendo APROBADO.

Sirva la ocasión para transmitirle mi especial consideración.

Atentamente,

RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 Lic. Adm. JUAN CARLOS FALGADO ARANA  
 Jefe de la Oficina de Capacitación,  
 Investigación y Desarrollo  
 ESSALUD

c.c. Interesado/Archivo  
 NIT. 753-2015- 3477



5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: 25 de noviembre

Nombre y firma del juez: Karen Tantarugui

Institución donde labora: Hospital Almenara Irigoyen

Años de experiencia profesional o científica: 7 años

  
Karen B. Tantarugui Coras  
Licenciada en Enfermería  
CER 41871

## Apéndice 5. Resultados descriptivos

Tabla 16

Tabla descriptiva de los componentes de la calidad de vida de los pacientes colostomizados.

Preguntas : Su salud actual,	No, no me limita nada		No, no me limita nada		No, no me limita nada		M
	n	%	n	%	n	%	
¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	6	6,2	54	55,7	30	30,9	2,27
¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	6	6,2	57	58,8	27	27,8	2,23
¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	59	60,8	25	25,8	6	6,2	1,41
¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?	73	75,3	17	17,5	90	92,8	1,19
¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?	65	67,0	25	25,8	90	92,8	1,28
¿Le limita para agacharse o arrodillarse?	14	14,4	74	76,3	2	2,1	1,87
¿Le limita para caminar un kilómetro o más?	61	62,9	28	28,9	1	1,0	1,33
¿Le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	61	62,9	28	28,9	1	1,0	1,33
¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	75	77,3	14	14,4	1	1,0	1,18
¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	20	20,6	69	71,1	1	1,0	1,79

Preguntas : Durante las 4 últimas semanas	Si		No		M
	n	%	n	%	
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	65	67,0	25	25,8	1,28
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	65	67,0	25	25,8	1,28

Durante las 4 últimas semanas,	siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		nunca		M
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	-	-	3	3,1	22	22,7	63	64,9	2	2,1	-	-	3,71
¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	67	69,1	1	1,0	2	2,1	15	15,5	5	5,2	-	-	1,78
¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	-	-	2	2,1	4	4,1	77	79,4	7	7,2	-	-	3,99
¿Cuánto	-	-	15	15,5	10	10,3	4	4,1	2	2,1	59	60,	4,89



tiempo se sintió calmado y tranquilo?														8
¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	-	-	-	-	30	30,9	56	57,7	4	4,1	-	-	3,71	
¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	-	-	1	1,0	12	12,4	57	58,8	6	6,2	14	14,4	4,22	
¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	-	-	-	-	8	8,2	81	83,5	1	1,0	-	-	3,92	
¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	-	-	5	5,2	7	7,2	73	75,3	5	5,2	-	-	3,87	
¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	-	-	-	-	23	23,7	66	68,0	1	1,0	-	-	3,76	
¿Con qué frecuencia la salud física o actividades sociales?	62	63,9	2	2,1	1	1,0	4	4,1	4	4,1	2	2,1	2,13	

	excelente		Muy buena		buena		regular		mala		M
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
En general, usted cree que su salud es	-	-	11	11,3	14	14,4	51	52,6	14	14,4	3,76

	No, ninguno		Si, muy poco		Si , un poco		Si, moderado		Sí, mucho		M
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	-	-	11	11,3	14	14,4	51	52,6	14	14,4	3,76

	Totalmente cierta		Bastante cierta		No lo se		Bastante falsa		Totalmente falsa		M
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Creo que me pongo enfermo más fácilmente	22	22,7	38	39,2	4	4,1	26	26,8	-	-	2,38
Estoy tan sano como cualquiera.	-	-	21	21,6	6	6,2	40	41,2	23	23,7	3,72
Creo que mi salud va a empeorar.	6	6,2	54	55,7	6	6,2	24	24,7	-	-	2,53
Mi salud es excelente.	-	-	14	14,4	8	8,2	16	16,5	52	53,6	4,18

Durante las 4 últimas semanas	Nada		poco		regular		bastante		mucho		M
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Hasta qué punto su salud física o habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	13	13,4	13	13,4	3	3,1	13	13,4	48	49,5	3,78
¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?	59	60,8	25	25,8	5	5,2	1	1,0	-	-	1,42