

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON
TRAQUEOSTOMÍA DADOS DE ALTA DE UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL DE
ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ.**

**YEIMMY ALEXANDRA LOSADA MORALES
ELIANA YETZELI MORALES GUANA**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2013**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS
CON TRAQUEOSTOMÍA DADOS DE ALTA DE UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL
DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ.**

**YEIMMY ALEXANDRA LOSADA MORALES
ELIANA YETZELI MORALES GUANA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de
Enfermera Profesional**

**LUISA FERNANDA ACHURY BELTRÁN
Enfermera
PILAR GARCÍA PEÑUELA
Enfermera**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2013**

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Este gran triunfo lo dedico primeramente a Dios, dueño de la vida por darme la salud, la sabiduría, y a mis padres quienes estuvieron presentes apoyándome para culminar mi carrera.

ELIANA YETZELI

Dedico este gran logro a Dios por guiarme e iluminarme por el mejor camino para cumplir una meta más, y a mis padres que con sus esfuerzos, consejos y apoyo me ayudaron a terminar mi querida profesión.

YEIMMY ALEXANDRA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por darme la vida, por todos los esfuerzos, por su apoyo incondicional porque sin su ayuda no hubiera sido posible obtener este gran logro en mi vida.

A Diego, por el apoyo incondicional, por su paciencia, su amor, su comprensión, porque el estar lejos y no compartir muchos momentos valió la pena.

A mis compañeros de estudio por su apoyo, su amistad y por ser parte de ésta travesía.

A todos los docentes por transmitirme de la mejor manera sus conocimientos, sus experiencias de vida que me sirvieron y me servirán por siempre para mi desarrollo personal y profesional.

A todas las personas que de una u otra forma me colaboraron para cumplir este sueño.

ELIANA YETZELI

A mis padres por darme la oportunidad de demostrarle lo importante que es para mí estudiar, por sus esfuerzos, sacrificios y su apoyo incondicional que me brindaron día a día para lograr este triunfo.

A Emerson por su comprensión, amor, apoyo y por darme ánimo para seguir con mis metas adelante.

A mis compañeras por brindarme su amistad y ayuda durante toda mi profesión, ya que sin ellas no hubiera sido posible este logro.

A mis asesoras por sus consejos, sus buenas y adecuadas correcciones, su tiempo y conocimientos que me brindaron.

YEIMMY ALEXANDRA.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	21
2. PREGUNTA PROBLEMA	26
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS	28
4.1 Calidad de vida	28
4.2 Paciente adulto con traqueostomía	28
4.3 Institución de IV nivel de atención en salud	29
5. OBJETIVOS	30
5.1 Objetivo general	30
5.2 Objetivos específicos	30
6. PROPÓSITOS	31
7. MARCO TEÓRICO	32
7.1 La traqueostomía como parte del manejo de diversas enfermedades	32
7.2 Repercusiones de la traqueostomía en la vida del paciente	33
7.2.1 Repercusiones físicas	34
7.2.2 Repercusiones psicológicas	34

7.2.3 Repercusiones emocionales	34
7.2.4 Repercusiones sociales	35
7.3 LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA	35
7.4 INSTRUMENTOS QUE MIDEN CALIDAD DE VIDA	36
8. METODOLOGÍA	40
8.1 Diseño	40
8.2 Población	40
8.3 Muestra	40
8.4 Instrumento	40
8.5 Criterios de inclusión y exclusión	42
8.5.1 Criterios de inclusión	42
8.5.2 Criterios de exclusión	42
8.6 Procedimiento	42
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
10.1 Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes con traqueostomía	44
10.2 Análisis de la calidad de vida global y por dimensiones	52
11. CONCLUSIONES	63
12. LIMITACIONES	65
13. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS.	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por grupo etáreo	45
Tabla 2. Distribución por sexo	46
Tabla 3. Distribución por estrato socioeconómico	46
Tabla 4. Distribución por estado civil	47
Tabla 5. Distribución por nivel de escolaridad	48
Tabla 6. Distribución por situación laboral	49
Tabla 7. Distribución por tiempo de permanencia de la traqueostomía	50
Tabla 8. Distribución por causas de la traqueostomía	51
Tabla 9. Porcentaje de la calidad de vida general	52
Tabla 10. Promedio del puntaje de la calidad de vida en las cuatro dimensiones	53
Tabla 11. Interpretación por ítems Dimensión familiar	54
Tabla 12. Interpretación por ítems Dimensión mental / espiritual	56

Tabla 13. Interpretación por ítems Dimensión física 58

Tabla 14. Interpretación por ítems Dimensión social 60

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Instrumento QLI (Quality of Life Index)	73
ANEXO B. Ficha de caracterización sociodemográfica	77
ANEXO C. Consentimiento Informado	78

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un tema que ha cobrado importancia en los últimos años ya que al aumentar la expectativa de vida en la población se han incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas que sufren los efectos de la enfermedad y del tratamiento médico o quirúrgico al cual han sido sometidos (1).

Este tema ha sido evaluado en pacientes con diferentes patologías, pero al hacer la búsqueda en la literatura a nivel nacional e internacional no se encontraron estudios que muestren la percepción de la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía sino por el contrario artículos que hablan sobre las repercusiones que trae para la persona que la posee.

Debido a la escasez de estudios sobre éste tema, el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de la calidad de vida de los pacientes adultos con traqueostomía dados de alta de una Institución de IV nivel de atención en salud en Bogotá, teniendo en cuenta que el estudio de este aspecto la calidad de vida es complejo y que siempre se ha evaluado desde una perspectiva cualitativa, en éste estudio se enmarcó desde una óptica cuantitativa utilizando el instrumento Quality of Life Index elaborado por Ferrans y Powers en 1984.

Los resultados más relevantes que se encontraron en el estudio fueron que la mayoría de los pacientes eran hombres, con edad entre 68-77 años, casados y con un nivel de escolaridad medio bajo. Además, las principales indicaciones de la realización de traqueostomía fueron las neoplasias y las estenosis subglóticas.

La calidad de vida global fue regular debido a las falencias encontradas en las dimensiones física, mental y la social en donde se destaca insatisfacción en los ítems que se refieren a la energía para realizar las actividades de la vida diaria, la vida sexual, la apariencia personal y el apoyo de las personas que no son de su familia.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde la aparición de las primeras prácticas de cuidado que se desarrollaron a partir de la necesidad de mejorar el estado de salud de las personas, hasta la actualidad, en donde éstas prácticas se fundamentan en la ciencia y en la experiencia, la necesidad de mantener o proveer una buena calidad de vida ha ido tomando más importancia. El enfoque de las ciencias de la salud actualmente no se limita solo a garantizar una cantidad de vida si no también, que cuente con ciertas condiciones benéficas que denoten para sí mismo una buena calidad de vida (1).

La calidad de vida corresponde a la “evaluación subjetiva de los atributos, bien sean estos positivos o negativos que caracterizan la vida y que está determinada por cuatro dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar espiritual y bienestar social” (2).

Otros autores como Schumaker & Naughton definen la calidad de vida como “la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud, y la capacidad de realizar las actividades cotidianas e importantes para el individuo”, dando a conocer así la relación que tiene esta percepción con la satisfacción que siente la persona con su estado físico, psicológico, emocional, social y de todas sus necesidades como ser integral (3).

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales como cuidar de uno mismo, la situación financiera, las relaciones sociales, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y culturales. En relación con estos factores, la vida de las personas mayores está llena de cambios frecuentemente asociados a enfermedades, procedimientos quirúrgicos y pérdidas de muy diverso tipo (4).

Otros aspectos que pueden influir en la calidad de vida corresponden a las variables sociodemográficas y las de personalidad, las cuales son utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo, así mismo, las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran sino de otras variables relacionadas con la edad, el género y el estatus social, puesto que se evidencia una calidad de vida más baja en las personas mayores, los hombres suelen estar más satisfechos que las mujeres y finalmente, a mayor estatus mayor calidad de vida (4).

La ciencia y la tecnología han permitido la implementación y realización de diferentes procedimientos invasivos que permiten la recuperación de las funciones orgánicas y que son necesarias en algunos casos para asegurar la vida de las personas. La calidad de vida posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico depende de la función orgánica intervenida y del lugar anatómico abordado, de manera que la realización de una traqueostomía en donde se lleva a cabo una intervención del aparato respiratorio tendrá repercusiones sobre la función del mismo, así como sobre la imagen corporal del individuo (5). Por otra parte, la calidad de vida puede verse afectada en mayor o menor grado, dependiendo de su respuesta al proceso, la capacidad de adaptación y superación, la respuesta de su entorno familiar, social y laboral (6).

En la actualidad, un gran número de patologías pueden requerir la realización de una traqueostomía, la cual se utiliza como una medida terapéutica parcial o definitiva, para permeabilizar la vía aérea superior y facilitar la ventilación mediante la realización de un estoma (7).

Actualmente, no existen criterios objetivos validados para la indicación de una traqueostomía, por ende la experiencia y el juicio clínico cobran especial relevancia en la decisión de realizarla; dentro de las indicaciones más comunes se encuentran:

1. Ventilación mecánica prolongada (> 10 - 14 días), por ejemplo, en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo grave (índice de oxigenación ≥ 15 y/o $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100$), lesión de médula cervical alta y Síndrome de Guillan-Barré de variedad axonal.
2. Pacientes con lesión encefálica aguda grave que permanezcan con una puntuación inferior a 8 en la escala de coma de Glasgow al 5º día de intubación.
3. Obstrucción documentada de la vía aérea superior.
4. Fracaso en el proceso de destete de la ventilación mecánica en dos oportunidades **(8)**.

La traqueostomía no es físicamente incapacitante, pero genera deterioro en algunas actividades de la vida diaria como comer, beber y hablar lo que repercute en las relaciones interpersonales. Rita Pulido y Cols **(8)** hacen referencia a que la traqueostomía causa una serie de alteraciones a nivel orgánico, funcional y físico, las cuales se describen a partir de cuatro (4) de las catorce (14) necesidades de Virginia Henderson de la siguiente manera:

- Respirar: Sufre alteraciones ya que se cambia la vía aérea natural por una artificial, lo cual repercute de forma importante en la humidificación y calentamiento del aire, facilitando infecciones recurrentes y alteraciones en el sentido del olfato.
- Alimentarse: Solo se afecta en las situaciones que se acompañan de trastornos en la deglución, lo cual genera deficiencias nutricionales y energéticas que se ven reflejadas en bajo peso, disminución del tono muscular, piel y en su estado de ánimo.

- Eliminación de las secreciones mucosas: No se realiza por vía natural sino por el estoma, alterando también la higiene corporal, pues se suma la necesidad de desarrollar estrategias para mantenerse limpio. Por otra parte, también se puede ver afectada la integridad de la piel debido a la presencia de infecciones en el área de la ostomía.
- Sueño: Puede llegar a alterarse, debido a que existe una sensación de expulsar las secreciones constantemente interrumpiendo los ciclos normales del mismo, en consecuencia no se obtiene un adecuado descanso.

En cuanto a necesidades psicológicas y sociales, las alteraciones inician con los cambios en la apariencia física, la imagen corporal se ve afectada y puede repercutir de manera negativa sobre la autoestima; la incertidumbre de no saber cómo lo van a percibir las demás personas, lleva a alterar los aspectos físicos, psicológicos, emocional y social de su vida, seguido de una constante sensación de angustia y depresión permanentes; lo que lleva a los individuos a usar prendas que cubran o disimulen el estoma. Por otra parte, la comunicación, la cual es un aspecto esencial en el ámbito social y para las relaciones interpersonales, también se ve afectada debido a que la traqueostomía puede impedir la fonación, lo cual genera dificultad para expresar pensamientos y sentimientos contribuyendo al aislamiento social, pues los pacientes prefieren en algunos casos evadir la vida social por vergüenza o miedo a ser rechazados por su nueva situación de salud (6).

Teniendo en cuenta las alteraciones que sufre un paciente con traqueostomía y debido a que no se han encontrado estudios sobre la calidad de vida de estos pacientes, la presente investigación busca describir cuál es la calidad de vida de los pacientes con traqueostomíados de alta de una Institución de IV nivel de atención, en el periodo de tiempo comprendido de Febrero a Mayo de 2013 mediante una investigación de tipo descriptivo observacional, transversal ya que se pretende medir una variable que en este caso es la calidad de vida del

paciente con traqueostomía en un momento determinado sin realizar intervención alguna en la población de estudio.

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los pacientes adultos con traqueostomía dados de alta de una Institución de IV nivel de atención en salud Bogotá-Colombia, en el periodo comprendido de Febrero a Mayo de 2013?

3. JUSTIFICACIÓN

El cuidado del paciente con traqueostomía debe ser interdisciplinario lo cual implica la participación activa y gestión del profesional de enfermería quien desempeña un papel fundamental en el cuidado del periodo pre-operatorio, pos-operatorio y de recuperación.

El desarrollo de ésta investigación le aporta al profesional de enfermería una mayor perspectiva de la realidad y la calidad de vida del paciente con traqueostomía puesto que no existen estudios sobre éste tema; además le proporciona datos relevantes que le facilitan la planeación y ejecución del cuidado integral con intervenciones que basadas en la relación enfermera paciente y una adecuada comunicación terapéutica que no se limiten únicamente al cuidado del estoma y prevención de complicaciones sino, que también aborden el estado emocional y psicológico del paciente, impactando de manera positiva sobre la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía.

Para el paciente con traqueostomía, la identificación de la calidad de vida y la modificación de los planes de atención de enfermería le permitirá recibir una atención holística y una educación que le sea útil en todos los casos, como apoyo conjunto y motivación para adaptarse a los cambios que se le presenten para poder lograr su recuperación.

Para la institución hospitalaria los resultados obtenidos en la investigación son sustento para realizar una toma de decisiones basadas en los conocimientos científicos, adecuando los protocolos institucionales diseñados para la atención de estos pacientes, donde su centro de interés, cuidado y recuperación no sea únicamente biológico si no integral. Lo que finalmente repercute en la calidad del cuidado y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

4.1 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida corresponde a la “evaluación subjetiva de los atributos, bien sean estos positivos o negativos que caracterizan la vida y que está determinada por cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, espiritual y social”(2).

Para este estudio, la calidad de vida se entendió como la percepción individual que se tiene en relación con el estado de salud y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria que permitan satisfacer las necesidades. Se midió por medio de la aplicación del instrumento QLI general, el cual deja ver función física, la función mental, la función social y la función familiar.

4.2 PACIENTE ADULTO CON TRAQUEOSTOMÍA

Persona mayor de 18 años quien fue sometida a un procedimiento quirúrgico donde se realizó un estoma en la vía aérea superior de forma parcial o definitiva, con el fin de permitir y/o facilitar la ventilación (7).

Para esta investigación, adulto con traqueostomía fue toda persona mayor de 18 años dado de alta de una institución de IV nivel de atención, con una traqueostomía con tiempo de permanencia superior a 3 meses (9,10).

4.3 INSTITUCIÓN DE IV NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

Es aquella institución que cuenta con la infraestructura y el personal capacitado para realizar intervenciones complejas que necesite la población, así mismo presta atención en todos los servicios en salud. Allí se llevan a cabo procedimientos o tratamientos que son de alto costo para el P.O.S (11).

Para llevar a cabo este estudio se utilizó como sitio de investigación una institución prestadora de servicios en salud de IV nivel de atención de la ciudad de Bogotá.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de calidad de vida de pacientes adultos con traqueostomía dados de alta de una Institución de IV nivel de atención en Salud en Bogotá, Colombia en el período comprendido de Febrero a Mayo de 2013.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar caracterización socio-demográfica de la población estudiada.
- Describir la calidad de vida desde los aspectos relacionados con la función física en el paciente adulto con traqueostomía.
- Describir la calidad de vida desde los aspectos relacionados con la función mental en el paciente adulto con traqueostomía.
- Describir la calidad de vida desde los aspectos relacionados con la función social en el paciente adulto con traqueostomía.
- Describir la calidad de vida desde los aspectos relacionados con la función familiar en el paciente adulto con traqueostomía.

6. PROPÓSITOS

- Dar a conocer cuál es la percepción de calidad de vida de los pacientes con traqueostomía para fomentar una planeación de cuidados integrales por parte de los profesionales de enfermería.
- Incentivar la elaboración de protocolos de enfermería para el cuidado de pacientes con traqueostomía a nivel institucional en donde se tenga en cuenta al paciente como un ser holístico.
- Fomentar prácticas de cuidado enfocadas en la educación por parte del profesional de enfermería para que el paciente reciba información y orientación respecto a los cambios que generará este procedimiento en su vida cotidiana.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 LA TRAQUEOSTOMÍA COMO PARTE DEL MANEJO DE DIVERSAS ENFERMEDADES.

La traqueostomía hace parte de las ostomías realizadas al sistema respiratorio y se refiere al acto quirúrgico en el que se realiza la apertura de la tráquea para el manejo de la vía aérea (12). Este procedimiento se considera como un tratamiento importante en el manejo de algunos pacientes con EPOC, neumonía, enfermedades neuromusculares como Miastenia gravis, Poliomiélitis, Síndrome de Guillan Barré y aquellas en las cuales se presenta alteración del estado de conciencia, disminución del reflejo de la tos y depresión del centro respiratorio como en el trauma craneoencefálico (TCE). También está indicada en pacientes que presentan una obstrucción mecánica de la vía aérea superior provocada por cuerpos extraños, edemas laríngeos y tumores (13), y como medida de protección del árbol traqueobronquial en pacientes con riesgo de broncoaspiración como por ejemplo pacientes con ECV (Enfermedad Cerebrovascular), convulsiones y problemas en la deglución(14).

Este procedimiento quirúrgico se realiza a nivel mundial, y su prevalencia reportada oscila entre 10-20% (15), aunque en algunos subgrupos de pacientes como aquellos que presentan traumas oscila entre 24-48%(16). A nivel nacional, después de hacer una búsqueda en las diferentes bases de datos, en el DANE, y en la Asociación Colombiana de Cirugía no se encontraron reportados datos estadísticos sobre su incidencia, sin embargo, en el Hospital Universitario San Ignacio las estadísticas reportan que en el año 2012 se realizaron en promedio 30 traqueostomías, las cuales corresponden a diversas patologías como tumores 38%, enfermedades neuromusculares (Síndrome de Guillán Barré y Miastenia Gravis) 16%, fístula traqueo-esofágica 12% y otras causas 34%(17).

Las traqueostomías pueden clasificarse de acuerdo a su duración, la indicación o el lugar anatómico en donde se establece el estoma. Según su duración se pueden clasificar en temporales cuando solo se necesita durante un procedimiento quirúrgico o en el posoperatorio inmediato, y permanentes cuando por la condición clínica debe ser llevada de por vida. Según su indicación pueden ser electiva, cuando se realiza en forma preventiva ya que se espera debido a la enfermedad de base, un empeoramiento de la ventilación como en el posoperatorio de grandes intervenciones neuroquirúrgicas, de cuello, y en el caso de enfermedades neurológicas degenerativas, y urgente, cuando se realiza en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda alta, como las producidas por cuerpos extraños laríngeos, neoplasias laríngeas, parálisis de cuerdas vocales, etc. De acuerdo al lugar donde se establece el estoma se clasifica en alta ubicada en el segundo (2do) anillo traqueal, media o transístmica en el tercer (3er) o cuarto (4to) anillo traqueal y baja en el quinto (5to) o sexto (6to) anillo traqueal (18).

7.2 REPERCUSIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO

La traqueostomía al ser una nueva condición para los pacientes conlleva una serie de efectos tanto a nivel físico, como emocional y social, los cuales se derivan de los cambios que este procedimiento le genera al paciente y que repercuten sobre la calidad de vida del individuo, a continuación se amplían cada una de ellas:

7.2.1 Repercusiones físicas

En cuanto a los efectos a nivel físico cabe resaltar que no se produce el habitual filtrado, humidificación y calentamiento del aire cuando pasa por las vías aéreas superiores, lo cual provoca resequedad del árbol bronquial, de forma adicional hay una disminución en el mecanismo de aclaramiento mucociliar, incremento en la producción de moco y a su vez una disminución en el reflejo tusígeno generando en algunos casos aspiraciones de secreción y saliva a los pulmones. Suelen producirse problemas en la deglución, en especial en pacientes que presentan fístula traqueoesofágica ya que no pueden deglutir, existe una disminución en el sentido del olfato y del gusto y por último una dificultad en la función fonatoria debido a que el aire no pasa por las cuerdas vocales haciendo que exista una afonía(19).

7.2.2 Repercusiones psicológicas

En relación con los efectos psicológicos cabe mencionar la disminución en la autoestima como consecuencia del cambio en la imagen corporal debido a la presencia del estoma, pues la persona experimenta un cambio negativo en cómo percibe su propia imagen y cómo es percibida por las personas que se encuentran a su alrededor, lo que genera una constante falta de seguridad en sí misma (20).

7.2.3 Repercusiones emocionales

Dentro de los principales efectos a nivel emocional se presentan estados de ánimo que van desde la ansiedad por no poder hablar, por su nueva imagen y sobre todo por no saber cómo adaptarse a su nueva situación de salud, hasta el temor por no conocer muchas cosas de su nuevo estado y a ser rechazados por su familia y sus amigos (21).

7.2.4 Repercusiones sociales

Las personas con traqueostomía experimentan temor de ser rechazados por lo cual se cohiben de establecer y/o mantener relaciones interpersonales, se aíslan de su medio y de las personas que los rodean como consecuencia generalmente de su dificultad para comunicarse y expresar pensamientos y sentimientos. Se olvidan que tienen derecho al respeto, y a vivir en comunidad sin importar su nueva condición de vida (22).

7.3 LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA.

Según la OMS la calidad de vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (23); está determinada por cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, espiritual y social”(2), siendo de gran importancia para el ser humano ya que permite que el individuo pueda desarrollar las actividades de la vida diaria, sin ninguna limitación (física, psicología, mental y social); y así mismo permite que cumpla los objetivos y expectativas que tiene en la vida (24).

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar (24). Según Patrick y Erickson (3) es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Este aspecto es entonces un indicador de salud, porque permite detectar alteraciones en las condiciones de bienestar físico y social del individuo e intervenir precozmente en ellas, además de comparar las distintas opciones terapéuticas y centrarse de una manera importante en la persona y no en la enfermedad. Además porque aporta un resultado que incorpora la percepción del paciente y mide el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento.

Los pacientes con traqueostomía presentan varios cambios en su vida (físicos, psicológicos, emocionales, sociales) que afectan la calidad de la misma, entre los cuales el cambio de imagen es uno de los aspectos que más impacto y repercusiones genera en estas personas, por no sentirse a gusto con su nueva imagen, lo que genera una reducción en la autoestima. Adicionalmente el no poder comunicarse adecuadamente incide psicológica y emocionalmente en sus relaciones familiares y sociales, generando un alto nivel de ansiedad y temor al de ser rechazados por la sociedad. Por tal motivo estos efectos deben ser mejorados con una adecuada información de su enfermedad y los cuidados imprescindibles para tener una mejor calidad de vida.

7.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA.

Los instrumentos que establecen la calidad de vida, permiten estudiar las diferentes dimensiones del ser humano (física, social y emocional). Existen varios instrumentos que permiten evaluar la calidad de vida globalmente y otros que son específicos para cada enfermedad (25), de manera que es de gran importancia identificar el instrumento que cumpla con las características requeridas en confiabilidad y validez, teniendo en cuenta las características de la población estudiada.

Entre los instrumentos genéricos utilizados para medir la calidad de vida se destacan:

El *Cuestionario de Salud SF-36*; el cual es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, que posee un alfa de Cronbach mayor de 0,7. Consta de 36 preguntas que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional y tiene ocho dimensiones sobre la salud, entre las que se encuentran: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que detectan tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. Este cuestionario fue traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente mediante el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36 (26).

El Sickness Impact Profile fue desarrollado por Bergner y Cols en 1.976, con el objetivo de disponer de una medida de salud que pudiera utilizarse en la asignación de servicios sanitarios, la planificación y la formulación de políticas de salud, así como servir de valoración de resultados sanitarios en la evaluación (27). Proporciona una medida del estado de salud apropiada, válida y sensible, utilizable en distintos niveles de gravedad de enfermedad y en diferentes grupos demográficos y culturales (28, 29). El instrumento mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionados con la enfermedad. Cuenta con un alfa de conbrach de 0.7 y consta de 136 ítems, que hacen referencia a cambios en el comportamiento del individuo, relacionados con la enfermedad. Las cuestiones se agrupan en 12 categorías: sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación (30). Este instrumento no puede ser auto administrado y no es apropiado en casos de problemas de

lectura o con un bajo nivel cultural. Además tiene muchos ítems y categorías que podrían ser poco relevantes y posee escasa sensibilidad para detectar cambios pequeños en cortos periodos de tiempo (31).

El *Nottingham Health Profile (NHP)* es un instrumento desarrollado originalmente en Gran Bretaña a finales de los años setenta para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Consta de dos partes: la primera está formada por 38 ítems pertenecientes a seis dimensiones de la salud: energía (tres ítems), dolor (ocho ítems), movilidad física (ocho ítems), reacciones emocionales (nueve ítems), sueño (cinco ítems) y aislamiento social (cinco ítems) y la segunda consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: el trabajo, las tareas domésticas, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, las aficiones y el tiempo libre (32). Las cualidades psicométricas se han analizado en numerosos estudios arrojando buenos resultados de validez (de constructo y de contenido), fiabilidad (consistencia interna, test-retest e inter observador) y sensibilidad a los cambios (33). El cuestionario es más adecuado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud, ya que carece de ítems de salud positiva. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social, asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento afecta la vida de los individuos.

El QLI (Quality of Life Index) es un instrumento genérico utilizado para medir la calidad de vida en pacientes con enfermedades; diseñado por Ferran y Powers. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.73 por lo cual se considera un instrumento válido y confiable. Consta de dos partes, cada una a su vez se subdivide en 33 ítems los cuales evalúan la calidad de vida en relación con las 4 dimensiones establecidas para medirla: física, psicológica, emocional y social (34). Este fue el instrumento que se adaptó mejor a las necesidades de

este estudio porque es uno de los que ayuda a cumplir los objetivos de la investigación, además es uno de los instrumentos que mejor evalúa la calidad de vida según las dimensiones del ser humano, por la duración del cuestionario y porque se pueden obtener unos resultados importantes para el análisis del estudio. Este instrumento se utilizó en la investigación porque está traducido al español y ha sido utilizado en población colombiana en pacientes con diferentes patologías como infarto agudo de miocardio, diabetes y cáncer.

8. METODOLOGÍA

8.1 DISEÑO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal: ya que se midió una variable que en este caso fue la calidad de vida del paciente con traqueostomía por medio del instrumento QLI versión general; descriptivo transversal porque se realizó en un tiempo determinado y no hubo intervención por parte de los investigadores ni manipulación de variables.

8.2 POBLACIÓN

La población correspondió a 40 pacientes adultos que fueron sometidos a traqueostomía en una institución de IV nivel de atención en salud en el periodo comprendido entre el año 2008 y 2012, dato que corresponde a la información suministrada por la jefe del Programa de alta temprana.

8.3 MUESTRA

La muestra calculada para el presente trabajo de investigación fue de 35 pacientes adultos, a quienes les fue realizada una traqueostomía en una institución de IV nivel de atención en salud en el período comprendido entre el año 2008 y 2012, la muestra se calculó con un intervalo de confianza del 90%, y un valor de p de 0.5. Sin embargo, al contactar los participantes, a la mayoría se les había retirado la traqueostomía o algunos habían fallecido; por tal motivo la muestra que se obtuvo fueron 25 pacientes dados de alta de la institución.

8.4 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para la investigación fue el QLI (Quality of life Index) que es un instrumento genérico que se utiliza para determinar la calidad de vida de acuerdo a cuatro dimensiones (**Anexo A**). Elaborado por Ferran y

Powers. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.73 y consta de 66 ítems que detectan estados positivos y negativos de salud, divididos en dos partes:

-La Primera parte consta de 33 ítems donde evalúa aspectos correspondientes a las 4 dimensiones o subescalas en relación con el grado de satisfacción. La evaluación de cada ítem se realizó de forma cuantitativa donde 1 significa muy descontento y 6 el mayor grado de satisfacción y la segunda parte consta de 33 ítems donde evalúa aspectos correspondientes a las 4 dimensiones o subescalas en relación con el grado de importancia. La evaluación de cada ítem se realizó de forma cuantitativa donde 1 significa sin ninguna importancia y 6 el mayor grado de importancia. A pesar de que el instrumento evalúa los ítems en términos de satisfacción e importancia, al hacer el análisis, éste muestra la calidad de vida en las cuatro dimensiones y en forma global sin hacer distinción entre satisfacción e importancia.

Las 4 dimensiones son: Función física, función social, función mental y función familiar. Las preguntas correspondientes a cada una de las funciones son las siguientes:

- Función física: 1, 2,3,4,5,6,7,11,16,17,18,25,26

-Función mental: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

-Función social: 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23 ,24

-Función familiar: 8, 9, 10, 12, 14

Para el análisis se considera que el instrumento indica valores de 1 a 30 puntos, en donde se puede interpretar la calidad de vida de la siguiente manera: (1-5) muy mala, (6-10) mala, (11-15) un poco regular, (16-20) regular, (21-25) buena, (26-30) excelente.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.5.1 Criterios de Inclusión

- Paciente con traqueostomía entre 18 a 90 años de edad.
- Paciente con traqueostomía cuyo tiempo mínimo de duración sea 3 meses.
- Paciente a quien le se le haya realizado la traqueostomía en una Institución de IV nivel de la ciudad de Bogotá
- Pacientes cuya residencia sea en la ciudad de Bogotá.

8.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades terminales.
- Pacientes con falla cardíaca.
- Pacientes con trastornos depresivos
- Pacientes con déficit neurológico y cognitivo que no puedan diligenciar el formulario.

8.6 PROCEDIMIENTO

Se elaboró el anteproyecto, se presentó al departamento de enfermería clínica, seguidamente fue presentado al comité de ética de la institución. Después de tener la aprobación del comité se indagó en las historias clínicas los datos personales de los pacientes para corroborar la presencia de la traqueostomía y su tiempo de permanencia, ésta información fue suministrada por la jefe del programa de alta temprana, se contactaron por vía telefónica, y se realizaron las visitas domiciliarias donde se diligenció un consentimiento informado, se realizó la caracterización sociodemográfica mediante una ficha (**Anexo B**) y se aplicó el instrumento QLI, para posteriormente analizar los resultados de la investigación.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos que se consideraron en la elaboración de este trabajo se basaron en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, teniendo en cuenta el título II, capítulo I que habla de la investigación en seres humanos.

Se tuvieron en cuenta los principios de la bioética: Beneficencia, no maleficencia, autonomía.

Para la participación en esta investigación se utilizó el consentimiento informado, se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información **(35)**, **(Anexo C)**.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento QLI en la investigación, se analizaron las características socio-demográficas de los pacientes adultos con traqueostomía en una Institución de IV Nivel de Atención en salud en Bogotá utilizando estadística descriptiva, y la calidad de vida en las cuatro subescalas o dimensiones: física, mental, social y familiar aplicando el instrumento QLI (Quality of Life Index).

Para el análisis del instrumento se utilizó una ayuda creada en Excel en la cual se introdujeron los datos de cada uno de los pacientes de acuerdo a la satisfacción e importancia que percibieron en cada ítem, los datos se mostraron de forma individual, ya que el instrumento busca conocer el grado de satisfacción e importancia que tiene cada una de las escalas para la vida de la persona, consiguiendo el resultado final con un valor numérico el cual es promediado, e interpretado como resultado global la calidad de vida.

10.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA.

El análisis de ésta investigación inicia con la caracterización sociodemográfica de la población estudio, la cual comprende las variables de: edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral, causas y tiempo de permanencia de la traqueostomía. Información que fue recolectada tras la aplicación de una ficha de variables sociodemográficas (**Anexo B**). A continuación se presentan las tablas que lo ilustran:

Tabla N° 1. Distribución por grupo etáreo

RANGO DE EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
18 – 27 años	3	12%
28 – 37 años	4	16%
38-47 años	1	4%
48-57 años	4	16%
58-67 años	5	20%
68-77 años	6	24%
78-87 años	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En el estudio, el grupo de referencia es de 18 a 90 años de edad, para su análisis se establecen intervalos de edad de 10 años donde el grupo etáreo con mayor representación es el de 68-77 años con un 24% seguido del grupo de 58-67 años con un 20%, la edad promedio de los participantes del estudio es de 54 años. Estos resultados concuerdan con el estudio de Celedón (36), quien encontró que la edad promedio de los pacientes con traqueostomía es de 55 años y el rango de edad más frecuente es de 65-75 años. De acuerdo con lo expresado por éste autor existe relación entre la edad y la calidad de vida, ya que a mayor edad aumentan las enfermedades crónicas y las discapacidades afectando la percepción de ésta.

Tabla 2. Distribución por sexo

SEXO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Hombre	15	60%
Mujer	10	40%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

El presente estudio se realizó con una muestra de 25 pacientes adultos con traqueostomía, de los cuales el 60% son hombres y el 40% son mujeres, aspecto que concuerda con la literatura en donde Madero (37) hace evidente que los hombres son los pacientes que mayoritariamente portan una traqueostomía. De acuerdo con lo mencionado en un estudio realizado por médicos españoles del Instituto de la Mujer (38) en relación con el género y la calidad de vida, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, pero ellas tienen una calidad de vida más baja ya que suelen padecer peores condiciones de salud y envejecen más rápido.

Tabla N° 3. Distribución por estrato socioeconómico

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Estrato 1	1	4%
Estrato 2	11	44%
Estrato 3	9	36%
Estrato 4	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

Los estratos socioeconómicos más predominantes fueron en un 44% el estrato 2 y en un 36% el estrato 3. No se encontraron estudios en pacientes con traqueostomía donde se analice ésta variable sociodemográfica por tal motivo no se pudo comparar resultados. En nuestro país éstos son estratos que pueden ser vulnerables económicamente, aspecto que concuerda con lo que se reporta en la literatura acerca de que la economía es una dimensión que influye en la vida de las personas, dado que los niveles socioeconómicos altos se asocian con mejores ingresos lo cual contribuye a una mejor calidad de vida (25).

Tabla N° 4. Distribución por estado civil.

ESTADO CIVIL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Soltero (a)	6	24%
Casado(a)	11	44%
Viudo (a)	3	12%
Unión libre	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En el estado civil se encuentra que 44% de los pacientes son casados, 24% son solteros y 20% viven en unión libre. Estos resultados son similares a los presentados en el estudio realizado por Celedón (36) en donde el 38% de los participantes tenían una pareja. Los datos presentados indican que un poco más de la mitad de los participantes tienen una pareja estable y una buena red de apoyo lo cual es importante ya que según la literatura el apoyo familiar es un aspecto fundamental para la recuperación y adaptación a la nueva situación de salud así como un factor determinante para tener una buena calidad de vida (39).

Tabla N° 5. Distribución por nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Primaria	10	40%
Bachillerato	7	28%
Técnico	3	12%
Tecnólogo	1	4%
Universitario	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En referencia al nivel de escolaridad se observa que el nivel de estudios alcanzado por la mayoría de los pacientes es primaria con un 40%, y bachillerato 28%, encontrando que más de la mitad de la población se ubica en un nivel de estudios bajo-medio que puede ser vulnerable en cuanto al desconocimiento de su patología, al autocuidado y a la adaptación de su nueva situación lo que repercute en su calidad de vida(39), en relación con la literatura Celedón (36), menciona que el nivel de escolaridad es un factor determinante en la percepción de calidad de vida, entre mayor sea el nivel de educación mejor será ésta percepción

Tabla N°6. Distribución por situación laboral.

SITUACIÓN LABORAL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Independiente	7	28%
Empleado	5	20%
Desempleado	1	4%
Jubilado	3	12%
Trabajo Informal	9	36%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En relación a la situación laboral de los pacientes se observa que el 36% se dedican al trabajo informal destacándose dentro de este, el trabajo en el hogar por parte de las mujeres; aquí también se incluyen a los estudiantes quienes no tienen un trabajo formal. Estos resultados evidencian que a más bajo nivel educativo menores ingresos, aspecto que se relaciona con lo mencionado en los Indicadores de coyuntura social en Colombia del 2003, en que la falta de acceso a ingresos económicos dignos no favorece una buena percepción de calidad de vida, por el contrario esa falta de recursos se considera como pobreza y ésta es denominada como sinónimo de una baja calidad de vida (40). No se encontraron estudios de pacientes con traqueostomía donde se incluyera la situación laboral como variable de análisis.

Tabla N° 7. Distribución por tiempo de permanencia de la traqueostomía.

TIEMPO DE PERMANENCIA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
3 meses - 1 año	10	40%
1 año - 3 años	10	40%
Mayor 3 años	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En cuanto al tiempo de permanencia de la traqueostomía se evidencia que el 40% de los pacientes llevan entre 3 meses y 1 año y 40% entre 1 año y 3 años, lo cual concuerda con el estudio de Madero (37) en el que los pacientes poseen la traqueostomía entre 5 meses y 2 años. En cuanto a la relación entre el tiempo de permanencia con la traqueostomía y la calidad de vida en la literatura se evidencia que la percepción de ésta cambia con el tiempo, ya que a medida que éste avanza el paciente adopta estrategias que le permiten adaptar la traqueostomía como parte de su cotidianidad mejorando por ende la percepción de su calidad de vida (10).

Tabla N° 8. Distribución por causas de la traqueostomía.

CAUSAS DE LA TRAQUEOSTOMÍA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Parálisis cuerdas vocales	1	4%
Estenosis Subglótica	3	12%
Fístula traqueo-esofágica	3	12%
Ant. Guillán barré	3	12%
Quemadura esófago	2	8%
Ant Miastenia Gravis	1	4%
Ca Laringe	1	4%
Ca esófago	3	12%
Ca lengua	5	20%
Traqueo-bronquitis	2	8%
Falla ventilatoria	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Datos del estudio

Después de revisar las historias clínicas de los pacientes para conocer el diagnóstico por el cual les fue realizada la traqueostomía se puede observar que las principales causas son cáncer de lengua 20%, cáncer de esófago 12%, antecedente de Síndrome de Guillán Barré 12%, estenosis subglótica 12%. Estos resultados concuerdan con los datos del estudio realizado por Madero (37) y el estudio de Leiva (13) ya que en éstos las principales causas fueron por neoplasias y por estenosis subglóticas.

Reconociendo que los pacientes son seres integrales, que hacen parte de una sociedad y que hay aspectos externos que influyen en su estado de salud y por ende en su calidad de vida, es necesario e importante que el profesional de enfermería no solo conozca sino que también analice las características

sociodemográficas de los pacientes con traqueostomía, de tal manera que le permitan reconocer y establecer cómo éstas variables actúan como factores protectores o factores de riesgo en la calidad de vida con el fin de desarrollar estrategias o intervenciones educativas acordes con dichas características que le permitan conseguir en el paciente un incremento en la calidad de vida.

10.2 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA GLOBAL Y POR DIMENSIONES.

A continuación se presenta el análisis del instrumento QLI, el cual comprende la calidad de vida general así como la calidad de vida a partir de las dimensiones o subescalas evaluadas, teniendo en cuenta la perspectiva de los participantes.

Tabla N° 9. Porcentaje Calidad de vida general.

INTERPRETACIÓN	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Un poco regular	4	16%
Regular	19	76%
Buena	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos del estudio

En cuanto al porcentaje de la calidad de vida general, se observa que del total de participantes, 19 obtuvieron una calidad de vida regular que representa el 76%. Estos resultados pueden estar relacionados con algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, estrato socioeconómico y estado civil; ya que de acuerdo a la literatura estas variables pueden favorecer o influir negativamente en calidad de vida de los pacientes con traqueostomía.

Tabla 10. Promedio del puntaje de la calidad de vida en las cuatro dimensiones.

DIMENSIÓN	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Física	17.37	Regular calidad de vida
Mental/espiritual	20.22	Regular calidad de vida
Social	15.50	Un poco regular
Familiar	22.58	Buena calidad de vida

Fuente: Datos del estudio

En cuanto al análisis por dimensiones, se encontró que la dimensión con mejor puntuación fue la subescala familiar con un promedio de 22.58 puntos que hace referencia a una buena calidad de vida; seguida de las dimensiones mental/ espiritual con 20.22 puntos y la subescala física con 17.37 puntos, que según la puntuación dada por el instrumento reflejaron una calidad de vida regular; y por último, la dimensión social con 15.50 puntos que se interpreta con una calidad de vida un poco regular y que es la subescala con mayores deficiencias y sobre la cual podemos intervenir los profesionales de enfermería con el fin de mejorarla.

Tabla 11. Interpretación por ítems Dimensión familiar.

DIMENSIÓN FAMILIAR.																									
ITEM	SATISFACCIÓN.												IMPORTANCIA.												
	Muy descontento		Moderada/.		Poco Descontento.		Poco satisfecho.		Moderada/ satisfecho.		Muy satisfecho.		Sin ninguna importancia.		Moderada/ .		Poco Sin Importancia.		Poco Importante.		Moderada/ Importante.		Muy importante.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
8	0	0	0	0	2	8	1	4	18	72	4	16	0	0	0	0	0	0	1	4	8	32	16	64	
9	10	40	1	4	0	0	0	0	8	32	6	24	10	40	0	0	0	0	0	0	0	0	15	60	
10	0	0	0	0	0	0	7	28	13	52	5	20	0	0	0	0	0	0	1	4	12	48	12	48	
12	4	16	2	8	1	4	3	12	6	24	9	36	7	28	0	0	0	0	1	4	7	28	10	40	
14	0	0	0	0	1	4	1	4	13	52	10	40	0	0	0	0	0	0	3	10	8	32	14	56	

Fuente: Datos del estudio

Los ítems que se evalúan en ésta dimensión son el número 8 (salud de la familia), el 9 (sus hijos), 10 (la felicidad de su familia), 12 (su esposo, amante o pareja) y por último el número 14 que hace referencia al apoyo emocional de la familia.

La subescala familiar refleja una buena calidad de vida, lo cual se relaciona con los resultados de los ítems que pertenecen a ésta dimensión, puesto que la mayoría de los participantes consideran como moderadamente y muy importantes los ítems 8 (salud de la familia), 9 (sus hijos), 10 (la felicidad de su familia), 12 (su esposo, amante o pareja) y 14 (apoyo emocional de la familia),

de los cuales solo los ítems 8, 10 y 14 son percibidos por ellos como moderadamente satisfechos.

Llama también la atención cómo a pesar de que el ítem relacionado con los hijos es considerado como muy importante y sin ninguna importancia por el 60% y 40% de los participantes respectivamente, en términos de satisfacción, predominan las categorías muy descontento y moderadamente satisfecho con un 40% y 32% respectivamente. Los hijos juegan un papel importante en la calidad de vida, se transforman en pilares afectivos brindando compañía y afecto; además, en muchos casos los padres dependen de ellos, porque les aseguran las condiciones mínimas de vida como alimento, vivienda, artículos de aseo personal. Estas condiciones se dan si existe una buena relación entre padres e hijos, lo que hace que la calidad de vida sea percibida como buena o en su defecto cuando no se garantizan éstas, sea percibida como mala (41).

Se observa en ésta subescala, que de acuerdo con lo establecido en la caracterización sociodemográfica, la mayoría de los participantes tienen una pareja estable y un buen apoyo familiar, lo cual es un aspecto fundamental para la recuperación y adaptación a la nueva situación de salud mejorando de esta manera la calidad de vida (36). Según la literatura, se considera que la familia juega un papel esencial como fuente de “apoyo social”. Además, Espina (42) dice que los viudos y solteros presentan mayores niveles de mortalidad y morbilidad, ya que el matrimonio parece proporcionar una protección contra la enfermedad. Las relaciones maritales felices y estables mejoran el funcionamiento inmunológico, lo cual puede influir tanto mejorando una enfermedad existente o previniendo enfermedades futuras.

Tabla 12. Interpretación por ítems Dimensión mental / espiritual.

DIMENSIÓN MENTAL/ ESPIRITUAL.																								
ITEM	SATISFACCIÓN.												IMPORTANCIA.											
	Muy descontento.		Moderada/.		Poco descontento.		Poco satisfecho.		Moderada/ satisfecho.		Muy Satisfecho.		Sin ninguna importancia.		Moderada/.		Poco sin importancia.		Poco importante.		Moderada/ importante.		Muy importante.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
27	0	0	0	0	4	16	5	20	14	56	2	8	0	0	0	0	0	0	3	12	11	44	11	44
28	0	0	0	0	1	4	3	12	9	36	12	48	0	0	0	0	1	4	4	16	4	16	16	64
29	0	0	3	12	4	16	9	36	5	20	4	16	1	4	0	0	1	4	5	20	16	64	2	8
30	0	0	0	0	3	12	7	28	14	56	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4	15	60	9	36
31	0	0	0	0	3	12	9	36	12	48	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4	20	80	4	16
32	1	4	5	20	11	44	5	20	1	4	2	8	0	0	0	0	0	0	5	20	8	32	12	48
33	0	0	1	4	3	12	3	12	15	60	3	12	0	0	0	0	0	0	0	0	13	52	12	48

Fuente: Datos del estudio

La dimensión mental/espiritual que fue calificada como regular, evalúa los ítems número 27 (tranquilidad consigo mismo), 28 (la fe en Dios), 29 (el logro de metas personales), 30 (su felicidad), 31 (su vida en general), el ítem 32 (apariencia personal) y por último el número 33 que habla de sí mismo.

Estos resultados pueden estar relacionados en general con que todos los ítems contemplados en esta dimensión fueron considerados por los participantes como moderadamente importantes y muy importantes, sin embargo ellos refieren sentirse poco descontentos, poco satisfechos y moderadamente satisfechos en la mayoría de los aspectos.

Cabe resaltar el ítem número 32 (apariencia personal), el cual es considerado como muy importante y moderadamente importante por el 48% y 32% de los participantes respectivamente, sin embargo, en términos de satisfacción, los pacientes se sienten moderadamente descontentos y poco descontentos en un 20 y 44 % respectivamente, aspecto que guarda relación con la presencia del estoma, puesto que los individuos experimentan un cambio negativo en cómo perciben su propia imagen y cómo es percibida por las personas que se encuentran a su alrededor(20).

Así mismo, los resultados encontrados en el ítem que se refiere al logro de las metas personales son relevantes, puesto que el 64 % lo considera moderadamente importante, pero en cuanto a satisfacción fue evaluado como poco satisfechos con un 36%. Según lo reportado en la literatura, el logro de las metas personales influye en la calidad de vida, ya que si las personas han cumplido con éstas y se sienten satisfechas, ello mejorará su percepción(41).

Sin embargo, a pesar de que la apariencia personal y la consecución de las metas influyen en este resultado, cabe resaltar también que el ítem que se refiere a la fe en Dios tuvo mayor relevancia en cuanto a satisfacción e importancia con 48% y 64% respectivamente, pues los participantes expresaban que para afrontar esa situación ellos se aferraban a sus creencias en Dios como ser sanador y como refugio ante las aflicciones. Según Armstrong (43), Dios puede transformar las peores cosas en fuente de vida y por eso el creyente, recurre en primer lugar a la oración.

Tabla 13. Interpretación por ítems Dimensión física

DIMENSIÓN FÍSICA.																								
ITEM	SATISFACCIÓN.												IMPORTANCIA.											
	Muy descontento.		Moderada/		Poco descontento.		Poco Satisfecho.		Moderada/ Satisfecho.		Muy satisfecho.		Sin ninguna Importancia.		Moderada/ importante.		Poco Sin Importancia.		Poco Importante.		Moderada/ Importante.		Muy Importante.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0	1	4	5	20	12	48	6	24	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	23	92
2	0	0	1	4	0	0	3	12	17	68	4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	22	88	3	12
3	2	8	2	8	6	24	10	40	4	16	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	28	18	72
4	1	4	2	8	7	28	10	40	5	20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	10	40	13	52
5	2	8	3	12	5	20	5	20	10	40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	13	52	11	44
6	1	4	3	12	1	4	10	40	9	36	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4	15	60	9	36
7	0	0	0	0	13	52	7	28	2	8	3	12	0	0	0	0	0	0	5	20	13	52	7	28
11	5	20	4	16	11	44	3	12	1	4	1	4	2	8	4	16	2	8	5	20	3	12	9	36
16	4	16	4	16	5	20	9	36	2	8	1	4	1	4	0	0	0	0	4	20	16	64	4	16
17	1	4	0	0	4	16	7	28	11	44	2	8	0	0	0	0	0	0	2	8	7	28	16	64
18	1	4	1	4	9	36	9	36	5	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	11	44	11	44
25	1	2	6	24	3	12	11	44	3	12	1	4	1	4	0	0	4	16	11	44	7	28	2	8
26	0	0	2	8	7	28	8	32	7	28	1	4	0	0	0	0	4	16	2	8	15	60	4	16

Fuente: Datos del estudio

En la dimensión física se evalúan los siguientes ítems: el número 1 (su salud), el 2 (los servicios médicos), 3 (no tener dolor), 4 (la energía para realizar las actividades de la vida diaria), 5 (poder cuidarse sin ayuda), el 6 (el control sobre su vida), 7 (vivir hasta la edad que quisiera), el número 11 (vida sexual), 16 (cumplir con sus responsabilidades de familia), el ítem 17 (sentirse útil para otras personas), 18 (no tener preocupaciones), el 25 (las cosas que hace para divertirse) y por último el número 26 que hace referencia al tener un futuro feliz.

La subescala física fue evaluada con un promedio de 17.37 puntos lo cual según la interpretación del instrumento corresponde a una calidad de vida regular, esto se relaciona con los resultados de los ítems evaluados en esta subescala, en donde la mayoría son percibidos por los participantes como moderadamente importantes y muy importantes, excepto el ítem 25 que se refiere a las cosas que hacen para divertirse, el cual fue evaluado por el 44% de los pacientes como poco importante.

En cuanto a la satisfacción percibida por los pacientes en esta dimensión, se resalta que en los ítems 7, 11 y 18, los pacientes se encuentran poco descontentos con un 52%, 44% y 36% respectivamente, de forma adicional, en los ítems 1, 3, 4, 6, 16, 25 y 26 , predominó la percepción de los participantes como poco satisfechos, y solo en los ítems 2, 5 y 17 predominó la categoría moderadamente satisfecho, de manera que llama la atención la gran importancia que le dan los pacientes a los aspectos evaluados y la poca satisfacción de los mismos, lo cual se considera influye de manera significativa sobre la percepción de la calidad de vida de dicha dimensión.

Con respecto específicamente a los ítems numero 11 (vida sexual) y 4 (energía para realizar actividades de la vida diaria), en los cuales los participantes se encuentran poco descontentos con un 44% y poco satisfechos 40%, la mayoría de los individuos refirieron que se cansan y se sienten fatigados al realizar dichas actividades y en el aspecto de la vida sexual, según la mayoría de las personas “eso ya no era para ellos”, “que habían cosas más importantes” y algunos manifestaban que era muy incómodo tener intimidad por el miedo a sentirse asfixiados o por desconocimiento al afrontar esta situación, de manera que algunos participantes tienen mitos al respecto. Sin embargo, según la asociación de laringectomizados de España(44) se puede realizar el acto sexual y mantener la vida de pareja normalmente, sin tener ningún efecto sobre su condición de salud. Además la calidad de vida de los participantes se

encuentra regular en la dimensión física porque algunos pacientes tienen preocupaciones por no sentirse útiles y no tener la capacidad de cumplir con las responsabilidades dentro de la familia.

Tabla 14. Interpretación por ítems Dimensión social

DIMENSIÓN SOCIAL.																								
ITEM	SATISFACCIÓN.												IMPORTANCIA.											
	Muy descontento.		Moderada/.		Poco descontento.		Poco satisfecho.		Moderada/ satisfecho.		Muy satisfecho.		Sin ninguna importancia.		Moderada/.		Poco sin importancia.		Poco importante.		Moderada/ importante.		Muy importante.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
13	0	0	2	8	12	48	8	32	3	12	0	0	0	0	1	4	6	24	12	48	6	24	0	0
15	0	0	1	4	6	24	15	60	1	4	2	8	0	0	0	0	3	12	14	56	7	28	1	4
19	0	0	0	0	8	32	10	40	7	28	0	0	0	0	2	8	2	8	12	48	8	32	1	4
20	0	0	1	4	1	4	8	32	12	48	3	12	0	0	1	4	0	0	5	20	17	68	2	8
21	18	72	0	0	1	4	4	16	2	8	0	0	19	76	1	4	0	0	1	4	2	8	2	8
22	20	80	1	4	1	4	1	4	2	8	0	0	11	44	1	4	0	0	2	8	6	24	5	20
23	1	4	4	16	8	32	6	24	5	20	1	4	0	0	0	0	8	32	3	12	9	36	5	20
24	0	0	9	36	4	16	9	36	1	4	2	8	1	4	1	4	1	4	8	32	11	44	3	12

Fuente: Datos del estudio

Ésta dimensión mostró un resultado regular y evaluó los siguientes ítems: el número 13 (sus amigos), el 15 (apoyo emocional de otras personas que no son su familia), 19 (su barrio), 20 (su casa o lugar donde vive), 21 (su trabajo), el 22 (tener un trabajo), 23 (su educación), y por último el número 24 que hace referencia a manejar las necesidades económicas.

Estos resultados pueden estar relacionados con los datos de la mayoría de los

ítems evaluados en esta subescala, los cuales fueron percibidos por los participantes como moderadamente importantes y poco importantes.

En cuanto a la satisfacción, entre los ítems que fueron considerados por los participantes como poco satisfechos, se destacan el número 15 (apoyo de personas que no son de su familia) con 60% y el ítem 24 que se refiere a las necesidades económicas con 36%, mientras que el ítem 23 que hace referencia a su educación fue evaluado como poco descontento con 32%.

Con respecto al ítem número 15 (apoyo de personas que no son de su familia), se evidencian deficiencias, pues ellos consideran que dicho apoyo es muy poco, ya que después del procedimiento quirúrgico, en su gran mayoría no han vuelto a visitarlos ni a llamarlos, o porque ellos mismos han decidido alejarse de su entorno social por el temor a ser rechazados. Lo encontrado en la literatura menciona que cuando la persona se encuentra en público, puede ser rechazada u observada ya que para la sociedad una traqueostomía es algo llamativo. Esto tiene relación con las manifestaciones de los pacientes acerca de los sentimientos de menor apoyo y de rechazo por parte de la sociedad, por lo que pueden tomar medidas como cubrirse la cánula de traqueostomía en el momento que este en público (45).

Para los profesionales de enfermería, es de gran importancia conocer los resultados de las dimensiones y la calidad de vida global de los pacientes con traqueostomía, lo que les permitirá planear y ejecutar un cuidado integral, realizando intervenciones enfocadas hacia cada uno de los ítems con mayores deficiencias como lo son la apariencia personal, para lo cual se puede educar al paciente con el fin de que se adapte a su nueva imagen, creando estrategias para cubrir el estoma en caso de no sentirse cómodo al salir de su casa o al estar en contacto con las demás personas.

Otra actividad que se puede realizar en relación con el ítem de la vida sexual, es indicar al paciente que puede tener una vida sexual activa sin ninguna complicación, creando estrategias donde ellos puedan manejar sus secreciones y no se sientan incómodos a la hora de estar en la intimidad con sus parejas. Por último, promover la reintegración a la vida social, explicar la importancia que tiene el entablar relaciones interpersonales e incentivarlos para que realicen las actividades que antes del procedimiento hacían y que pueden continuar realizando. Finalmente, la ejecución de éstas intervenciones, repercutirá de forma positiva en la calidad de vida.

11. CONCLUSIONES

- En relación con las características sociodemográficas se observó que la mayoría de personas que tienen traqueostomía se encuentran entre los 68-77 años, son hombres, casados que cuentan con el apoyo de sus familias, la mayoría de los participantes tienen un nivel de escolaridad de primaria incompleta, su vivienda se encuentra en un estrato socioeconómico 2 y su situación laboral es informal. De forma adicional, las causas más frecuentes de realización de una traqueostomía fueron el cáncer de lengua, fistulas, estenosis y el cáncer de esófago, así como el tiempo de permanencia de la traqueostomía osciló entre 3 meses y 3 años. Dichas variables pueden influir positiva o negativamente en la percepción de la calidad de vida según lo reportado en la literatura.
- La dimensión con mejores resultados fue la familiar, ya que la mayoría de las personas viven acompañados y desde el momento de la cirugía han tenido el apoyo de sus parientes, esto hace que las personas tengan unos mejores cuidados.
- La dimensión mental/espiritual, fue la segunda mejor evaluada, en ésta la mayoría de los participantes se aferran a Dios y a las oraciones para un mejoramiento de su salud, pero a pesar de esto, el ítem de la apariencia personal fue el que obtuvo un puntaje regular y es al cual se le debe dar mayor importancia y sobre el cual debemos planear acciones encaminadas para mejorarlo.
- Dentro de las dimensiones con mayores deficiencias se encuentra la física porque los pacientes no tienen la misma energía para realizar las

actividades de la vida diaria, y las preocupaciones de cumplir con las responsabilidades de familia son más elevadas, en esta dimensión también se ve muy afectada la vida sexual de las personas por su condición y por temor a ser rechazados por su pareja.

- En cuanto a la dimensión social y económica las relaciones con sus amigos se ven afectadas por la comunicación y el cambio de apariencia personal, ya que sienten temor de ser rechazados y además el componente económico afecta mucho a las personas porque por su traqueostomía abandonaron su trabajo y no pueden contribuir económicamente igual que antes de tener el estoma.
- Los participantes del estudio poseen una calidad de vida global interpretada como regular ya que según los resultados se encuentra con un porcentaje de 76%. Este resultado puede estar influenciado por algunas variables sociodemográficas como la edad que según la literatura a mayor edad menor calidad de vida, el sexo porque las mujeres tienen una calidad de vida más baja, el estado civil porque las personas que viven con sus familias tienen un buen apoyo para adaptarse a esa nueva situación y el estrato socioeconómico ya que se considera que a menor estrato es menor la percepción de calidad de vida. De igual manera los resultados de las dimensiones influyen ya que la mayoría de los participantes no tenían la misma energía para realizar las actividades de la vida diaria y en parte porque no se sentían cómodos con la traqueostomía.

12. LIMITACIONES

- Para el estudio inicialmente se consideró tomar como muestra 35 pacientes pero al tener los datos y contactar los usuarios, a la mayoría de pacientes se les había retirado la traqueostomía, algunos habían fallecido o no cumplían con los criterios de inclusión, por tal motivo solo se encuestaron 25 pacientes.

13.RECOMENDACIONES

- Se deben realizar estrategias educativas que abarquen todas las dimensiones que comprenden la calidad de vida las personas, ya que todas son de gran importancia, la educación debe ser con palabras claves y de fácil entendimiento para que así sean mejor captadas y puedan ser divulgadas a sus familias y demás cuidadores.
- Como profesionales de enfermería se deben implementar estrategias educativas que abarquen las dimensiones del ser humano, en especial todo lo relacionado con la vida sexual de las personas que tienen una traqueostomía ya que este fue uno de los aspectos con mayores falencias en cuanto a la percepción de los pacientes.
- Se deben focalizar a las personas que viven solas para así tener un mayor apoyo por parte de la EPS.
- Para próximos estudios se debe considerar el diseño de proyectos de intervención de las dimensiones que comprenden la calidad de vida de los seres humanos con el fin de mejorar la percepción de calidad de vida que ellos tienen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOTERO, B; PICO, M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. En: Hacia la promoción de la salud. Julio, 2007. vol. 12, p. 11-24.
2. FERREL B. Quality of lives: 1525 voices of cancer. En: ONS Bristol-Myers Oncology Division Distinguished. Abril 2000.vol. 23, no. 6, p. 907-908.
3. SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencias de la Enfermería. Diciembre, 2003. vol. 9, no. 2, P. 9-21
4. VERDUGO, M; GÓMEZ, L; ARIAS, B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT. Salamanca. 2009. p 19-20.
5. CATAÑO, J ; MORALES, C. Evaluación de la calidad de vida asociada a la salud en pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta por carcinoma de próstata localizado. Investigación original. En: Urología Colombiana. Diciembre, 2009. vol. 18, no. 3, p. 22 - 30.
6. PULIDO, R; SÁNCHEZ, J ; BARAZA, A. Cultura, Educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. En: Cultura de los Cuidados. 2001. vol. 2, no. 10, p. 100-108.
7. ALVAREZ, M; ENRIQUEZ, D; MARTIN, A. Atención de enfermería al paciente traqueostomizado. Junio, 2003. p. 1-3.

- 8.** ROMERO, C; *et al.* Traqueostomía en el paciente crítico. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2009. vol. 20, p. 148-59.

- 9.** DE LA QUINTANILLA, P, *et al.* A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. En: OstomyWoundManage. 2010. vol. 56, no. 5, p. 44-52.

- 10.** MARQUIS, P; MARREL, A y JAMBON, B. Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. En: OstomyWoundManage. 2003. vol. 49, no. 2, p. 48-55.

- 11.** MALANGÓN, G; GALÁN, R; PONTÓN, G. Administración hospitalaria. Editorial médica panamericana. Bogotá, Colombia. 2008.

- 12.** MOGEDAS, A. Situación actual de la traqueostomía en cirugía oral y maxilofacial. Universitat Autònoma de Barcelona. 2012. Disponible en: www.ddd.uab.cat/pdf

- 13.** LEIVA, S. La traqueostomía. 2011. Disponible en: www.files.sld.cu

- 14.** MARTINEZ, D. Broncoaspiración: VIII Curso Alma. Cartagena. Agosto de 2009.

- 15.** FRUTOS-VIVAR, F; ESTEBAN, A; APEZTEGUÍA, C, *et al.* Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy. Disponible en Crit Care Med. 2005, vol 33, p 290-298.

- 16.** NATHENS, AB; RIVARA, FP; MACK, CD, et al. Variations in rates of tracheostomy in the critically ill trauma patients. Disponible en: Crit Care Med. 2006. vol34, p. 2919-2924.
- 17.** DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. Enero- Noviembre. 2012.
- 18.** RUSSELI, C; MATTA, B. Tracheostomy: A multiprofessional handbook. GMM, 2004.
- 19.** MOSCOVICI, V; DEMARZO, S; SOBRINHO, JB, AMATO, M, et al. Effects of tracheotomy on respiratory mechanics inspontaneously breathing patients. EurRespir J. 2002. Vol 20, p 112-117.
- 20.** CHARÚA, L; BENAVIDES, C; VILLANUEVA, J, et al. Calidad de vida del paciente ostomizado. 2011. Vol 79, p.149-155.
- 21.** CORONEL, L; SECLÉN, C; ULFE, J, et al. Proceso de cuidado de enfermería a personas con traqueostomía. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. 2008, p 16.
- 22.** MILANÉS, R; ALCALÁ, L. Traqueotomía en unidad de cuidados intensivos. En Revista de Ciencias Biomédicas. Cartagena. 2010. vol 1. n° 1, p. 75-76.
- 23.** WENGER N. Current status of cardiac rehabilitation. J Am CollCardiol. 2008, vol 51 n° 7, p 1619-1631.
- 24.** SOTO,M; FAILDE, I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. En: Revista

Sociedad Española del Dolor. 2004, vol 11, p. 505. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php> .

25. ACHURY,D; RODRIGUEZ, SM; et al. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. Revista de investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2011, vol 13 n° 2, p 59-60.

26. ALONSO,J; PRIETO,L; ANTÓ,JM. La versión española del SF-36 HealthSurvey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. En: Revista de Medicina Clínica. Barcelona. 1995, vol 104, p 771-776.

27. BERGNER, M, BOBBITT, RA, CARTER, WB, GILSON, BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of health status measure. MedCare 1981; 19: 787-805.

28. GILSON, BS, ERICKSON, D, CHAVEZ, CT, BOBBITT, RA. A chicano version of the Sickness Impact Profile (SIP). Cul Med and Psych 1990; 4: 137.

29. HENDRICSON, WD, RUSELL, U, PRIHODE, TJ, JACOBSON, JM, et al. An approach to developing a valid Spanish version of a health status questionnaire. MedCare 1989; 27: 959-66.

30. BADIA, X, ALONSO, J. Re-scaling the Spanish version of the Sickness Impact Profile: An opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. L ClinEpidemiol 1995; 48(7): 949-57.

- 31.** VETTER, N, SMITH, A, SASTRY, D. Day Hospital: pilot study report. Research team for the care of elderly people. Cardiff: Department of Geriatrics, St David's Hospital, 1989
- 32.** ANTÓ,JM; ALONSO,J; HUNT,SM. Versión española del NottinghamHealthProfile adaptada por Institut Municipal d'InvestigacióMèdica. En: La medida de la salud. Barcelona. 2009. Disponible en: <http://iryss.imim.es/iryss/>.
- 33.** HUNT, SM, MCEWEN, J, MCKENNA, SP. Respecto a la versión española, los valores de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio son similares a los del cuestionario original. Disponible en Measuringhealth. London:. 1986.
- 34.** KIMURA, M; DA SILVA, JV. Ferrans and Powers Quality of Life Index.RevEscEnferm USP. 2009. vol 43. p 1098. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp/
- 35.** COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430. (4, octubre, 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio, 1993. 12 p.
- 36.** CELEDÓN, C; WALKER, K; et al.Traqueostomía abierta Vs traqueostomía percutánea. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. Chile. 2007. vol 67. p 222-228. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- 37.** MADERO, J; VIDAL, B. Traqueostomía percutánea en pacientes ventilados. Revista Medicina Intensiva. Madrid. 2007. vol 31.p 3-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

- 38.** INSTITUTO DE LA MUJER. ¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? Madrid. 2012. Disponible en: <http://actualidad.rt.com>
- 39.** OSORIO, P; TORREJÓN, MJ; VOGEL, N. Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Revista Psicología Universidad de Chile. 2008. vol 17. p 101-108. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php>
- 40.** PERAFÁN, A. Calidad de vida y género, un estudio exploratorio en la ciudad de Popayán, Colombia. Revista Estudios de antropología biológica Universidad autónoma de México. 2007. vol 13. p 517.
- 41.** OSORIO, P; TORREJÓN, M; ANIGSTEIN, M. Calidad de vida en personas mayores en Chile. RevMad Universidad de Chile. 2011. p 69-70.
- 42.** ESPINA, A; JAUREGUIZAR, J. Enfermedad física crónica y familia. Un programa de intervención en la enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa. España. 2005
- 43.** ARMSTRONG, S. La enfermedad y Dios en la Biblia. Madrid. 2010. p 40.
- 44.** ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE BARCELONA. La traqueostomía y su técnica. Barcelona. 2006.
- 45.** SMITHS MEDICAL. Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía. 2009. p 31-32. Disponible en: www.smiths-medical.com

ANEXOS

ANEXO A

Ferrans and Powers

CALIDAD INDICE DE VIDA®

VERSIÓN GENERAL - III

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

	Muy Descontento	Moderadamente	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON:						
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4	5	6
3. La cantidad de dolor que tiene?	1	2	3	4	5	6
4. La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. El control que tiene sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6

9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional que recibe de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades Defamilia?	1	2	3	4	5	6
17. Lo útilque es para otraspersonas?	1	2	3	4	5	6
18. La cantidad de preocupaciones en su vida?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugardonde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tieneempleo)?	1	2	3	4	5	6
22. No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado12 o incapacitado) ?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Sumanera de manejar sus necesidades económicas1	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Sus posibilidadespara un futurofeliz?	1	2	3	4	5	6
27. Su tranquilidadconsigomismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su aparienciapersonal?	1	2	3	4	5	6
33. Consigomismo	1	2	3	4	5	6

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

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

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:

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

ANEXO B

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON TRAQUEOSTOMÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ

FICHA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre:

Edad:

Sexo:

Nivel de escolaridad:

Estrato socioeconómico:

Ocupación:

Estado civil:

Investigadoras:

Yeimmy Alexandra Losada Morales

Correo: alexa_7411@hotmail.com; ylosada@javeriana.edu.co

Teléfono: 3114795359- 2448447

Eliana Yetzeli Morales Guana

Correo: edya5697@hotmail.com; eliana.morales@javeriana.edu.co

Teléfono: 3132365162-8063528

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON TRAQUEOSTOMIA EN UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ”

Yo _____ identificado(a) con C.C. número _____ de _____, acepto de manera libre participar en la investigación denominada Percepción de calidad de vida en pacientes adultos con traqueostomía en una institución de IV nivel de atención en salud en Bogotá”.

Declaro que los investigadores me han explicado cuál es el propósito de ésta investigación y los beneficios de participar en ella los cuales son medir cómo se encuentra mi calidad de vida y si me encuentro satisfecho con ella, y que puedo en cualquier momento retirarme del estudio. Los investigadores responsables del estudio se han comprometido a mantener la información que yo les proporcione de manera confidencial y privada sin revelar mi identificación. También los investigadores me proporcionarán una copia de este documento.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma de los investigadores:

YEIMMY ALEXANDRA LOSADA MORALES

Correo: alexa_7411@hotmail.com; ylosada@javeriana.edu.co

Teléfono: 3114795359- 2448447

ELIANA YETZELI MORALES GUANA

Correo: edya5697@hotmail.com; eliana.morales@javeriana.edu.co

Teléfono: 3132365162-8063528