



U NIVERSIDAD
I NSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

"DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN PACIENTES
TRATADOS CON COLOSTOMÍA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

C. MARTHA VEGA MEZA

ASESOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEPRESION Y AUTOESTIMA EN PACIENTES TRATADOS CON COLOSTOMIA

INDICE

Resumen	3
Justificación	6
Introducción	8
CAPITULO I	
Antecedentes de Colostomía	14
CAPITULO II	
Imagen Corporal	23
CAPITULO III	
Criterios DSM-IV Y CIE-10	27
CAPITULO IV	
Metodología	48
CAPITULO V	
Resultados de Depresión y Autoestima	53
CAPITULO VI	
Discusión	55
Conclusión	57
Bibliografía	60
Anexos	66

RESUMEN

La realización de una colostomía implica para el paciente, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces fecales y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino. Los pacientes tratados con colostomía, trae consecuencias negativas para estos, especialmente de depresión y de autoestima. De ahí, que se intentó observar el nivel de depresión y autoestima en pacientes masculinos y femeninos adultos tratados con colostomía.

Cuando a un paciente se le practica una colostomía, sufre una serie de alteraciones biológicas, psicológicas (depresión y autoestima) y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno. Al cambiarle la ubicación del ano, el paciente tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar a la percepción que tiene de su propia imagen, pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida laboral y social.

Desde que se practicó la primera colostomía en el siglo XVIII, hasta la actualidad, la técnica quirúrgica se ha perfeccionado mucho y, actualmente, la técnica de una colostomía es relativamente sencilla.

El propósito de esta investigación, es el estudio de la depresión así como la autoestima en 60 pacientes tanto masculinos como femeninos adultos con algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa (neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos, cáncer colo-rectal) tratados con colostomía; a ambos grupos se les aplicaron los cuestionarios de Zung para saber el nivel de depresión que tienen estos pacientes, así como el cuestionario de Coopersmith para saber el nivel de autoestima que tienen los pacientes tratados con colostomía.

Los resultados obtenidos tanto para autoestima como para depresión en pacientes masculinos y femeninos tratados con colostomía fueron que los pacientes masculinos tienen depresión grave en un porcentaje más alto que los pacientes femeninos; y en cuanto a autoestima los pacientes masculinos la tienen baja en un mayor porcentaje que los pacientes femeninos, de acuerdo a la muestra tomada para este estudio.

La depresión suele sobrevenir tras la pérdida de algo importante o un acontecimiento de estrés (Grace 1994). El paciente experimenta un sentimiento de pérdida, la cual puede ser física o psicológica, y esta última, puede ser, como cuando se cree haber perdido la confianza en nosotros mismos o la admiración por otra persona. La depresión está basada en premisas de que alguna persona, objeto o atributo nos falta.

En algunos casos, la ansiedad, malestar y agitación motora pueden predominar sobre el resto de la sintomatología depresiva.

Es frecuente que la aflicción, el aislamiento y el estado de ánimo depresivo estén enmascarados por situaciones que parecieran no estar relacionadas con la depresión:

-Cambios y alteraciones en la conducta: crisis matrimoniales y de valores, abuso de alcohol y drogas, baja en el rendimiento laboral y/o escolar

-Síntomas de angustia: vértigo, ansiedad constante, alteraciones vegetativas (taquicardia, sudoración), temblor e inquietud motora.

-Síntomas mentales: ideas obsesivas, ideas paranoides, celos, fobias e ideas hipocondríacas

-Molestias somáticas: cefaleas, lumbalgias, mialgias, colitis y mareos.

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. El paciente puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes como expresiones patológicas por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico o piensan que están pasando por una mala época.

Muchos pacientes deprimidos se encuentran tristes (llorosos) y desmoralizados y en ocasiones dicen sentirse por los suelos o no sentir interés por las actividades cotidianas. Al principio el paciente puede negar sentirse triste, pero puede detectarse un sentimiento de tristeza a partir del lenguaje corporal o las expresiones faciales. Algunos pacientes deprimidos no parecen estar tristes, pero se encuentran irritables, ansiosos o abúlicos. (George D. Zuidema, 1993)

Los síntomas que indican con gran probabilidad la presencia de depresión son las alteraciones de sueño, fatiga, quejas de tipo músculo esquelético no específica, dolos de espalda, tensión motora y sensación de ahogo. Los pacientes que presentan quejas múltiples, vagas o exageradas tienen una posibilidad alta de padecer depresión (Gerber et al, 1992). Los síntomas depresivos aparecen en el

transcurso de días y semanas; algunos pacientes pueden experimentar una fase prodrómica antes de que aparezcan todos los síntomas. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

En el DSM-IV, la depresión la clasifica como los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor y los define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

La autoestima puede ser alta o baja, o como comúnmente se conoce como alta o baja; esta dependerá de diversos factores para poderla desarrollar. Algunos de estos factores pueden ser: padres, esposa (o), hijos, amigos, cultura, sociedad, el medio en el que se desenvuelven, etc.

La autoestima depende de la racionalidad, honestidad e integridad que son procesos volitivos (Branden, 1989).

JUSTIFICACION

La salud mental es un elemento integral de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales.

La salud mental puede entenderse como la presencia de atributos individuales positivos, que permiten al individuo desarrollar sus actividades cotidianas y relacionarse con su entorno social de forma adecuada (Sánchez, Garrido y Alvaro, 2003). En México, el problema de la salud mental no ha recibido la atención que merece como problema de salud pública (Secretaría de Salud, 2002).

El cáncer colo-rectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos, y cada año se diagnostican más de 130,000 nuevos casos. Cada año fallecen alrededor de 800 personas por cáncer de colon y recto, la distribución por sexo es más o menos similar y la edad promedio al momento del diagnóstico es la sexta década de la vida.

En nuestro país, existe muy poco, o casi nulo, para los pacientes con colostomía, un tratamiento psicológico, no existe y un pre, durante o post tratamiento para los pacientes que se les realiza este procedimiento.

El procedimiento de colostomía se refiere al procedimiento quirúrgico en el que se saca el extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal, y las heces fecales que se movilizan por este, se vacían en una bolsa adherida al abdomen. Este procedimiento se realiza después de una resección intestinal o lesiones del mismo; puede ser de manera temporal o definitiva.

Una causa que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar este tipo de depresión es el estilo atribucional del sujeto; una persona que atribuye sus éxitos a causas externas no controlables y sin embargo se culpabiliza de sus fracasos, atribuyéndolos a causas internas sobre las que tampoco ejerce un control, es entonces un buen candidato a desarrollar una depresión. La no controlabilidad sobre los acontecimientos de la propia vida, sumen al ser humano en estados de indefensión aprendida y precursores de trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con esta idea, (Kobasa, 1979) llegó a la conclusión de que frente a un mismo suceso traumático habría dos tipo de personas: las personas resistentes, con un gran sentido del compromiso- entendido como la tendencia de estos individuos a implicarse en todas las actividades de la vida, sintiendo que lo que se hace es parte de lo que se es, una fuerte sensación de control- entendida como la convicción de que lo que se hace influye

directamente en los acontecimientos- y una mayor apertura a los cambios vitales- es decir, ver las circunstancias de la vida, especialmente las adversas, no como amenazantes sino como incentivadoras del crecimiento personal, tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia; por otro lado, existen las personas no resistentes, que muestran carencias en el sentido del compromiso, un locus de control externo y una tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado.

De entre todos los tipos de depresión, la llamada "reactiva", es la que tiene mejor pronóstico, ya que puede tratarse más fácilmente analizando junto al paciente esos acontecimientos que han precipitado el trastorno y su particular forma de entenderlos, para así poder corregir distorsiones cognitivas o estilos atribucionales insanos e inapropiados.

Por lo que, en la presente investigación, nos ocuparemos de la afectación que tiene un paciente (tanto masculino, como femenino) el procedimiento de la colostomía, en cuanto a autoestima y depresión; así como las posibles formas de tratamiento para aumentar su autoestima y disminuir la depresión.

INTRODUCCION

La colostomía, se refiere al procedimiento quirúrgico en el que se saca el extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal, y las heces fecales que se movilizan por este, se vacían en una bolsa adherida al abdomen. Este procedimiento se realiza después de una resección intestinal (es un procedimiento quirúrgico en el que se corta un pedazo de intestino grueso) o lesiones del mismo; puede ser de manera temporal o definitiva (Zuidema, 1993).

Por lo anterior, el paciente se deprime al saber que su intestino no estará completo y no podrá defecar de manera normal (por la vía anal).

Al igual que la depresión, la autoestima del paciente tratado con colostomía después de habersele diagnosticado una enfermedad crónico-degenerativa (neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos, cáncer colo-rectal), se ve afectada por este tratamiento.

La depresión suele sobrevenir tras la pérdida de algo importante o un acontecimiento de estrés (Grace, 1994). El paciente experimenta un sentimiento de pérdida, la cual puede ser física o psicológica, y esta última, puede ser, como cuando se cree haber perdido la confianza en nosotros mismos o la admiración por otra persona. La depresión está basada en premisas de que alguna persona, objeto o atributo nos falta.

Además del estrés, existen otros factores personales relacionados a la depresión, por ejemplo Sánchez, Garrido y Alvarado (2003) indican que la carencia de empleo y la presencia en el hogar de 3 o más hijos menores de 14 años, implican un mayor riesgo de depresión en mujeres sometidas a estresores graves. Aranda, Castañeda, Lee y Sobel (2001) mencionan que la escolaridad ha sido asociada con síntomas depresivos en estudios de población no Latina; asimismo, en el estudio realizado por dichos autores, la escolaridad es significativa para el modelo de regresión múltiple calculado, en mujeres México-Americanas.

En Autoestima, otros autores como Beeber (1999) afirman que existe una fuerte asociación entre la autoestima y los síntomas depresivos. Entendiendo por autoestima, la evaluación que la persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de sí misma en las áreas cognitiva, afectiva y comportamental. La autoestima se ve reflejada en el trabajo, la escuela, la familia, las relaciones sociales, el aspecto físico y la moral (Buela, Fernández y Carrasco, 1997); así mismo, Thoits (1995) cita varios estudios donde se ha encontrado

que la autoestima reduce significativamente los síntomas de depresión.

A pesar de lo mencionado anteriormente, no se puede considerar de forma exclusiva a los factores personales para relacionarlos con la salud mental; el apoyo social, definido como la presencia de relaciones cercanas, íntimas y de confianza (Sánchez, Garrido y Alvaro 2003), ha sido considerado como un factor moderador o como contribuyente a la protección de la salud, como lo señalan Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez (2002), estudios científicos recientes han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud, y se ha encontrado que las personas más aisladas, tienen menor salud psicológica.

Para el presente estudio, se retoma La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde, et al 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

En síntesis, la depresión es un área de la salud mental en continuo estudio, que requiere de un mayor conocimiento de las variables asociadas para lograr una mejora en los programas de prevención; el desarrollo de nuevas estrategias de prevención tendrá lugar a medida que se identifiquen con mayor claridad los factores causales, los factores de riesgo y la taxonomía genética y clínica (Díaz y Jiménez, 1999). Es por esto que el propósito central de la presente investigación es buscar la relación de la depresión en mujeres, con otras variables tales como apoyo social, estrés, estatus laboral, autoestima, escolaridad y algunas variables demográficas; con el propósito de proponer un modelo basado en la regresión logística.

La autoestima puede ser alta o baja, o como comúnmente se conoce como alta o baja; esta dependerá de diversos factores para poderla desarrollar. Algunos de estos factores pueden ser: padres, esposa (o), hijos, amigos, cultura, sociedad, el medio en el que se desenvuelven, etc.

La autoestima depende de la racionalidad, honestidad e integridad que son procesos volitivos (Branden, 1989).

Para el presente estudio, se retoma el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, desarrollada por Coopersmith en 1967, fue diseñado para evaluar actitudes hacia el yo social, académico, familiar, y áreas de experiencia personal. En el inventario (cuestionario), la autoestima es definida como la evaluación que una persona hace y mantiene acerca de sí mismo. Autoestima es una expresión de aprobación o desaprobación, indicando el grado en que una persona se evalúa a sí mismo como competente, exitosa, significativa y con valor. Autoestima es un juicio personal de valía expresado en las actitudes que una persona mantiene de sí misma.

La llamada Forma Escolar de esta prueba es utilizada con estudiantes entre ocho y quince años y la conocida como Forma para Adultos, está diseñada para ser utilizada con personas de dieciséis años en adelante; esta prueba consiste en 25 ítems con respuestas dicotómicas. Tiene 8 reactivos los cuales son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 y 20, dando valor de 2 a las respuestas afirmativas (si) y 1 a las respuestas negativas (no); y tiene 17 reactivos inversos, en los cuales 2 corresponden a no y 1 a si, los cuales son:

2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25; la calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos calificados.

En este caso abordaremos tanto la depresión como la autoestima, así como las alteraciones que pueden tener los pacientes de estas, en su vivir y convivir diario, así como las consecuencias que puede traer el haberseles realizado la colostomía por cualquier tipo de problema que tengan así como las alteraciones físicas que conlleva tenerla.

Con lo anterior, la investigación que nos ocupa será el estudio de la depresión así como la autoestima en 60 pacientes tanto masculinos como femeninos con algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa como es la colostomía.

La población será de pacientes masculinos y femeninos adultos que tienen como característica el tener colocada una colostomía, ya sea por algún tipo de enfermedad crónico degenerativa, en los cuales buscaremos si la depresión y la autoestima están afectados por este padecimiento.

Nuestras variables están comprendidas tanto en la depresión como en la autoestima, siempre y cuando estas afecten a los pacientes con colostomía.

Esta investigación es un estudio de campo, de tipo exploratorio, descriptivo y aleatorio, con una muestra de pacientes seleccionados con procedimiento de colostomía en el Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el Distrito Federal.

Para realizar la presente investigación, se tomaron dos tipos de cuestionarios, tanto para la autoestima y la depresión, y así poder valorar las respuestas.

Para llevar a cabo el presente estudio se utilizó una muestra de 60 sujetos (30 hombres y 30 mujeres) que tienen colocada la colostomía, los cuales son pacientes que acuden al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y fueron seleccionados por disponibilidad de ellos.

Pacientes de ambos sexos (30 masculinos y 30 femeninos) con colostomía entre 30 y 60 años de edad que acuden a tratamiento en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es una muestra aleatoria, el cual llevará un proceso de aplicación de cuestionarios (depresión y autoestima) a los pacientes femeninos y masculinos para saber si la depresión y la autoestima están afectando su vida cotidiana al tener colocado el tratamiento con colostomía.

Los resultados que se obtendrán serán si la depresión y la autoestima afectan la vida cotidiana del paciente con colostomía, realizando comparaciones entre pacientes tanto masculinos como femeninos.

La conclusión de esta investigación nos proporcionará conocimiento acerca del nivel de la depresión como el nivel de la autoestima en los pacientes que tienen colocado el tratamiento con colostomía después de haber sido diagnosticados con una enfermedad crónico-degenerativa (neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos, cáncer colo-rectal, etc.).

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, el número de pacientes que participan fue relativamente pequeño, y puede no ser representativo, por lo que recomiendo para futuras investigaciones ampliar la muestra utilizada, además de utilizar un instrumento de calidad de vida para comparar si existe diferencia en estas variables, también puede hacerse un estudio en el que involucre a la familia y proporcionar apoyo psicológico al paciente, familiares, pareja y hasta de ser posible a los amigos.

En la epidemiología de enfermedades crónico-degenerativas (neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos, cáncer colo-rectal, etc.), encontramos que el cambio que ha ocurrido durante el siglo pasado y parte de este en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas (neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos, cáncer colo-rectal, etc.) han ido incrementando cada día, y esto refleja la variación que han sufrido las causas de muerte a lo largo del tiempo (Baker, 1986).

El cáncer colo-rectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos, y cada año se diagnostican más de 130,000 nuevos casos. Cada año fallecen alrededor de 800 personas por cáncer de colon y recto, la distribución por sexo es más o menos similar y la edad promedio al momento del diagnóstico es la sexta década de la vida (López, 1993).

Entre los factores involucrados en el desarrollo del cáncer colo-rectal destacan genéticos (neoplasias malignas) y ambientales (accidentes, mala práctica médica). Entre estos últimos se han mencionado a las dietas ricas en proteínas, lípidos y pobre en fibra vegetal. Como ejemplo se debe destacar la baja incidencia de cáncer de colon en países africanos en los cuales una parte importante de su dieta proviene de la fibra vegetal. Por otra parte, en los hijos de japoneses que han emigrado a Estados Unidos, se observa que el cáncer colo-rectal desplaza al cáncer gástrico. De este modo se estima que en países en vías de desarrollo, como el nuestro, los cambios dietéticos copiados de los países del hemisferio norte conducirán a una mayor incidencia del cáncer colo-rectal (López, 1993)

Entre los factores predisponentes del cáncer colo-rectal se encuentran las colitis crónicas (colitis ulcerosa y colitis de Crohn), la presencia de pólipos adenomatosos (adenoma tubular, adenoma vellosos) especialmente cuando son diagnosticados en personas menores de 40 años y la radioterapia pelviana (López, 1993).

Se ha detectado que en Valencia, las mujeres entre 35-44 años de edad, el cáncer de colon tiene una morbilidad del 3%, en hombres de entre 45-54 años de edad es del 2% con el mismo padecimiento; así mismo, en mujeres de 45-54 años es del 4% (López, 1993).

Dentro de la clasificación de enfermedades crónicas-degenerativas, de acuerdo a los problemas predominantes, tenemos a las enfermedades oncológicas, como enfermedades de mal pronóstico que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física.

En cuanto a las colostomías, las podemos clasificar como tratamientos que conllevan nociones de dolor o mutilación, y que además conllevan pérdida de la imagen corporal.

En lo que se refiere a la depresión, se han acumulado evidencias tanto epidemiológicas como de estudios familiares que sugieren que se están presentando cambios temporales importantes en las tasas de depresión mayor. Klerman y Weissman (1989) encontraron evidencias de un aumento en la tasa de depresión mayor en cohortes nacidas después de la Segunda Guerra Mundial, una disminución en la edad de inicio y un aumento en la tasa de depresión en todas las edades. Aunque se mantuvo el efecto por género, con un riesgo dos a tres veces más alto para las mujeres respecto a los hombres de todas las edades, se encontraron diferencias menos acentuadas entre hombres y mujeres debidas a un aumento mayor del riesgo a la depresión en hombres jóvenes respecto al de las mujeres jóvenes tratados con colostomía.

Las variaciones en las tasas a lo largo del tiempo pueden ser divididas por edad, periodo o efecto de cohorte. Los efectos por edad se refieren a etapas específicas de la vida durante las cuales las personas están en mayor riesgo de inicio de la enfermedad crónico-degenerativa, en pacientes tratados con colostomía. El riesgo de inicio de la esquizofrenia, por ejemplo, se incrementa abruptamente en la adolescencia tardía y en los primeros años de la edad adulta. Los efectos por periodo se refieren a variaciones en la tasa de la enfermedad asociadas con periodos específicos. La epidemia del SIDA en la década de 1980 es un ejemplo. Los efectos de cohorte usualmente se refieren a cambios en la tasa de la enfermedad, en grupos de personas nacidas en el mismo año o década. Estos temporales pueden presentarse de manera separada o interactuar entre sí. (Klerman y Weissman, 1989).

CAPITULO I

Antecedentes de colostomía

La cirugía en general se define como el arte de trabajar con las manos. El sufijo ostomía (colostomía) proviene de la palabra griega stomatos que quiere decir boca u orificio.

La derivación al exterior de la corriente intestinal es una técnica quirúrgica básica en el tracto digestivo. La construcción de un estoma (también llamado colostomía) intestinal probablemente fue una de las primeras intervenciones efectuadas sobre el intestino. Los primeros estomas (también llamado colostomía) consistieron en fístulas fecales por heridas de guerra, trauma, hernias encarceladas, atresia ano-rectal u obstrucción intestinal. La colostomía fue descrita por Praxágoras de Cos (384-322 a. C.) (Corman, 1998); Aristóteles (Corman, 1998) fue iniciador del tratamiento con colostomía para el alivio de la obstrucción o traumas intestinales. Practicaba fístulas entero cutáneas mediante punción percutánea, con el fin de formar una fístula intestinal, especialmente en el íleon.

Corman (1998) pudo comprobar que la supervivencia tras estas intervenciones era posible, y en especial las de colon, que no daban trastornos metabólicos graves.

Pracelso (1491-1541), se declaró convencido de estos años artificiales frente a cualquier otra técnica de manipulación de las asas intestinales lesionadas (Haeger, 1999) y (Lyons, 1980).

En 1710, Littré recomendó la práctica sistemática de cecostomía inguinal transperitoneal en todos los pacientes con ano imperforado (Littré, 1934), decía que debía ser necesario llevar el intestino a la superficie del cuerpo que nunca cerrará, pero funcionará como un ano.

La primera colostomía inguinal que se realizó del lado izquierdo del estomago, se atribuye a Duret en 1793, la importancia de colocar una sutura a través del meso colon para sostener el intestino y evitar que se retrajera, (Baker, 1986). La primera colostomía transversa documentada se acredita a Fine, quién la efectuó en 1797 en Génova. El descomprimió exitosamente una obstrucción por cáncer rectal, extrayendo un asa de intestino y suturado el mesenterio a la piel.

La colostomía transversa se indicó para tratar otros problemas, como la descompresión del intestino dilatado, derivación de la corriente fecal y desfuncionalización del colón distal.

Jean Zulema Amussat (1796-1855), en 1835, publicó una técnica experimental de anastomosis intestinal, la laparotomía era una cirugía muy temida por el alto índice de complicaciones, entre ellas la peritonitis.

Callasen (1839) publicó la forma de exteriorizar y abrirle el colon sigmoides en la región lumbar izquierda sin abordar la cavidad abdominal, evitando la contaminación transperitoneal por un estoma inguinal. (Baker, 1986)

Amussat (1835) reportó 29 pacientes con colostomía; todos ellos exteriorizados en la región lumbar izquierda, 21 por ano imperforado.

Van Erckelens (1879) recopiló la información de 262 pacientes con el tratamiento de colostomías que se habían realizado hasta ese momento; de ellas, 165 con la técnica de Amussat (1835), y 84 con el método de Littré (1834), de estas, el 40% habían muerto por sepsis, pero demostró que la peritonitis era secundaria a obstrucción prolongada, íleo intestinal, invasión bacteriana y caquexia, y no por la apertura de la cavidad peritoneal durante el acto quirúrgico. (Baker, 1986). La primera ileostomía acompañada de resección de colon derecho por cáncer fue realizada en 1879 por Baum en Alemania.

La ileostomía empezó a practicarse con más frecuencia debido a la falla de la cecostomía y apendicostomía, en pacientes con colitis ulcerosa.

En 1879 y 1880, Gussenbauer describe una operación de cáncer de recto construyendo una colostomía Terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal (Amussat, 1835), estas operaciones son las precursoras del procedimiento de Henri Hartmann descrito en 1923 (Goligher J. 1998). La técnica de colostomía con asa sostenida por un tubo fue introducida por Karen (1884) y más detalladamente en 1888 (Maydl, 1888). La innovación fue exteriorizar un asa sostenida en su mesenterio, inicialmente por una gasa con yodoformo, hule de la India o pluma de ganso, y posteriormente sustituida por un tubo de cristal o por un dilatador de Heder, con objeto de evitar la retracción del asa. (Baker, 1986)

En 1887, Allingham realizó seis colostomías inguinales y concluyó que los resultados de esta operación eran superiores a las lumbares. Kock en 1974, propuso en forma experimental la técnica que se basa en un reservorio hecho con un asa de íleon en forma de U, cuyo extremo distal se invagina parcialmente para formar una especie de válvula-pezón Winkler, (1987) y Kock, (1985).

La primera resección colónica por vía laparoscópica fue una hemoplectomía derecha realizada por Moisés Jacobs, en Miami, Florida, en junio de 1990 (Jacobs, 1991).

El 14 de noviembre de 1990, Joseph Uddo practicó un cierre de colostomía asistida por laparoscopia (Jager, 1996). La anastomosis fue construida con engrapadora circular.

Estos estomas (colostomías) se clasifican en temporales (se hacen generalmente para proteger un sitio distal en el intestino, infectado, traumatizado, obstruido o levemente cerrado. Habitualmente el sitio elegido es el segmento intestinal más distal que pueda alcanzar sin tensión. Estas ostomías pueden ser de tipo laterales o de tipo terminal), están indicados en enfermedades benignas colo-rectales de tipo inflamatorio, hemorrágico, isquémico traumático, perforación o por cuadros obstructivos.

Los estomas (colostomías) permanentes (se ejecuta generalmente por cáncer de recto. Aunque la resecciones anteriores bajas, con margen distal menos amplio, y la proctectomía con anastomosis colo-anal están disminuyendo, la necesidad de colostomía en el cáncer de los tercios medio y superior del recto, la mayor parte de los cánceres del tercio distal del recto, no pueden ser manejados por escisión transanal, y la escisión en bloque requiere la remoción del aparato esfinteriano. De allí la necesidad de un estoma permanente).

Generalmente están indicados en pacientes con patología maligna que involucra el colon o el recto, así como en enfermedades benignas, en las que no se contempla a futuro el cierre del estoma, como en proctitis post-radiación, fístula recto-vaginal, incontinencia anal, enfermedad diverticular del colon, trauma anal, fístula anal compleja, entre otras.

Además de las anteriores descritas, existen también otros tipos de colostomías que son:

-Colostomía procedente: es un estoma que sobresale uno o más centímetros respecto de la superficie de la piel; el segmento procedente a veces es lo suficientemente largo como para que se pueda evertir su pared para suturarla a los bordes cutáneos.

-Colostomía a ras de piel: se saca a la piel, se abre la luz colónica y los bordes se suturan al borde cutáneo para producir u estoma colónico plano a ras de piel.

-Colostomía de descarga: se hace para descomprimir rápidamente un colon distendido. Esta colostomía se suele construir en el segmento transversal o sigmoide y siempre se hace junto con una ileostomía de

asa proximal. Esta descomprime el colon inmediatamente, el estoma se cierra espontáneamente en 2 o 3 meses.

-Pre colostomía: es un procedimiento destinado a manejar heridas aisladas del colon exteriorizando el segmento colónico donde está la lesión.

-Cecostomía: operación limitada para hacer descompresión, en particular por gas en el colon.

-Colostomía extra peritoneal: la colostomía terminal, que suele estar en el abdomen izquierdo, se saca a la superficie por un corto túnel entre el peritoneo y la piel de la pared abdominal.

Técnicas de Colostomia

Las indicaciones de colostomia pueden categorizarse en cinco grupos:

-Obstrucción Colónica: por malformaciones congénitas como atresia anal, neoplasias intrínsecas y extrínsecas del colon, procesos inflamatorios como diverticulitis crónica, isquemia colónica con necrosis, lesión del colón por irradiación.

-Complicaciones de un proceso inflamatorio del colon: que conducen a perforación inminente de la pared colónica. Las complicaciones ocurren en la colitis ulcerosa aguda o crónica, en la enfermedad de crohn del colon, en la diverticulitis del colon y en la colitis isquémica avanzada con necrosis de la pared colónica.

-Heridas colónicas: son indicaciones para la colostomía. Las heridas colorrectales con daño mínimo de la pared colónica y contaminación mínima del peritoneo puede cerrarse en forma primaria, pero las que producen considerable destrucción de la pared colónica.

-Las operaciones: como la escisión del recto, pueden plantear la necesidad de una colostomía. También se requiere de colostomia para proteger una anastomosis colorrectal que tiene mucha probabilidad de filtración.

-Las indicaciones varias y no comunes de la colostomia: son vólvulo del sigmoide o ciego, hipomotilidad colónica severa y persistente, incontinencia anal debida a operaciones reiteradas por enfermedad perianal inflamatoria (Baker, 1986).

Dependiendo de la técnica utiliza para la realización de la colostomía, los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento, tanto la autoestima como la depresión se presentarán de diferente manera, y las manifestaciones conductuales serán diferentes en cada paciente.

Complicaciones de la colostomía

Las complicaciones más probables son:

-Retracción: el organo (intestino grueso) se hunde hacia la cavidad abdominal

-Necrosis del Estoma: falta de vascularidad (aporte sanguíneo) hacia la colostomía

-Prolapso de la Colostomía: desplazamiento del organo (intestino grueso) hacia el exterior

-Estenosis de la colostomía: disminución del diámetro del intestino

-Hernias Paraestomal: protrusión (debilidad) de la pared abdominal

-Prolapso del intestino delgado por la abertura: desplazamiento del intestino delgado hacia la abertura del intestino grueso

-Sangrado de la Colostomía: sangrado de los vasos del intestino grueso

-Abscesos: Infección e inflamación del órgano (intestino grueso) caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus

-Fístulas: fuga o escape de material intestinal (materia fecal)

Manejo de las Ostomías (También llamadas Colostomía)

Son procedimientos estándares en la práctica de la cirugía intestinal. En las décadas pasadas, el paciente que recibía una ostomía era abandonado a su propio albedrío para determinar cómo manejar mejor el estoma y se deprimía de sobremanera. En los últimos años se desarrolló un sistema de ayuda auspiciado por la Asociación de Ostomizados que facilitó la rehabilitación al permitir que un paciente sea testigo de que otra persona en igual situación pudo retornar a la independencia y al bienestar (Shackelford, y Zuidema 1993), y disminuir su depresión para que la autoestima aumentara.

La educación es la clave del éxito y un paciente informado se convierte en un aliado. El cirujano debe seleccionar al paciente apropiado y emplazar la ostomía en el sitio correcto, prestando atención a detalles de la técnica para alcanzar buenos resultados a

largo plazo. (Zuidema 1993); por lo que el paciente al tener una información adecuada acerca del procedimiento que se le va a realizar y estar de acuerdo en este, su depresión disminuirá y su autoestima se elevará para que el tratamiento con colostomía resulte eficaz para el paciente.

Cuidados en la sala de Operaciones y de la Ostomía (Colostomia)

Los principios básicos son: correcta elección del sitio, adecuada irrigación sanguínea y falta de tensión en el estoma. Un nuevo estoma debe tener aplicado sobre él un dispositivo temporario. Por uno o dos días después de la cirugía, se formará escasa o nula materia fecal, hasta que se resuelva el íleo, pero usualmente se juntará una pequeña cantidad de sangre y líquido seroso. (Brooke, 1952).

La bolsa postoperatoria debe ser de material transparente, de modo que se pueda monitorear el color del estoma. Durante los primeros días de postoperatorio el extremo del dispositivo deberá ser colocado lateralmente, de manera que quede pendiente mientras el paciente reposa. (Shackelford y Zuidema 1993).

Durante el período postoperatorio inmediato se inspecciona frecuentemente el estoma en cuanto a su color, estado de la línea de sutura cutáneo mucosa y drenaje. Un aparato transparente para ostomía, drenable, de dos piezas y con reborde flotante.

Bolsas

En el pasado, las bolsas reusables o semi-reusables eran el estándar. Actualmente, la mayoría de los pacientes reciben bolsas desechables, livianas y a prueba de olores.

Los factores a considerar cuando se selecciona un sistema de bolsas incluyen: tipo de ostomía (colostomía), naturaleza del efluente, ubicación del estoma, firmeza del abdomen, presencia de pliegues, cicatrices o arrugas y edad, capacidad funcional, destreza, visión y estilo de vida del paciente.

En el período postoperatorio inmediato debe usarse en forma permanente una bolsa. Posteriormente, algunos pacientes con colostomía optan por la irrigación para obtener evacuación intestinal predecible y regular. Si existe mínimo derrame de irrigaciones, solamente de ser necesaria una pequeña tapa de seguridad desechable. (Shackelford y Zuidema, 1993).

Los pacientes que no se hacen irrigación usan una bolsa drenable para ostomía. Como la materia fecal del hemicolon izquierdo generalmente está formada, usualmente no es necesaria una barrera cutánea.

Antes de retirar la bolsa, deben prepararse todos los elementos (bolsa desechable, agua, jabón, gasas) para el cambio, incluso barrera cutánea.

La bolsa se separa suavemente de la piel. La piel peristómicica y el estoma mismo pueden ser lavados con agua caliente y secados bien.

La bolsa debe ser vaciada cuando está llena hasta un tercio, para evitar romper el sellado. El vaciamiento de la bolsa es un procedimiento simple. (Shackelford y Zuidema, 1993).

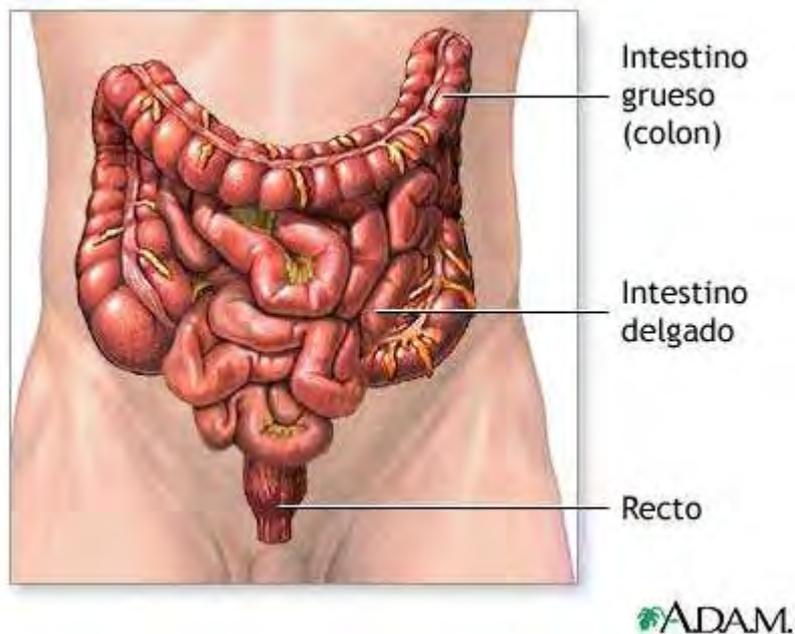
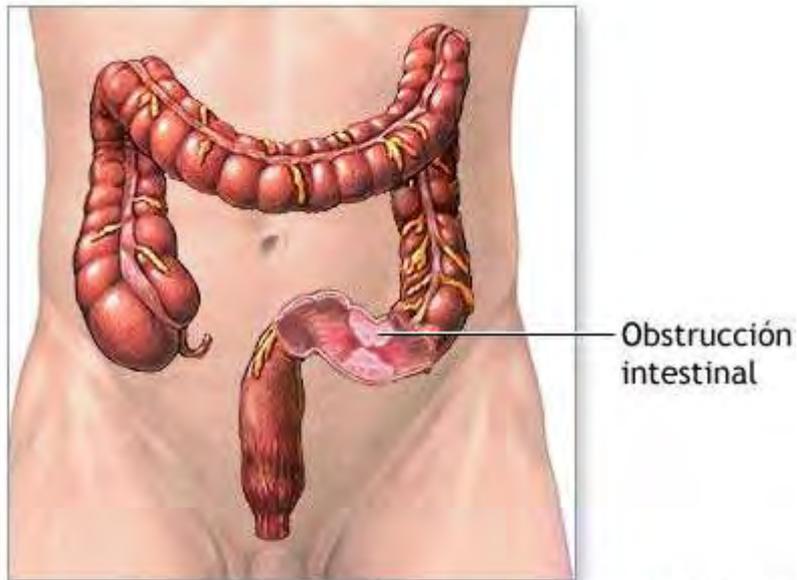


Fig. 1
En la figura número uno, nos muestra los diferentes tipos de intestino que contiene el cuerpo, así como la parte en que se encuentra el recto.



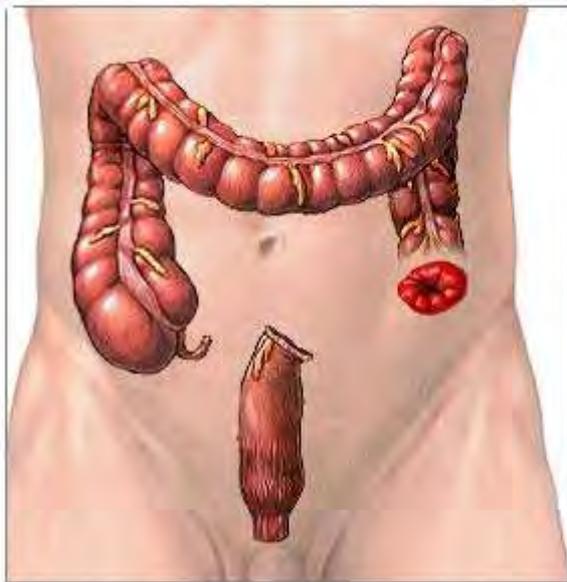
ADAM.

Fig. 2
En la figura dos, podemos observar la parte que se encuentra obstruida del intestino grueso (colon); que es la parte en que se va a realizar la colostomía.



ADAM.

Fig 3
En la figura tres observamos la extirpación del colon que ha sido afectado, para realizar la colostomía.



El tejido intestinal sano se sutura al abdomen (colostomía)

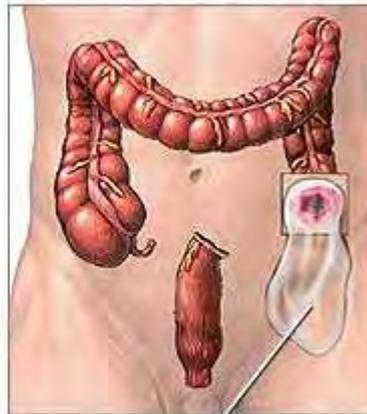
ADAM.

Fig. 4

En esta figura el tejido intestinal que no ha sido afectado por alguna enfermedad, se sutura al abdomen, para que quede fija y se pueda colocar la bolsa; este procedimiento ya lo podemos llamar colostomía.

Antes

Después



Bolsa para colostomía

ADAM.

En la figura antes, podemos observar como se encontraba el intestino grueso (colon) antes de ser extirpado, y en la figura después vemos ya realizada la colostomía y colocada la bolsa para que sean depositadas las eses fecales.

CAPITULO II

Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes. Koff, Rierdan y Stubbs (1990), en Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999) o en Rice (2000).

Sin embargo no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella.

Fisher (1990) indica que Bonnier en 1905 acuña el término de **"aschemata"** para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, para referirse a problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de **"autotopagnosia"**. Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una **"imagen espacial"** del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial.

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), recogen una serie de **definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como "satisfacción corporal", "exactitud de la percepción del tamaño", "satisfacción con la apariencia", etc, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.**

La imagen corporal se refiere a cómo se siente una persona con su aspecto físico. La imagen de un cuerpo perfecto es el componente principal del concepto del yo y de la autoestima del paciente. Gillies (1984) define la imagen corporal como el cuadro mental que cada uno tiene de su ser físico, junto con una fuerte capa de sentimientos acerca de esa estructura.

La reacción ante el estoma (colostomía) por parte del personal de salud, familiares y amigos, pueden facilitar o impedir la aceptación por parte del paciente de su cuerpo modificado.

La mayoría de las personas sanas no tienen conciencia de su imagen corporal. Las enfermedades y las lesiones estimulan la percepción consiente de la imagen corporal, aunque la alteración de cualquier estructura corporal tendrá su impacto sobre la imagen del cuerpo,

ciertas estructuras como la cara y los genitales son de tal importancia para el individuo, que su lesión es particularmente dañina para la imagen corporal y la autoestima. (Shackelford, Zuidema1993).

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, este incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.

- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

En consecuencia, la imagen corporal, de acuerdo a la conceptualización anterior, es de vital importancia para un paciente tratado con colostomía, ya que al tener colocada la bolsa en el lado izquierdo del abdomen, suelen interpretarlo como una mutilación hacia su cuerpo, tener colocada la bolsa les da la sensación de no poder defecar como cualquier persona y se sienten diferentes a los demás.

Algunos beneficios documentados y asociados con el asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadía más corta en el hospital.

Watson presenta un modelo para satisfacer las necesidades de pacientes de cirugía con ostomía; las necesidades del paciente pueden dividirse en tres categorías:

Información: el médico le debe informar al paciente durante el período preoperatorio los riesgos, beneficios, consecuencias y en que consistirá la cirugía.

Habilidad Técnica: se le informará al paciente de la técnica quirúrgica que se utilizará para realizar el procedimiento.

Apoyo Emocional: es un componente crítico de la atención del paciente para aliviar la preocupación acerca de su supervivencia, temor al dolor y una variedad de factores individuales. Los pacientes que tienen historia de problemas emocionales deben ser derivados para intervención psicológica.

Es necesario que el paciente aprenda la técnica para cuidar independientemente de su colostomía. Cuando ya se siente mejor el paciente comienza a participar en el cuidado de su colostomía, pero todavía requiere de apoyo emocional, debido a que la autoestima disminuye y la depresión aumenta. Empieza a observar su estoma y a integrar esa nueva parte de su cuerpo a una imagen corporal establecida. (Shackelford, Zuidema1993).

Dieta

La dieta para pacientes con colostomía es irrestricta, pero los alimentos tienen que ser bien masticados.

El paciente debe de estar alerta para reconocer alimentos que producen efectos indeseables o que producen mayor heces.

El mayor consumo de líquidos, fibras, frutas y vegetales ayuda a aliviar la posible constipación que pudiera ocurrir en el paciente colostomizado. (Baker, 1986).

Baño

Los pacientes colostomizados, pueden bañarse o ducharse tan frecuentemente como lo deseen. Esta permitido bañarse sin la bolsa o si prefieren hacerlo con ella, tendrán que tener cuidado y usar papel o cinta a prueba de agua para cubrir los bordes de la barrera cutánea. (Baker, 1986).

Deportes y Ejercicios

Estos no se ven limitados en sus actividades y ejercicios, al practicar ejercicios pueden utilizarse pequeñas bolsas por comodidad y apariencia, siendo así, evitar los deportes de contacto, ya que pueden traumatizar el estoma. (Baker, 1986).

Complicaciones de la Cirugía con la colostomía

Aunque se considera que la creación de una ostomía (colostomía) es un procedimiento relativamente menor, sus complicaciones son frecuentes por ejemplo (López 1993)

- Isquemia
- Constricción
- Infección
- Ulceras
- Seudopólipos
- Hemorragia
- Retracción
- Hernia
- Prolapso
- Obstrucción
- Aumento de deposiciones
- Traumatismos
- Perforación

Problemas de la Piel

La irritación y la inflamación de la piel ocurren en algunos pacientes cuando son alérgicos a una barrera cutánea, adhesivo, solvente o material de bolsa en particular de los que se utilizan sobre la piel como parte del sistema.

A pesar de que las heces del colon no son tan corrosivas como las del efluente de una ileostomía, una filtración de materia fecal atrapada bajo la placa de protección macerará e inflamará la piel. (López, 1993).

CAPITULO III

DEPRESION Y AUTOESTIMA SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser a) estado de ánimo depresivo o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento del apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaniaco

Trastornos bipolares:

F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II

F34.0 Trastorno ciclotímico

Criterios para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. Ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

- 3.** Más hablador de lo habitual o verborreico
- 4.** Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- 5.** Distractibilidad (p. Ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- 6.** Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
- 7.** implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. Ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (.Ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. Ej., un medicamento, terapéutica electro convulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. Ej., un medicamento, terapéutica electro convulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaníaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad

2. disminución de la necesidad de dormir (p. Ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

3. más hablador de lo habitual o verborreico

4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

5. distraibilidad (p. Ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora

7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. Ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. Ej., un medicamento, terapéutica electro convulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

CIE-10: F43.20, F43.22

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

Trastorno emocional depresión

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia.

Beck (1976) afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

El comportamiento es una relación entre el individuo su medio y, por tanto, los problemas psicológicos consisten en comportamientos inadecuados que la persona emite en un entorno determinado, los cuales impiden a la persona adaptarse a dicho entorno. Cuando nos referimos a un problema psicológico mediante una determinada etiqueta (ej. Depresión) lo que hacemos es agrupar bajo dicho nombre un conjunto de comportamientos problemáticos para facilitar la comunicación entre los profesionales. (Beck, 1976)

En psicología un diagnóstico no supone que la persona deba recibir un tratamiento determinado que será el mismo para todas las personas que presenten dicho trastorno. En el caso de depresión en pacientes que están tratados con colostomía, lo importante es identificar la forma en que ese paciente en concreto se está relacionando con el entorno en que se presente el problema, y el

tratamiento será muy diferente si el paciente ha sido sometido a tratamiento con colostomía a consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas (cáncer colo-rectal, neoplasias malignas, diarreas, enteritis, hepatopatías crónicas, accidentes adversos) (Beck, 1976)

Fisiopatología de depresión

Se han identificado muchas alteraciones neuroquímicas y estructurales en los ejes hipotálamo-hipófiso-suprarrenal e hipotálamo-hipófiso-tiroideo, así como en la hormona del crecimiento (GH) y en componentes específicos de estos sistemas. Estos sistemas neuroendocrinos están controlados en parte por la noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina, la dopamina y el ácido amino-butírico (GABA), en pacientes con depresión se han identificado diversos trastornos de la secreción y función de los transmisores, los cuales son factores que pueden ser genéticos para tener una neoplasia (Musselman et al, 1998; Nemeroff et al, 1998).

Sintomatología de depresión

Durante los episodios de depresión, el sujeto sufre de un descenso de su estado de ánimo, una disminución de su vitalidad y de su nivel de actividad. La capacidad de disfrutar de las cosas, así como el interés y la concentración disminuyen agregándose habitualmente cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo. Lo usual es que ocurran trastornos en el sueño y el apetito. La confianza y la autoestima casi siempre disminuyen; incluso en las formas menos graves hay con frecuencia ideas de inutilidad, el futuro se ve sombrío y son frecuentes los pensamientos y actos suicidas. El descenso del estado de ánimo es constante día tras día, no respondiendo a cambios favorables en las circunstancias ambientales. En ocasiones se presentan variaciones circadianas características con empeoramiento por las mañanas, en algunos casos, la ansiedad, malestar y agitación motora pueden predominar sobre el resto de la sintomatología depresiva. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

Es frecuente que la aflicción, el aislamiento y el estado de ánimo depresivo estén enmascarados por situaciones que parecieran no estar relacionadas con la depresión:

- cambios y alteraciones en la conducta: crisis matrimoniales y de valores, abuso de alcohol y drogas, baja en el rendimiento laboral y/o escolar

- síntomas de angustia: vértigo, ansiedad constante, alteraciones vegetativas (taquicardia, sudoración), temblor e inquietud motores.

-síntomas mentales: ideas obsesivas, ideas paranoides, celos, fobias e ideas hipocondríacas

-molestias somáticas: cefaleas, lumbalgias, mialgias, colitis y mareos (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. El paciente (que se le practico la colostomía) puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes como expresiones patológicas por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico o piensan que están pasando por una mala época (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

Muchos pacientes deprimidos se encuentra tristes (llorosos) y desmoralizados y en ocasiones dicen sentirse por los suelos o no sentir interés por las actividades cotidianas. Al principio el paciente puede negar sentirse triste, pero puede detectarse un sentimiento de tristeza a partir del lenguaje corporal o las expresiones faciales. Algunos pacientes deprimidos no parecen estar tristes, pero se encuentran irritables, ansiosos o abúlicos. (Zuidema, 1993).

Los síntomas que indican con gran probabilidad la presencia de depresión son las alteraciones de sueño, fatiga, quejas de tipo músculo esquelético no específica, dolor de espalda, tensión motora y sensación de ahogo. Los pacientes que presentan quejas múltiples, vagas o exageradas tienen una posibilidad alta de padecer depresión (Gerber, 1992). Los síntomas depresivos aparecen en el transcurso de días y semanas; algunos pacientes pueden experimentar una fase prodrómica antes de que aparezcan todos los síntomas. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

Co-morbilidad Médica General de Depresión

Ruiz et al en 2000 encontraron que en México la prevalencia de la depresión asociada con co-morbilidad médica con enfermedades crónico-degenerativas en pacientes del hospital general fue del 30%. Otros autores como Rodin y Craven en 1991 señalaron la presencia de síntomas depresivos asociados con enfermedad médica crónica tiene un fuerte impacto en la calidad de vida y el funcionamiento social e incrementa la utilización de los servicios de salud. Este impacto negativo debilita el apego al tratamiento, genera mayores gastos para la institución médica, el paciente y su familia, Lipowski (1974), señaló que los pacientes de hospital general con depresión permanecen más tiempo en el hospital y utilizan con más frecuencia pruebas de diagnóstico médico.

Avery (1976), demostró aumento en la mortalidad en pacientes oncológicos y con infarto al miocardio en pacientes deprimidos y, por el contrario, una sobrevivencia más larga aún cuando los padecimientos cardiovasculares y oncológicos sean severos en pacientes sin depresión. También se ha demostrado que cuando se da tratamiento antidepresivo, en general se disminuye la mortalidad de pacientes con comorbilidad médica. En pacientes sujetos a cirugía de trasplante se encontró que el tratamiento de la depresión mejoraba la calidad de vida, en cambio la presencia de enfermedad depresiva y la falta de tratamiento antidepresivo tenían efectos negativos en la evolución y apego al tratamiento.

Fava (1992), Rodin y Craven (1991), Ananth (1992) han señalado que los tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión mejoran no sólo los síntomas del humor sino que alivian los de otras enfermedades médicas.

Paykel (1988), Schleifer (1989), y Grandi (1990), señalaron que el pronóstico de los síntomas de carácter médico depende del tratamiento de la depresión no tanto de la enfermedad médica.

Depresión Etiología

Del 30-54% de los pacientes con dolor crónico tienen también depresión mayor. Numerosos estudios han reportado una asociación entre dolor y depresión. Las explicaciones comunes para esta comorbilidad incluyen dos posibilidades: el dolor crónico es la expresión somática de una depresión no detectada, o bien la depresión es una consecuencia del dolor crónico.

El dolor ha sido fuertemente ligado a la predicción de síntomas de malestar psicológico, más que a las características específicas del dolor como la intensidad y la persistencia, originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando el paciente está deprimido tiene ese desequilibrio, y que cuando toma la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y su estado de ánimo cambia.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro, también se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe, debido a la inactividad, el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

En diferentes estudios se ha encontrado que la utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina y serotonina, especialmente la venlafaxina, ha

resultado muy efectiva. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

Opciones de tratamiento para la depresión

Existen tratamientos consisten en una programación de actividades que comienzan a dar al paciente los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

Otro tratamiento es detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar. (Shackelford y Zuidema, 1993).

En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos. (Shackelford y Zuidema, 1993).

Entre las técnicas existe la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en

observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc.

La intervención irá completada de técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos. (Gacía Higuera)

El tratamiento de los pacientes deprimidos incluye el manejo farmacológico, brindar información al paciente y a su familia, el manejo psicoterapéutico la derivación a los servicios especializados de salud mental cuando esté indicado. El tratamiento consta de varias fases:

-fase aguda: durante la cual se induce la remisión, se enfoca al alivio rápido de los síntomas y a la restauración de un buen nivel de funcionalidad del paciente.

-fase de continuación: en la que se trata de mantener la remisión, se inicia cuando los síntomas han sido controlados; en este lapso el tratamiento debe continuar para evitar cualquier recaída.

-fase de mantenimiento: en la cual se protege al paciente susceptible de la recidiva de futuros episodios depresivos, El tratamiento tiene la finalidad de prevenir nuevos episodios depresivos; la duración de la fase de mantenimiento puede ser un año o por toda la vida dependiendo de las condiciones de la enfermedad depresiva en cada paciente.

Los psiquiatras disponen de numerosos medicamentos antidepresores, diversos recursos psicoterapéuticos como (TEC) terapia electroconvulsiva o terapia electroshock (tratamiento para pacientes en fase aguda de depresión que no responden a tratamientos farmacológicos; consiste en la inducción de convulsiones mediante la electricidad), Whelan (1997), luminoterapia (es un tratamiento a través de unos aplicadores lumínicos con diodos tipo láser (GaAs) rojo e infrarrojos con una aplitud de onda de 744nm con un efecto regenerador de tejidos, que ocasiona una reacción fotoquímica en las células y provoca una estimulación del sistema inmunológico del riesgo sanguíneo-linfático, y de los procesos metabólicos en las células), que pueden utilizarse solos o en combinación. (Whelan, 1997)

En todos los casos en que sospeche la simultaneidad de una enfermedad somática y un trastorno depresivo es necesario tratar ambas condiciones.

Algunos principios generales en el tratamiento de la depresión son:

-Informar al paciente sobre el carácter de enfermedad de la depresión y de eficacia del tratamiento farmacológico antidepresivo

-Considerar que dos terceras partes de los pacientes responderán a un primer medicamento antidepresivo. Entre 10 y 30% fallarán en responder al tratamiento y de la población que lo haga aproximadamente del 50-70% lo hará parcialmente.

-Al plantear el tratamiento antidepresivo, informar sobre la demora en la acción del medicamento (2-3 semanas) y de los efectos secundarios posibles

-Mantener el antidepresivo al menos 8 semanas a dosis adecuadas, antes de considerar que no es efectivo.

-Si no hay respuesta al tratamiento antidepresivo, cambiar a otro de distinto perfil farmacológico y mantener de nuevo el tiempo adecuado

-Si hay respuesta, mantener la misma dosis durante 6 a 12 meses, al tener un tercer episodio recurrente o más, considerar el tratamiento en forma indefinida. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

El paciente y su familia deben ser informados de que las molestias los síntomas que presenta el paciente constituyen una enfermedad. Las personas que no han sufrido depresión tienen una dificultad natural para aceptarla y entenderla, la ausencia de signos físicos los análisis y pruebas de laboratorio y gabinete normales y/o negativos, llevan a consideraciones erróneas en las que tanto el paciente como sus familiares están convencidos de que estos no están enfermos o que tienen más bien problemas de índole moral. La intervención certera y oportuna del médico refuerza el apego al tratamiento.

Algunos pacientes que continúan con síntomas depresivos o que sufren efectos colaterales serios con los medicamentos utilizados o que reciben opiniones diferentes sobre éstos, se encuentran poco motivados e inseguros para mantener el tratamiento. El médico debe reforzar el apoyo psicológico que genera y ampliar la información con un marco ético riguroso. Otros pacientes que también requieren información consejo, tienden a restarle valor a los beneficios del tratamiento y manifiestan temor de convertirse en farmacodependientes. (George D. Zuidema, 1993)

En cada visita se debe de precisar el nombre del medicamento, su presentación y cuándo y con qué frecuencia se debe tomar. La evolución natural de la depresión hacia la cronicidad y recaídas debe informarse. El paciente debe estar preparado para buscar la ayuda médica y el tratamiento adecuado, ante la presencia de signos que

puedan ser el inicio de un nuevo episodio. (Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, 4° Consenso)

Establecimiento de la Alianza Terapéutica en la depresión

La alianza terapéutica permite que el paciente pueda aclarar sus dudas, reticencias y desconfianza y aceptar las indicaciones médicas. Frank (1995) ha demostrado que el apego al tratamiento es muy alto, cuando el médico ha logrado establecer una alianza de colaboración sólida, la cual ayudará en el paciente tratado con colostomía para que su depresión disminuya y su autoestima permanezca en buen estado o alta.

A pesar del desgano, la baja de energía y el desinterés generalizado que presentan los pacientes deprimidos, se requiere su participación activa y el seguimiento preciso de las indicaciones médicas. (George D. Zuidema, 1993).

Autoestima

Toda persona tiene en su interior sentimientos, que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, éstos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona o sea en la Autoestima (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Ésta se aprende, cambia y se puede mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando se empieza a formar un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo (Branden, 1989).

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

En Psicología, la **autoestima** es la percepción emocional que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo. La percepción emocional puede fácilmente llegar a sobrepasar en sus causas a la racionalización y la lógica del individuo. Por ello, tener una buena autoestima implica ser conscientes de

nuestras virtudes y nuestros defectos (autoconcepto) así como de lo que los demás dicen pensar de nosotros (heteroconcepto) y sentir hacia nosotros (heteroestima), aceptando todo ello en su justa medida, sin amplificarlo ni reducirlo, y sabiendo y afirmando que en cualquier caso siempre somos valiosos y dignos. Implica, por lo tanto, respetarnos a nosotros mismos, y también ayudar a los demás a hacerlo. La autoestima es el requisito indispensable para unas relaciones interpersonales sanas. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

La autoestima comprende dos elementos psíquicos

1. La consciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, de cuáles son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser. Este grado de consciencia es el autoconcepto.

2. El segundo componente es un sentimiento: El aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

La autoestima es una necesidad psicológica básica que se ha de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con la personalidad, ayuda a seguir adelante con planes y proyectos, hace crecer la imagen interna, da fuerza, mantiene la motivación ante fracasos y fallos, ayuda a fijar metas y aspiraciones posteriores.

La salud psíquica depende en gran medida de la autoestima, regulador interno que mantiene el tono de la conducta ante la incertidumbre de los retos nuevos, el riesgo del desánimo y los desgarros que se han de afrontar en la convivencia. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

La autoestima es una obligación radical, básica, igual que respirar, alimentarse bien y dormir suficiente. Es el deber que se tiene de conocerse, aceptarse y quererse tal cual es.

El ser humano es el único animal con consciencia de sí, conoce aspectos de sí mismo: aptitudes, cualidades, intereses; valora positiva o negativamente tales rasgos; reconoce su competencia para resolver problemas; asume la responsabilidad de su propio desarrollo personal; se acepta, respeta y se quiere; reconoce su condición social y el valor de la convivencia. (Sánchez, 2003).

La adquisición de la consciencia de sí es una actividad agradable que atañe a elementos corporales, psicológicos y sociales, es orientativa,

es estar disconforme con ciertos rasgos, carencias y limitaciones; esto allienta el desarrollo posterior, para superar tales características, además, indica en qué circunstancias y áreas puede ser útil a las demás personas. (Cuello, 1972)

Concepto propio

La idea que se tiene acerca de quiénes son o cuál va a ser su identidad, se fabrica mediante la conducta que desarrolla.

Cualquier comportamiento, hasta el más trivial, induce a efectuar una valoración subjetiva, la hacen los protagonistas. Esta valoración puede hacer conscientemente o **"soto voce", con sordina y casi sin darse cuenta**. Sobre ella, va a incidir la valoración que también hacen los demás, que han sido observadores o receptores de los efectos y consecuencias de la acción. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

Así pues, acumulamos dos tipos de valoración: la propia y la ajena, ambas son subjetivas y, por tanto, relativas; pero las dos son necesarias e importantes. La valoración ajena es tan subjetiva como la que podemos hacer nosotros (as) mismos (as) sobre la acción de la que somos protagonistas.

Muchas veces, los observadores son jueces más benévolos que nosotros y, en otros momentos, sus juicios están sesgados y son deformes. Hemos de tener cuidado y no dar por buena cualquier valoración ajena; pero, en cualquier caso, muchas valoraciones sirven para contrastar las propias y algunas son aceptables.

¿Y la crítica?, ¿Qué podemos hacer con las críticas, algunas de ellas sumamente destructoras?

Hemos de contar siempre y de antemano con la crítica.

En nuestro marco cultural, reina una idea básica sobre el ser humano negativa, que nos predispone a percibir los defectos antes y mejor que los valores.

Por lo anterior, los pacientes tratados con colostomía, se ven de manera diferente ante los demás, ya no son las mismas personas, así pues, el concepto que tienen de ellos mismos cambia y sobre todo de cómo los ven los demás.

Amor propio

El amor propio es un sentimiento legítimo que nos motiva a fijarnos objetivos y metas. Así como a procurar ser eficaces en la resolución de nuestros problemas y a establecer alianzas y vínculos sociales sanos.

Es el significado más directo de la palabra auto (sí mismo-a) estima (amor, aprecio). Quererse a sí mismo, ni es egoísmo, ni es enfermizo; es un sentimiento fundamental.

Para poder amar a otros, necesitamos amarnos a nosotros mismos, sentir aprecio y aún orgullo por ser como somos y contener los valores, cualidades y capacidades que hemos desarrollado. (Matud, 2002)

Cuando una persona se ama a sí misma, se hace amar por las demás **personas, porque le "luce" usar sus cualidades**, hace gala de sus aptitudes, disfruta de ello, se emplea afondo y obtiene éxito. Quienes observan tal comportamiento experimentan simpatía, les agrada observar o beneficiarse de tanto empeño y quedan dispuestos a otorgar sus reconocimientos y aplauso. (Asociación argentina de prevención de la violencia familiar, 1998).

Con amor propio podemos acrecentar nuestras habilidades, disfrutando del proceso, sin la desesperación de ir el último, ni la angustia de ser el segundo o el miedo a perder el primer puesto. Podemos ir todos juntos, cada uno, a su ritmo y compás, sin echar zancadillas ni alentar el rencor.

El amor propio es garantía de: (Sánchez, 2003)

- Un cuidado personal sano.
- Diversión apasionante.
- Desarrollo personal armónico.
- Nuevas experiencias interesantes y curiosas.
- Relaciones alegres, útiles

Baja Autoestima

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo

en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. (Branden, 1989)

Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicósomáticos.

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran. (Branden, 1989)

Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Algunos de los aspectos ya mencionados son incorporados, a la familia, por medio del "modelo" que la sociedad nos presenta, y éste es asimilado por todos los grupos sociales. Pero, la personalidad de cada uno, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente. (Branden, 1989)

La autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.

Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacado el paciente, herido; echa la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.

Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse. (Branden, 1989)

Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión de la persona que lo solicita.

Perfeccionismo, auto exigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo. (Branden, 1989)

Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supe crítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma. (Branden, 1989)

La autoestima, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

Buena o Alta Autoestima

No se habla de una alta autoestima, sino del narcisismo o de una buena autoestima. El narcisismo es el amor excesivo hacia uno mismo o de algo hecho por uno mismo, por eso se dice que una persona es narcisista, cuando está enamorado de sí mismo, es decir de lo que piensa, de lo que hace, de cómo es, de cómo se viste, etc., pero no del propio ser, sino de la imagen del yo. (Cuello, 1972)

En relación al narcisismo hay que tener en cuenta dos elementos, uno la imagen, que es como se ve exteriormente la persona y la otra es el amor, que es el amor excesivo de la persona, hacia sí mismo. La representación del narcisismo en el niño son simplemente las palabras e imágenes que les transmitieron sus padres, por eso se dice que los padres tienden a atribuirle al niño todas las afecciones y se niegan o se olvidan todos sus supuestos defectos.

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir". (Buela, 1997)

La autoestima puede ser alta o baja, o como comúnmente se conoce como alta o baja; esta dependerá de diversos factores para poderla desarrollar. Algunos de estos factores pueden ser: padres, esposa (o), hijos, amigos, cultura, sociedad, el medio en el que se desenvuelven, etc.

La autoestima depende de la racionalidad, honestidad e integridad que son procesos volitivos (Branden, 1989).

La edad adulta suele ser la más larga de las fases en que suele dividirse la vida humana, su inicio se marca al cumplirse los dieciocho años de edad, se va prolongando hasta pasados los setenta años.

Es con frecuencia observar que personas adultas, que con el paso del tiempo, experimentan cambios, y estos pueden ser superficiales o profundos (Rey, 1981).

El hombre va evolucionando desde el nacimiento, hacia el ocaso de su vida, siendo cada vez más cercana la vejez, perdiendo paulatinamente capacidades como cognición, motricidad, etc., y es la etapa en que las personas presentan mayor vulnerabilidad a las enfermedades de manera ineludible.

Algunas enfermedades atacan con mayor frecuencia o se presentan de manera genética como es el cáncer de colon, anomalías ano-rectales, traumatismos intestinales, crioterapia de hemorroides, etc.

La enfermedad crónica-degenerativa, es aquella que se desarrolla lentamente y sin ser detectada, dura gran parte de la vida y en algunas ocasiones, o mejor dicho, rara vez tiene cura; estas enfermedades pueden ser controladas, pero una de las que ha proliferado en nuestra sociedad es el cáncer de recto, es esta, en donde el paciente no podrá realizar el proceso de desecho de materia fecal, tendrá obstrucción intestinal, por lo que se le tendrá que intervenir quirúrgicamente y colocarse la colostomía.

El paciente es el ser querido que se encuentre sufriendo la enfermedad crónico-degenerativa, así como la colocación de la colostomía, este es quien sufre de deterioro físico y psicológico, y también es quien sufre de depresión y autoestima baja.

El impacto emocional de una colostomía puede ser devastador, inclusive un postoperatorio sin complicaciones. El paciente se enfrenta con un profundo cambio en su cuerpo y las sensaciones de depresión y autoestima resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada impacta sobre su capacidad de entablar relaciones interpersonales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la colostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con colostomía que un paciente con cáncer rectal recientemente

diagnosticado, que debe recibir de inmediato una colostomía inesperada. El temor a la recidiva y la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras que el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud después de la cirugía. Que la colostomía sea temporaria o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente. El concepto de colostomía temporaria es más fácil de aceptar que la permanente.

Sin embargo, si en un individuo que centra como componente crítico de aceptación la naturaleza temporaria de la colostomía, esta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar emocionalmente invalidante.

La adaptación a una colostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal perfecta, sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio, el paciente experimentará primero un período de shock o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución del problema resultan difíciles y, de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información e instrucción clara y simple, que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su colostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoestima y depresión.

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes resuelven la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro de una manera optimista y adaptada.

Por lo anterior, esta investigación estará basada en la depresión que consiste en un estado de ánimo en que viven parcial o totalmente los dolorosos sentimientos de la depresión (Cuelli y Reid, 1975); y la autoestima que es el concepto que cada uno tiene de sí mismo, el cual el paciente y la entidad que consciente o inconscientemente piensan que son, como rasgos físicos y psicológicos, cualidades y defectos que presenta un paciente con una enfermedad crónica degenerativa, como es en este caso la colostomía causada por cáncer de recto.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

1.-Pregunta de investigación

¿Qué nivel de depresión y autoestima tienen los pacientes tratados con colostomía?

2.-OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de depresión y autoestima que tienen los pacientes tratados con colostomía

3.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Determinar el nivel de depresión que tiene el paciente tratado con colostomía

-Determinar el nivel de autoestima que tiene el paciente tratado con colostomía

4.-HIPOTESIS

TRABAJO: Los pacientes tratados con colostomía tienen niveles altos de depresión y niveles bajos de autoestima

NULA: Los pacientes tratados con colostomía no tienen niveles altos de depresión y no tienen niveles altos de autoestima

ALTERNA: Los pacientes tratados con colostomía tienen depresión alta y baja autoestima

-Autoestima: es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. (Avery, 1976)

Operacionalización

Se utilizó como instrumento para medir la autoestima, el Inventario (cuestionario) de Autoestima de Coopersmith para Adultos, esta prueba consiste en 25 ítems con respuestas dicotómicas. Tiene 8 reactivos los cuales son: 1,4,5,8,9,14,19 y 20, dando valor de 2 a las respuestas afirmativas (si) u 1 a las negativas (no); y tiene 17 reactivos inversos, en los cuales 2 corresponden a no y 1 a si, los cuales son: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25; la

calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos calificados (Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) en población mexicana. Eysenck, H.J. y Eysenck, S.(1975) Manual o/ the Eysenck Personality Questiollnaire. Londres), este inventario es el siguiente:

a)Significación: el grado en que se sienten amados y aceptados por las personas que le son importantes (preguntas 3,5,8,9,12,14,16,18,20,21,22,25)

b)Competencia: el grado en que se sienten capaces de desempeñar tareas (preguntas 2,4,7,10,11,13,17,23)

c)Virtud: la capacidad de alcanzar valores morales y éticos (ítems 15,24)

d)Poder: habilidad de ejercer influencia en la propia vida y en la de los demás, teniendo, en la medida de lo posible, control de lo que ocurre en el medio ambiente y en el propio medio interno (ítems 1,6,19)

-Depresión: es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.

Operacionalización

Para medir la depresión, se utilizó la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fué probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde et al, 1970) y ha tenido una amplia difusión

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde et al 1970 proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión < 35 (< 28 puntos)
Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)
Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)
Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

4.-VARIABLES

-Variable Independiente

Colostomía: procedimiento quirúrgico en que se saca un extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal, y las heces fecales que se movilizan por este, se vacían en una bolsa adherida al abdomen.

Operacionalización

-Variable Dependiente

Los resultados de autoestima (cuestionario de Coopersmith para adultos) y depresión (Cuestionario de Zung) Medidas través de un instrumento

6.-DISEÑO

Esta investigación es un estudio de campo, de tipo exploratorio, descriptivo y aleatorio, con una muestra de pacientes seleccionados con procedimiento de colostomía en el Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el Distrito Federal.

7.-POBLACION

Para llevar a cabo el presente estudio se utilizó una población de 800 pacientes, de los cuales se seleccionaron a 60 sujetos (30 hombres y 30 mujeres) que están tratados con colostomía, los cuales son pacientes que acuden al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),

8.-MUESTRA

Pacientes de ambos sexos (30 masculinos y 30 femeninos) con tratamiento de colostomía de entre 30 y 60 años de edad que acuden al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; es una muestra aleatoria, seleccionados por disponibilidad de ellos.

9.-PROCEDIMIENTO

Como primer paso se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en forma individual a los 60 pacientes. Finalizada la fase de aplicación se procedió al análisis de los datos; utilizando estadística descriptiva para determinar el nivel de depresión y autoestima en pacientes tratados con colostomía.

10.-INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se aplicaran son los siguientes:

a) Cuestionario de datos personales

Se utilizó para recabar información general de los pacientes, como son: edad, género y estado civil (anexo A)

b) Cuestionario de autoestima

Se evaluó a través del inventario de Coopersmith para adultos (SEI). Este está conformado por 25 preguntas con respuestas dicotómicas, las cuales a cada respuesta se le asignaran diferentes valores, dependiendo del número de reactivo.

A los reactivos directos se les dará un puntaje de:
SI=1 y NO=0

Preguntas 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20

A los reactivos inversos se les dará un puntaje de:
SI=0 y NO=1

Preguntas
2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25

La calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos, calificados de la forma antes descrita (anexo B) que se cuantificará con mayor a 10= autoestima alta y menor a 10= autoestima baja.

c) Cuestionario de depresión

Esta variable fue evaluada a través del inventario de depresión Zung, esta prueba consta de 20 ítems, y se dividen en 4 factores. Sin depresión, leve depresión, moderada depresión grave depresión (anexo C)

C) Lo anterior corresponde al siguiente puntaje

Sin depresión	<35 puntos
Leve depresión	36-51 puntos
Moderada depresión	52-67 puntos
Grave depresión	mayor a 68 puntos

11.-Análisis Estadístico

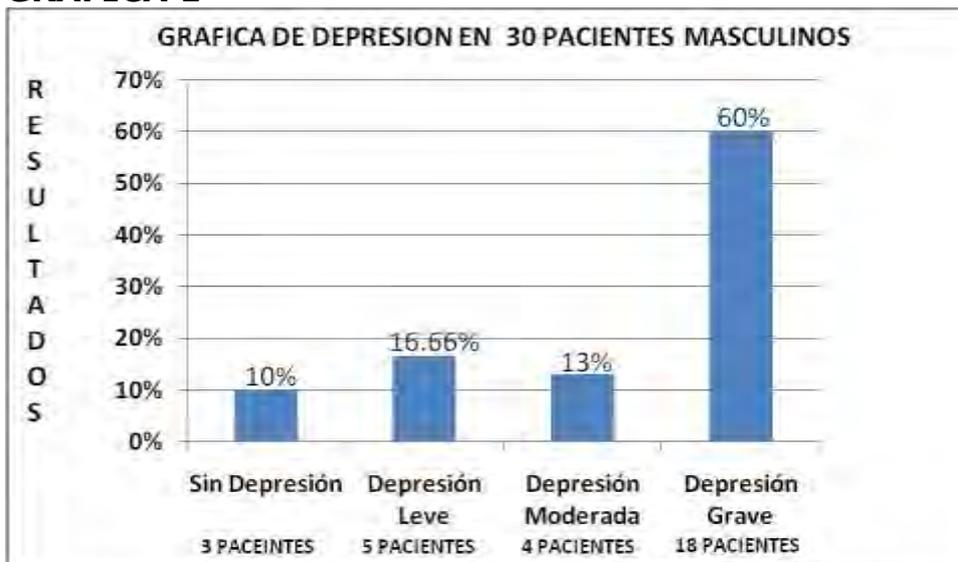
Se realizó un análisis descriptivo de los datos para presentar las frecuencias y porcentajes de los datos demográficos, así como los resultados de los cuestionarios aplicados.

CAPITULO V

Resultados de Depresión en Pacientes Tratados con Colostomía

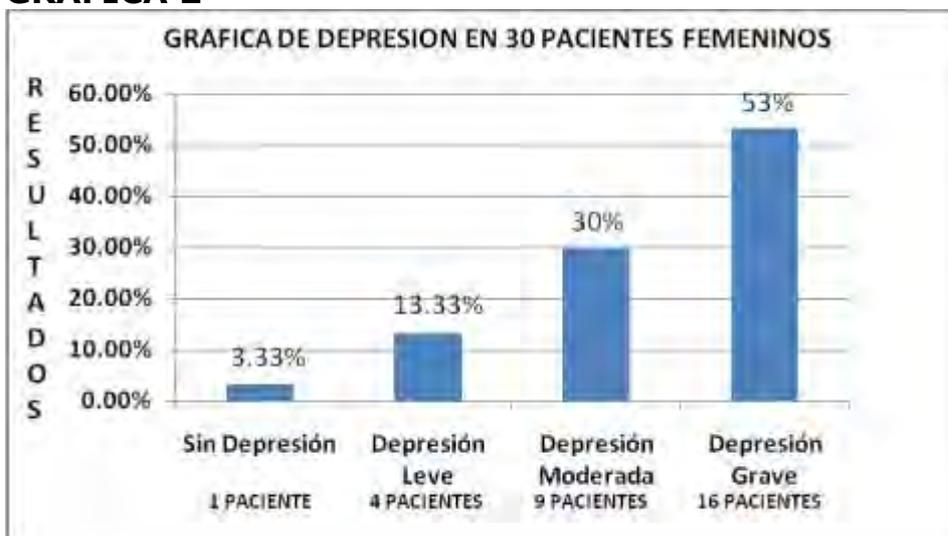
En la aplicación de la prueba de depresión correspondiente a 30 pacientes del sexo masculino, encontramos que el 10% de los pacientes no presenta depresión, el 16% presentan depresión leve, el 13% presenta depresión moderada, y el 60% de los pacientes tienen depresión grave.

GRAFICA 1



En cuanto a la prueba de depresión correspondiente a 30 pacientes del sexo femenino, encontramos que se presenta que no tienen depresión el 3.33%, el 13% tienen depresión leve, 30% con depresión moderada y una depresión grave en el 53%,

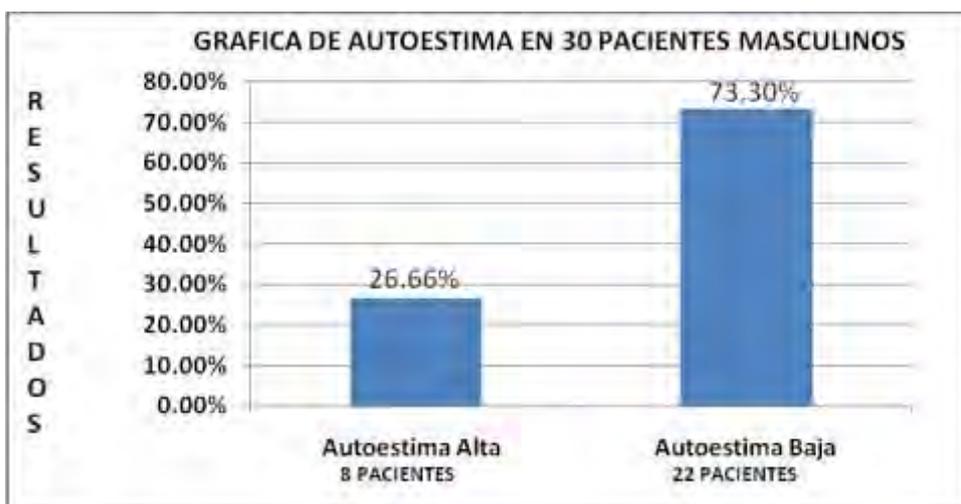
GRAFICA 2



Resultados de Autoestima en Pacientes Tratados con Colostomía

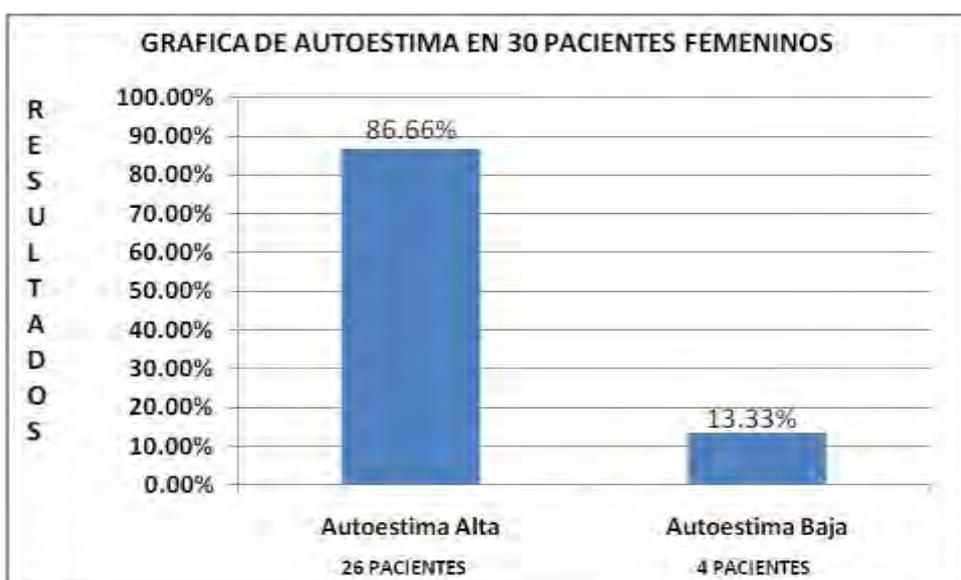
El resultado obtenido en el cuestionamiento de autoestima a 30 pacientes masculinos, se obtuvo que el 73.30% tiene autoestima baja, y el 26.66% tienen una autoestima alta.

GRAFICA 1



El resultado obtenido en el cuestionamiento de autoestima a 30 pacientes del sexo femenino encontramos que el 13.33% tienen autoestima baja y 86.66% tienen una autoestima alta.

GRAFICA 2



CAPITULO VI

DISCUSION

La edad adulta resulta ser la más larga de todas las fases en que suele dividirse la vida humana. Es en el transcurso de este periodo en el que el ser humano se vuelve más vulnerable a presentar enfermedades acompañado de disminución de autoestima y un incremento de depresión (Lian Estralgo, 1978)

Por eso cuando el ser humano presenta una enfermedad crónico-degenerativa, en este caso pacientes tratados con colostomía, se ve acompañado de diferentes sentimientos los cuales pueden afectar la autoestima. Nuestro nivel de autoestima puede ser alto o bajo, y consecuentemente cada uno incidirá en nuestra calidad de vida. A falta de una base de autoestima solida, nos costara asumir riesgos y tomar las decisiones necesarias que nos permitirá vivir una vida productiva y gratificante teniendo colocada la colostomía. Un bajo nivel de autoestima afectará adversamente a nuestras relaciones familiares, amistosas y de pareja, nuestro desempeño personal y profesional y lo más importante nuestra sensación interna de bienestar. (Branden, 1989).

La autoestima alta puede aportar un conjunto de efectos beneficiosos para los pacientes tratados con colostomía y su calidad de vida, se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida (Lloyd, Miller, 1997).

De la misma manera el paciente con enfermedad crónico-degenerativa, puede presentar una depresión la cual es considerada en los últimos años como un problema más frecuente en el campo de la salud mental. Así entonces es difícil imaginar que exista ser humano que no haya surgido en síntoma de la depresión, ya que generalmente dicho sentimiento se manifiesta de diversas formas, por ejemplo, tristeza, felicidad o pesimismo y en algunos casos como sensación de soledad (Calderon, 1984). También se ve afectada la totalidad del paciente, es decir, el pensamiento, el estado de ánimo, el cuerpo, la mente, los sentimientos, el comportamiento, la forma en que comen y duermen, lo que piensan de sí mismos, y su vida en general. (Avalon, 2000)

Nos percatamos en el presente trabajo, que los pacientes masculinos tienen depresión grave en un mayor porcentaje que las mujeres, esto debido a que en todas las sociedades se estructuran y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual de los individuos que la conforman, la cual determina también el destino de las personas, atribuyéndoles ciertas características y significados a las acciones que

unas y otros deberán desempeñar, o se espera que desempeñen, y que se han construido socialmente (INMUJERES, 2004).

Los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, rol reproductivo (INMUJERES, 2004).

El hombre es la cabeza familiar y es quien delega responsabilidades en el entorno familiar; no siendo así, las mujeres, que son las que llevan el mayor peso de crianza y de los hijos, siendo así de igual manera, los hombres al tener colocada la colostomía, tienen una autoestima baja y las mujeres una autoestima más alta después de ser colostomizadas, que los hombres, debido a que las mujeres son las que llevan la responsabilidad de los hijos, el manejo doméstico y la responsabilidad de hacer crecer a la familia.

La mujer representa un papel fundamental en la integración familiar, formación y socialización de los hijos, por lo que, al ser responsable de la reproducción, los programas se orientan al cuidado, nutrición y desarrollo de los hijos, de equidad, donde se reconoce la participación de la mujer en el desarrollo y la importancia de su independencia económica, de superación de la pobreza, que considera a la discriminación sexual en el campo laboral como el origen de la pobreza de las mujeres, por lo que se trata de generar mayores opciones de empleo y de ingresos para ellas, de eficiencia, orientada a incrementar la productividad y eficacia de la participación de la mujer en el desarrollo.

La familia mexicana no es un espacio homogéneo, pues presenta algunos cambios según las regiones, espacios culturales rurales y urbanos, grupos étnicos y sector social de pertenencia. Se han incrementado los hogares monoparentales y los de jefatura solamente femenina.

La masculinidad y la feminidad determinan el comportamiento de las funciones, las oportunidades, la valoración y las relaciones entre mujeres y hombres. Es decir, el género responde a construcciones socioculturales susceptibles de modificarse dado que han sido aprendidas (INMUJERES, 2004). En consecuencia, el sexo es biológico y el género se elabora socialmente, de manera que ser biológicamente diferente no implica ser socialmente desigual.

CONCLUSION

Los pacientes tratados con colostomía, trae consecuencias negativas para estos, especialmente de depresión y autoestima. De ahí, que se observó el nivel de depresión y autoestima en pacientes masculinos y femeninos adultos tratados con colostomía.

La realización de una colostomía implica para el paciente, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino.

Cuando a un paciente se le practica una colostomía, sufre una serie de alteraciones biológicas, psicológicas (depresión y autoestima) y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno. Al cambiarle la ubicación del ano, el paciente tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar a la percepción que tiene de su propia imagen, pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida laboral y social.

Por lo que podemos inferir que el proceso de realizar una colostomía a un paciente, va a afectarlo, tanto en la autoestima como en depresión, ya que no todas las personas van a reaccionar de igual manera, aunque se le realice el mismo procedimiento a distintos pacientes, y a diferentes sexos; nos hemos dado cuenta que desde el momento en que a un paciente se le determina que se le tiene que realizar un procedimiento como es la colostomía, el estado de ánimo cambia, el paciente se empieza a formular infinidad de preguntas, de las cuales algunas de ellas son: ¿cómo es?, ¿qué procedimiento es?, ¿cómo voy a quedar?, ¿qué va a pasar?, etc., y de ahí, empieza el sufrir del paciente como de la familia y de las personas que lo rodean, ya que el estado físico va a cambiar, la imagen corporal ya no es la misma, la manera en que lo van a mirar va a ser diferente, ya no van a poder realizar las mismas actividades que podían realizar con anterioridad con la misma facilidad, su actividad física cambia; aunado a lo anterior, su autoestima baja y conllevará a una depresión ya sea leve o hasta en cierto grado, dependiendo del paciente, llegará a ser grave, de acuerdo a como le afecto el tratamiento de colostomía a cada paciente.

En esta investigación, pudimos observar que a los pacientes de sexo masculino, les afecta tanto en la depresión como en la autoestima en mayor porcentaje que a los pacientes de sexo femenino, ya que basados en los datos recabados, la afección que tienen los pacientes femeninos con un tratamiento psicológico podrán sobreponerse al tratamiento con colostomía tanto en autoestima y en depresión, no siendo así, en el paciente masculino.

Teniendo el paciente diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, una intervención psicológica adecuada desde que ingresa este a un Centro Hospitalario, tener tratamiento en las diferentes fases o procedimientos por lo que el paciente tiene que pasar para someterse al tratamiento con colostomía, y posterior a este procedimiento, así también a sus familiares, amigos, personas que los rodean, personas del ámbito profesional, para que no sufran de discriminación alguna y el paciente no tenga o caiga en depresión grave y su autoestima permanezca alta. (Cima, 2010)

Ser una persona ostomizada no tiene por qué entrañar limitaciones ni el vestir ni en la manera de vivir. El hombre y la mujer en esta situación pueden lucir todo tipo de prendas y sólo deben tener presentes dos observaciones. Los hombres, que el pantalón, la cintura y el cinturón no opriman el estoma y que queden un poco por encima de éste. Y las mujeres, igual, tanto si llevan falda como pantalones, que ni estas prendas ni la ropa interior aprieten el estoma.

Además, en la actualidad se ha diseñado ropa interior que se adapta perfectamente a la presencia del estoma. Incluso hay fajas especialmente diseñadas con una abertura para el estoma, que se encuentra en la parte no elástica, y que sirven para hacer prevención y tratamiento de las posibles hernias que hayan aparecido en la zona del vientre y del estoma. (Cima, 2010)

Y si el ir a la moda es posible, también lo tiene que ser recuperar la vida social. No obstante, no todas las personas ostomizadas están preparadas para ello ni es tan fácil para ellas. Por ejemplo, quienes se han sometido a una colostomía pueden producir gran cantidad de gases, por lo que evitan acudir a lugares como el cine u otras actividades.

Las asociaciones de afectados ayudan a la persona ostomizada a superar el malestar psicológico que entraña la ostomía **“Se produce un cambio en la imagen corporal, acostumbrados como estamos a hacer nuestras necesidades fisiológicas como todo el mundo y, en este sentido, una ostomía, por la razón que sea, sobre todo de salud, supone un cambio muy importante”**. (Cima, 2010)

La persona ostomizada debe superar el malestar psicológico que entraña la ostomía y adaptarse a la nueva situación lleva su tiempo, que no está influido por el hecho de ser hombre, mujer, joven o **mayor, sino que depende de cada persona. Pero con el tiempo, “la mayoría se adapta”, afirma Ruiz. Y para aquellos a los que les resulta más difícil, cada vez existe un mayor número de asociaciones dispuestas a prestarles su apoyo.**

Todos los centros hospitalarios de nuestro país, ya sean públicos o privados, deberían de contar con programas psicológicos, como son, terapia de grupo, terapia individual, etc., para que los pacientes al ingresar a un hospital, su autoestima permanezca alta y se sobrepongan a cualquier procedimiento médico que se le realice

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, el número de pacientes que participan fue relativamente pequeño, y puede no ser representativo, por lo que recomiendo para futuras investigaciones ampliar la muestra utilizada, además de utilizar un instrumento de calidad de vida para comparar si existe diferencia en estas variable, también puede hacerse un estudio en el que involucre a la familia y proporcionar apoyo psicológico al paciente, familiares, pareja y hasta de ser posible a los amigo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ananth, J. Psychopharmacological agents in psycal disorders. *Psychoter Psychosom.* 1992, 58:13-31

Amussat JZ Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine. Paris: Germen-Bailliére, 1839 (traducido al inglés en *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 483-487)

Aranda, M., Castaneda, I., Lee, P. y Sobel, E. Stres, social support, and doping as predictors of depressive symptoms: gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*, 25 (1), 2001:37-48.

Asociación argentina de prevención de la violencia familiar (1998). "manual de capacitación y recursos para la prevención de la violencia familiar" con el apoyo de la secretaría de desarrollo social, programa de fortalecimiento de la sociedad civil y proyecto de padres y madres cuidadoras. Autoestima y Comunicación.

Avery, D., Winokur, G. Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy an antidepressants. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1029-37

Beck, A.T. Cognitive Therapy and the emotional disorders. International Universities Press. New York. 1976

Baker, El Dominio de la Cirugía. (tomo II), Editorial Panamericana; 1986

Beeber, L. Testing an explanatory model of the development of depressive symptoms in young women during a life transition. *Journal of American College Health*, 47 (5), 1999: 227-234.

Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. *Psicología Preventiva*. Madrid: Pirámide. 1997

Branden, Nathaniel. Como mejorar su autoestima, tercera edición, México editorial Paidós. 1989

Brook, B. N.: The management of ileostomy. *Lancet* 2: 1952

Centro de Psicología Clínica, José Antonio González Higuera. Madrid, España

CIE-10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades Psicológicas, S.L.

Calderón, N: G. Depresión, causas, manifestaciones y tratamientos. Ed. Trillas. México 1984

Cima RR, Pemberton JH. Ileostomy, colostomy, and pouches. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. ***Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease***. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010: chap 113.

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 185-206.

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 281-303.

Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-76.

Corman ML. Colon & rectal surgery. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven 1998; 1265-1348

Cuello, J, Reid. Teorías de la personalidad, editorial Trillas México 1972

Díaz, M. A. y Jiménez, R. E. Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. ***Salud Mental***. 22 (Número especial), 1999:154-158.

DSM-IV, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Editorial Masson, 2002

Fava, G.A. Depression in medical settings. In: Paykel, E.S., editor. Handbook of Affective disorders, 2nd. Ed. Edinburgh: Churchill Livingston. 1992:667-85

Fisher, S. The evolution of Psychological Concepts About de Body. En T.F., Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change, New York, The Guilford Press, 1990

Frank, E. Kupfer, D.J., Siegel, L.R.: Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care. Compr Psychiatry 1995;56 (suppl 1):11-17

George D. Zuidema Cirugía del aparato digestivo, vol. IV, tercera edición, México, editorial Médica panamericana 1993

Gillies, D.: Body image changes following illness and injury. J. Enterost. Ther., 1984

Goligher, J, Duthie H, Nixon H. Cirugía del ano, recto y colon. Absceso anorrectal. Barcelona: Masson, 1998; 159-168

Gracia, M., Marcó, M. Fernandez, M.J. y Juan, J. Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adultos. 1999

Grandi, S., Fava, G.A., Cunsolo, A., Saviotti, F.M., Ranieri, M., Trombini, G., Gozzetti, G. Rating depression and anxiety after colostomy observer versus self rating scales. Int J Psychiatry Med 1990;20(2):163-171

Grace, C. Desarrollo psicológico, México 1994

Haeger K. historia de la cirugía. Corporativo Intermédica, 1999

INMUJERES (2004), El ABC de género en la administración pública, Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México.

Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) en población mexicana. Eysenck, H.J. y Eysenck, S. (1975) Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. Londres

Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 144-150

Jager Mr, Wexner DS. Laparoscopic colorectal surgery. New York, NY: Churchill Livingstone, 1996; 21

Kobasa, Fajio VW, Chanceo f cure are not compromised with sphincter saving procedures for cancer of the coger third of the rectum. Surgery 1997; 122: 779-785

Kock NG, Myrvold HE, Phillipson BM, et al. Continent cecostomy: An account of 30 patients. Dis Colon Rectum 1985; 28: 705.

Kock NG, Geroulantos S, Hahnloser P et al. continent colostomy: an experimental study in dogs. Dis colon rectum 1974; 17:727

Koff, E., Riedan, J. y Stubbs, M. L. Gender, Body image, and Self-Concept Early Adolescence. Journal of Early adolescence, n. 10: 1990

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Increasing rates of depression. Jama 1989

Lian Estralgo. Fondo europeo de desarrollo personal. 1993.

Lloyd, C, y Miller, Pmcc. Relaciones entre el estilo parental y depresión y la autoestima en la adultez. *Journal of nervous and mental disease* 185 (1) 1997:655-663

Litré A. Quoted in Inc. T. The origins and evolution of colostomy. *Br J Surg* 1934; 22: 142-154.

Lyons SA, Petrucelli RJ. Historia de la medicina. Barcelona, España: Ediciones Doyma, 1980

Lipowski, Z.J. Consultation liaison psychiatry: an overview. *Am, J. Psychiatry* 1974; jun 131 (6): 623-630

López, F. Cáncer colorrectal: estudio de sobrevida y resultados del tratamiento quirúrgico, *Rev. Med. Chile* 1993; 121:1142-1148

Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, actualización de la guía práctica, 2007, 4to. Consenso. UNAM

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, **25**(2), 32-37.

Maydl K. Zur technik del kolostomie. *Centralblatt. Chirg* 1888; 15: 433-440

Miltoon Terris (2000), *Your new life with Dialysis, A patient guide for phisicalan psychological adjustment oberl.* Mansprinsfiel, USA

Musselman, D.L., DeBatista, C., Nathan, K.L., Kitts, C:D., Schatzberg, A.F., Nemeroff, C.B. Biology of mood disorders. In: Schatzberg, A:F., Nemeroff, C:B., eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1998

Papalia, Diane (2000), *Psicología del Desarrollo Humano*. Ed. Mc Graw Hill. México

Paykel, E.S., Hollyman, J.A., Freeling, P., Sedgwick, P. Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo-controlled trial. *J. affect Disord* 1988; 14(81):83-95

Pruzinsky, T. y Cash, T.F. Integrative themes in Body Image. En T.F. Cash y T. Pruzinsky, *Body Image. Development, Deviance and Change*. N. York, The Guilford Press 1990

Rey Calero, J.; Piedrota Gil, G.; Domínguez Carmona, M.: Medicina preventiva y Salud Pública. 91 edición. Masson Salvat, 1981

Ricen F.P. Adolescencia, Desarrollo, Relaciones y Cultura. Madrid, Prentice Hall. 2002

Rodin, G. Craven, J. Littlefield, c. Depression in the medically ill. New York: brunner-manzel, 1991

Ruíz, L.G., tratamiento de la depresión en los pacientes de un hospital general. Actualidades médico quirúrgicas. Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2000, 292-308

Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Psicología Social*, **18** (1), 17-33.

Secretaría de Salud (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. Secretaría de Salud. Revisado el 20 de junio de 2004. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf

Shackelford, Zuidema. (1993). Cirugía del Aparato Digestivo. (3ª. Ed). Editorial Médica Panamericana; 209-507

Schleifer, S.J., Keller, S.E., Bond, R.N., Cohen, J., Stein, M. Major depressive disorder and immunity. Role of age, sex, severity, and hospitalization. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(1)81-87

Thoits, P. (1995) Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? Journal of health and social behavior. (Extra Issue): 53-79

Thompson, P.M. Generalized anxiety disorder treatment algorithm. Psychiatr Ann 1990

Thompson, J.K. Heinberg, L.J. Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. Exacting Beauty, Theory, Assessment, and treatment of Body Image Disturbance. Washington, D.C., American Psychological Association.

Winkler, G. Remarques sur la morphologie et l'innervation du muscle releveur de l'anús. Arch. Anat. Histol. Embryo. (Strab) 1987

Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

Imágenes: A.D.A.M., Inc. cuenta con acreditación de URAC, conocida también como Comisión Norteamericana de Certificación de la Atención Médica (American Accreditation HealthCare Comisión, www.urac.org). El programa de acreditación de URAC es una auditoría independiente para verificar que A.D.A.M. cumple con estándares rigurosos de calidad y responsabilidad. A.D.A.M. figura entre los primeros en obtener esta importante distinción por los servicios e información de salud a través de Internet. Averigüe más sobre la política de privacidad, el proceso editorial y la política editorial de A.D.A.M. Asimismo, A.D.A.M. es miembro fundador de Hi-Ethics y se adhiere a los principios de Health on the Net Foundation

ANEXO A

Nombre del paciente _____

Edad _____

Género _____

Estado Civil _____

ANEXO B

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA (INVENTARIO DE COOPERSMITH VERSION PARA ADULTOS)

Instrucciones:

Conteste el siguiente cuestionario marcando con una **X** la respuesta que mejor describa como se siente frecuentemente; solo debe marcar una respuesta y sin dejar pregunta alguna sin contestar. Las respuestas que usted proporcione, serán completa y totalmente confidenciales.

1.-Generalmente los problemas me afectan poco	SI	NO
2.-Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3.-Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
4.-Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5.-Soy persona simpática	SI	NO
6.-En mi casa me enoja fácilmente	SI	NO
7.-Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8.-Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
9.-Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
10.-Me doy por vencido (a) muy fácilmente	SI	NO
11.-Mi familia espera demasiado de mi	SI	NO
12.-Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
13.-Mi vida es complicada	SI	NO
14.-Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
15.-Tengo mala opinión de mis misma (a)	SI	NO
16.-Muchas veces me gustaría irme de mi casa	SI	NO
17.-Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	SI	NO
18.-Soy menos guapo (bonita) que la mayoría de la gente	SI	NO
19.-Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	SI	NO
20.-Mi familia me comprende	SI	NO
21.-Los demás son mejores aceptados que yo	SI	NO
22.-Siento que mi familia me presiona	SI	NO
23.-Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
24.-Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
25.-Se puede confiar muy poco en mí	SI	NO

INVENTARIO (CUESTIONARIO) DE ZUNG PARA DEPRESION

APENDICE C

Instrucciones:

Favor de contestar las preguntas que a continuación se presentan, lo más real posible, marcando con una X la respuesta que considere la adecuada

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continúa-Mente
1,-Me siento abatido y melancólico				
2,-En la mañana me siento mejor				
3,-Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4,-Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5,-Como igual como antes solía hacerlo				
6,-Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7,-Noto que estoy perdiendo peso				
8,-Tengo molestias de constipación, estreñimiento				
9,-El corazón me late más rápido que de costumbre				
10,-Me canso sin hacer nada				
11,-Tengo la mente tan clara como antes				
12,-Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13,-Me siento intranquilo y no me puedo manener quieto				
14,-Tengo esperanza en el futuro				
15,-Estoy más irritable de lo usual				
16,-Me resulta fácil tomar decisiones				
17,-Siento que soy útil y necesario				
18,-Mi vida tiene bastante interés				
19,-Creo que le haría un favor a los demás muriéndome				
20,-Todavía disfruto de las mismas cosas				

TOTAL