



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”  
HOSPITAL GENERAL  
“DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”

# T E S I S

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, AUTOESTIMA BAJA Y SEXUALIDAD DEFICIENTE EN PACIENTES ADULTOS CON TRAQUEOSTOMÍA DE LA CLINICA DE TRAQUEA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA”

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA

P R E S E N T A:

**DRA. MARÍA DEL ROSARIO FLORES SOTO.**

ASESOR:

**DRA. MARÍA DOLORES OCHOA VAZQUEZ**



CIUDAD DE MEXICO, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

---

**DRA. MARIA TERESA RAMOS CERVANTES**

**Jefe de la División de Educación e Investigación en Salud**

**UMAE H.G “DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”**

---

**DRA. MARIA DOLORES OCHOA VAZQUEZ**

**Profesor Titular del curso de Posgrado de Neumología**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

---

**DRA. MARIA DEL ROSARIO FLORES SOTO**

**Médico Residente de Neumología**

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de Tesis realizado, es un esfuerzo en el cual participaron distintas personas, corrigiéndome, opinando, dándome ánimo. Con estas líneas quiero expresarles mi más profundo y sincero agradecimiento en especial a la Dra. María Dolores Ochoa Vázquez, directora de esta investigación, por su orientación, seguimiento y supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación, el apoyo que me ha brindado a lo largo de estos años y la confianza depositada en mí y así poder hacer del servicio de neumología del centro Médico Nacional la Raza una extensión de mi hogar donde sin duda he crecido como profesional. Quiero hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros residentes del servicio de Neumología quienes más allá de ser compañeros les considero amigos quienes de alguna u otra manera han sido partícipes de este trabajo. Finalmente agradezco de manera muy especial a mis padres, quienes han sido los principales iniciadores de mis sueños en todo momento, quienes me han brindado su apoyo incondicional, siendo mi sustento y mi compañía en todo momento. A todos ellos, muchas gracias.

## ÍNDICE

1. Índice .....	3
2. Resumen .....	4
3. Introducción .....	6
4. Material y Métodos .....	15
5. Resultados.....	17
6. Discusión .....	27
7. Conclusiones .....	31
8. Bibliografía y anexos .....	32

## **RESUMEN.**

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se efectuó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. En el cual se incluyeron 30 pacientes, con traqueostomía de más de 3 meses tras la realización de la misma de entre 18 y 60 años de edad los cuales acudieron a consulta de seguimiento durante los meses de junio y julio de 2017 y que además no presentaran comorbilidades asociadas a quienes se solicitó el autollenado de tres cuestionarios; Rosenberg para valorar el grado de autoestima, Inventario de Beck el cual evalúa la presencia y grado de depresión y ASEX utilizado para determinar la funcionalidad sexual. Los 3 cuestionarios validados a nivel internacional y en población latinoamericana con consistencia interna entre 0.76 y 0.87 la fiabilidad en de 0.80. Además se buscó correlación entre el grado de depresión, autoestima y función sexual con el tiempo tras la realización de la traqueostomía y el tipo de cánula.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Estadística descriptiva, r Spearman SPSS 23.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de 34 años con tiempo promedio con traqueostomía de 3.7 años. El tipo de cánula más utilizada fue Montgomery en 36.6 % de los pacientes. Se encontró depresión leve en 15 pacientes (50%), depresión moderada en 1 paciente (3.3%). Autoestima baja en (6.7%). Y función sexual baja en (16.7%). No encontramos asociación entre el tipo de cánula utilizado actualmente ni el tiempo de evolución tras la realización de la traqueostomía con la presencia de depresión, autoestima baja y sexualidad deficiente.

**CONCLUSIONES:** Es frecuente encontrar pacientes traqueostomizados deprimidos de manera constante pese a la adaptabilidad a la forma de vida que conlleva vivir con traqueostomía. Recomendamos evaluar de forma sistemática a todos los pacientes con traqueostomía sin olvidar el aspecto psicológico de los mismos.

**PALABRAS CLAVES:** traqueostomía, autoestima, depresión, sexualidad.

## **SUMMARY.**

"Frequency of depression, low self-esteem and poor sexuality in adult patients with tracheostomy of the trachea clinic of the national medical center race"

**MATERIAL AND METHODS:** An observational, prospective, transversal, descriptive and open study was performed. In which 30 patients were included, with tracheostomy of more than 3 months after performing the same between 18 and 60 years of age who went to follow-up consultation during the months of June and July of 2017 and who also did not present Comorbidities associated with those who requested the autolamination of three questionnaires; Rosemberg to assess the degree of self-esteem, Beck Inventory which assesses the presence and degree of depression and ASEX used to determine sexual functionality. The 3 questionnaires validated at an international level and in Latin American population with internal consistency between 0.76 and 0.87, reliability at 0.80. In addition, the correlation between the degree of depression, self-esteem and sexual function over time after the completion of the tracheostomy and the type of cannula was sought.

**STATISTICAL ANALYSIS:** Descriptive statistics, Spearman SPSS 23.

**RESULTS:** The mean age was 34 years with mean time with tracheostomy of 3.7 years. The most commonly used cannula type was Montgomery in 36.6% of patients. Mild depression was found in 15 patients (50%), moderate depression in 1 patient (3.3%). Low self-esteem in (6.7%). And sexual function low in (16.7%). There is no association between the type of cannula currently used nor the time of evolution after performing the tracheostomy with the presence of depression, low self-esteem and poor sexuality.

**CONCLUSIONS:** Tracheostomized patients are frequently found to be depressed, despite the adaptability to the way of life associated with tracheostomy. We recommend systematically evaluating all patients with tracheostomy without forgetting the psychological aspect of the tracheostomy.

**KEY WORDS:** tracheostomy, self-esteem, depression, sexuality

## INTRODUCCIÓN.

La traqueostomía hace parte de las ostomías realizadas al sistema respiratorio y se refiere al acto quirúrgico en el que se realiza la apertura de la tráquea para el manejo de la vía aérea. Este procedimiento se considera como un tratamiento importante en el manejo de algunos pacientes con EPOC, neumonía, enfermedades neuromusculares como Miastenia gravis, Poliomieltis, Síndrome de Guillan Barré y aquellas en las cuales se presenta alteración del estado de conciencia, disminución del reflejo de la tos y depresión del centro respiratorio como en el trauma craneoencefálico (TCE).(1)

También está indicada en pacientes que presentan una obstrucción mecánica de la vía aérea superior provocada por cuerpos extraños, edemas laríngeos y tumores, y como medida de protección del árbol traqueobronquial en pacientes con riesgo de broncoaspiración como por ejemplo pacientes con ECV (Enfermedad Cerebrovascular), convulsiones y problemas en la deglución. (2)

También es considerada una alternativa en aquellos pacientes que cursan con estenosis traqueal por diversas causas. (3)

Este procedimiento quirúrgico se realiza a nivel mundial, y su prevalencia reportada oscila entre 10-20%, aunque en algunos subgrupos de pacientes como aquellos que presentan traumas oscila entre 24-48%. (4) A nivel nacional, después de hacer una búsqueda en las diferentes bases de datos, no se encontraron reportados datos estadísticos sobre su incidencia,

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



## REPERCUSIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO.

La traqueostomía es una condición para los pacientes que conlleva una serie de efectos tanto a nivel físico, como emocional y social, los cuales se derivan de los cambios que este procedimiento le genera al paciente y que repercuten sobre la calidad de vida del individuo, a continuación, se amplían cada una de ellas (5):

### Repercusiones físicas

En cuanto a los efectos a nivel físico cabe resaltar que no se produce el habitual filtrado, humidificación y calentamiento del aire cuando pasa por las vías aéreas superiores, lo cual provoca resequedad del árbol bronquial, de forma adicional hay una disminución en el mecanismo de aclaramiento mucociliar, incremento en la producción de moco y a su vez una disminución en el reflejo tusígeno generando en algunos casos aspiraciones de secreción y saliva a los pulmones. Suelen producirse problemas en la deglución, en especial en pacientes que presentan fístula traqueoesofágica ya que no pueden deglutir, existe una disminución en el sentido del olfato y del gusto y por último una dificultad en la función fonatoria debido a que el aire no pasa por las cuerdas vocales haciendo que exista afonía.(6)

### Repercusiones psicológicas

En relación con los efectos psicológicos cabe mencionar la disminución en la autoestima como consecuencia del cambio en la imagen corporal debido a la presencia del estoma, pues la persona experimenta un cambio negativo en cómo percibe su propia imagen y cómo es percibida por las personas que se encuentran a su alrededor, lo que genera una constante falta de seguridad en sí misma (7).

### Repercusiones emocionales

Dentro de los principales efectos a nivel emocional se presentan estados de ánimo que van desde la ansiedad por no poder hablar, por su imagen y sobre todo por no saber cómo adaptarse a su situación de salud, hasta el temor por no conocer muchas cosas de su nuevo estado y a ser rechazados por su familia y sus amigos (8).

### Repercusiones sociales

Las personas con traqueostomía experimentan temor de ser rechazados por lo cual se cohiben de establecer y/o mantener relaciones interpersonales, se aíslan de su medio y de las personas que los rodean como consecuencia generalmente de su dificultad para comunicarse y expresar pensamientos y sentimientos. Se olvidan que

tienen derecho al respeto, y a vivir en comunidad sin importar su nueva condición de vida (8).

#### LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA.

Según la OMS la calidad de vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses; está determinada por cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, espiritual y social, siendo de gran importancia para el ser humano ya que permite que el individuo pueda desarrollar las actividades de la vida diaria, sin ninguna limitación (física, psicología, mental y social); y así mismo permite que cumpla los objetivos y expectativas que tiene en la vida.(8)

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar (8). Según Patrick y Erickson es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Este aspecto es entonces un indicador de salud, porque permite detectar alteraciones en las condiciones de bienestar físico y social del individuo e intervenir precozmente en ellas, además de comparar las distintas opciones terapéuticas y centrarse de una manera importante en la persona y no en la enfermedad. Además, porque aporta un resultado que incorpora la percepción del paciente y mide el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento (9).

Los pacientes con traqueostomía presentan varios cambios en su vida (físicos, psicológicos, emocionales, sociales) que afectan la calidad de la misma, entre los cuales el cambio de imagen es uno de los aspectos que más impacto y repercusiones genera en estas personas, por no sentirse a gusto con su nueva imagen, lo que genera una reducción en la autoestima. Adicionalmente el no poder comunicarse adecuadamente incide psicológica y emocionalmente en sus relaciones familiares y sociales, generando un alto nivel de ansiedad y temor al de ser rechazados por la sociedad. Por tal motivo estos efectos deben ser mejorados con una adecuada información de su enfermedad y los cuidados imprescindibles para tener una mejor calidad de vida. (10,11)

#### AUTOESTIMA Y ESCALA DE ROSEMBERG.

La autoestima es uno de los conceptos objeto de mayor estudio e investigación en ciencias sociales y del comportamiento. La definición para autoestima ha cambiado poco desde los primeros usos en el siglo XIX; no obstante, a la connotación global inicial se sumaron aspectos relacionados con el autorrespeto y la autoaceptación (Tafarodi & Milne, 2002). Tradicionalmente, se concibe la autoestima como una experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía. Entonces, con independencia de una validación externa o social, se entiende que la persona se considera con una alta autoestima si hace una alta valoración de sí misma (Donnellan, Trzesniewski, & Robins, 2011). En consecuencia, se han diseñado y utilizado varios instrumentos para la cuantificación de autoestima en diferentes contextos (Chiu, 1988). Desde la presentación de la primera versión en 1965 se han empleado distintas versiones de la Escala de Rosenberg para Autoestima (ERA), una de las escalas más conocidas para medir este concepto (Donnellan, Trzesniewski, & Robins, 2011; Rosenberg, 1989). La ERA es un instrumento que se compone de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico u ordinal; los patrones ordinales más empleados son aquellos que dan de cuatro a siete opciones de respuesta, desde 'muy en desacuerdo' hasta 'muy de acuerdo' (Chiu, 1988; Donnellan, Trzesniewski, & Robins, 2011). (17) Estos diez incisos, teóricamente, se agregan en una sola dimensión; no obstante, los mismos se distribuyen en dos partes iguales; cinco exploran 'autoconfianza' o 'satisfacción personal' (algunos autores le conocen como 'autoestima positiva') y los cinco restantes, 'autodesprecio' o 'devaluación personal' (llamada por algunos investigadores como 'autoestima negativa') (Rosenberg, 1989). En las distintas versiones los reactivos se han ordenado en diferentes formas; primero los relacionados con autoconfianza, seguidos por aquellos para la medición de autodesprecio o en forma alterna para controlar los eventuales sesgos que se pudieran presentar en el patrón de respuesta (Huang & Dong, 2012). (17) La dimensión/escala autoconfianza aborda los aspectos relacionados con saberse o sentirse competente en varios aspectos de la vida; y la dimensión/escala autodesprecio emplea términos peyorativos asociados a la simpatía consigo mismo (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi, & Swann, 2001). No obstante, se observa que el ordenamiento de los incisos y la redacción de los mismos no afecta significativamente la estructura factorial de la ERA (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003; Tinakon, & Nahathai, 2012; Tomás, Galiana, Hontangas, Oliver, & Sancho, 2013). En la mayoría de los estudios la ERA, en poblaciones de diferentes edades u otras características, muestra alta consistencia interna, con valores por lo general entre los coeficientes ideales, entre 0,70 y 0,90, con la inclusión de investigaciones en Iberoamérica. Como se ha mencionado sus propiedades psicométricas: la escala ha sido traducida y validada al castellano la consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87 la fiabilidad en de 0.80.

Se interpreta de la siguiente manera: De 30 a 40 puntos: autoestima elevada considerada como normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. (17) (VER ANEXO II).

#### DEPRESION E INVENTARIO DE BECK.

Aparte de su impacto en las actividades físicas, la traqueostomía también implica una desfiguración prominente en el cuello que alterara la imagen corporal del paciente. Imagen corporal es la percepción del propio cuerpo con el significado emocional unido a varias partes físicas. Refleja la suma de las sensaciones internas y de las relaciones interpersonales. La cara y los genitales son considerados los más importante para el establecimiento de la percepción de la imagen corporal la cual esta estrechamente relacionada con el grado de autoestima, y depresión (18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.(18)

La OMS (2001) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria.

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007). Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos.

En la actualidad, el “Inventario de depresión de Beck”, internacionalmente conocido por el acrónimo de su nombre original en inglés (Beck Depression Inventory, BDI), es, en sus diferentes versiones, la original (BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), la revisada (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y la segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), el instrumento específico para medir la depresión más utilizado e investigado. Una búsqueda en PsycINFO obtuvo, para los años 2002 a 2013, 18.723 trabajos sobre el BDI, cantidad que supera a todas las escalas diseñadas para la valoración de la Depresión. (18)

El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008). El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) que se miden mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos.

Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Esta información proviene de los usos racionales sobre técnicas para la evaluación de la ansiedad y la depresión que se realizaron entre 1990 y 1993 a instancias del Grupo Nacional de Psicología del MINSAP y el CENAPETS, impartidos por la autora.

Corrección e Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.

Depresión leve: puntuación media de 18,7.

Depresión moderada: puntuación media de 25,4.

Depresión grave: puntuación media de 30 puntos. (18) VER ANEXO III)

## SEXUALIDAD Y ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE ARIZONA (AXES)

La conducta sexual es variada y multifactorial, ya que interactúan tanto nuestras relaciones con otros como las circunstancias de vida de cada uno. Esta conducta, ligada a factores de personalidad, se relaciona además con la formación biológica y el sentido de uno mismo, lo que quiere decir que la percepción de ser hombre o mujer se refleja en las experiencias con el sexo vividas durante el desarrollo del ciclo vital (Heerlein, 2000). En cuanto a las disfunciones sexuales, éstas son entendidas como problemas a nivel cognitivo, afectivo y/o conductual que impiden un acoplamiento o disfrute individual o en pareja y/o una relación satisfactoria en el acto sexual y orgasmo (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978). (19) Pueden ser síntomas de problemas en el ámbito biológico, de conflictos intrapsíquicos, interpersonales o ambos. En sí, la disfunción sexual puede verse afectada por cualquier tipo de estrés o alteración de tipo emocional, o por la simple ignorancia sobre la función y fisiología sexual. Además, ésta puede haber estado presente a lo largo de toda la vida o bien haber sido adquirida, es decir desarrollarse posterior a un periodo de normal funcionamiento. También, como lo estipula el DSM - IV - TR, la disfunción sexual puede ser generalizada o situacional, es decir, estar sesgada con una pareja determinada o con una situación específica (Heerlein, 2000). En lo que respecta a la prevalencia, algunos estudios establecen que la frecuencia de la disfunción orgásmica va desde el 5% al 20% en la población general (Levine & Yost, 1976; Ard, 1997 en Manzo & Yulis, 2004) y, dentro de la población de mujeres que consultan, entre el 18% al 76% lo hacen por quejas asociadas a la obtención de orgasmos (Carey, 1997). (19)

Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), de McGahuey, Delgado & Gelenberg (1999). Esta escala está formada por cinco preguntas, cada una de ellas compuesta por seis alternativas que van desde el 1 al 6, que cuantifican: el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo).

De acuerdo al puntaje total que va desde el 5 al 30, este se divide en tres rangos: hiperfunción sexual, función sexual normal y disfunción sexual respectivamente. A mayor puntaje mayor disfunción. 5- 12 hiperfunción sexual 13 - 18 función sexual normal 19 - 30 disfunción sexual En cuanto a su confiabilidad y validez, McGahuey, Delgado, & Gelenberg (1999) afirman que la consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach = 0,91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un  $r_{tt} = 0,8$ . (20) ANEXO IV.

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

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

Debido a la escasez de estudios sobre éste tema, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer la percepción de la calidad de vida de los pacientes adultos con traqueostomía del Centro Médico Nacional la Raza, dando a conocer cuál es la percepción de calidad de vida de los pacientes con traqueostomía, determinando si cursan o no con cuadros depresivos, y autoestima baja para fomentar una planeación de cuidados integrales por parte de los profesionales de salud del CMNR.

Incentivar la elaboración de protocolos de enfermería y médicos neumólogos en manera conjunta con psiquiatras para el cuidado de pacientes con traqueostomía a nivel institucional en donde se tenga en cuenta al paciente como un ser holístico.

Fomentar prácticas de cuidado enfocadas en la educación por parte del profesional de salud para que el paciente reciba información y orientación respecto a los cambios que generará este procedimiento en su vida cotidiana.

Teniendo en cuenta las alteraciones que sufre un paciente con traqueostomía y debido a que no se han encontrado estudios sobre la calidad de vida de estos pacientes, la presente investigación busca describir el grado de autoestima, sexualidad y si cursan o no con depresión los pacientes de la clínica de tráquea del Centro Médico Nacional la Raza. Mediante una investigación de tipo descriptivo observacional, transversal ya que se pretenden medir tres variables principalmente (autoestima, depresión y sexualidad) en el paciente con traqueostomía en un momento determinado sin realizar intervención alguna en la población de estudio.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Previa autorización por el Comité Local de Investigación se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto.

El objetivo fue analizar la frecuencia de depresión autoestima baja y sexualidad deficiente en pacientes en pacientes hombres y mujeres con estado de traqueostomía atendidos en la consulta externa de la clínica de tráquea del Centro Médico Nacional la Raza en el periodo entre el periodo 1 de junio al 31 de julio de 2017.

Se incluyeron 30 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión: Criterios de inclusión: Hombre o mujer con rango de edad entre 18 y 60 años con eestado de traqueostomía cuyo tiempo de duración sea mínimo de 6 meses con seguimiento de patología traqueal en el Centro Médico Nacional La Raza; que firmaron el consentimiento informado y acepten participar en el estudio.

Se excluyeron a aquellos pacientes con enfermedad terminal, falla cardiaca, trastorno psiquiatrico conocido, déficit neurológico y cognitivo que no puedan diligenciar el formulario. Y se excluyeron aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

Se les interrogo de forma directa para obtener la información demográfica. Se solicitó el autollenado de 3 cuestionarios; Rosemberg para autoestima clasificando de acuerdo al puntaje obtenido como autoestima alta de 30 a 40 puntos, media de 26 a 29 puntos y baja menor a 25 puntos. Beck para depresión, ausente < 10 puntos Leve de 11 a 19 puntos, media de 20 a 29 puntos y Grave con más de 30 puntos, ASEX se utilizó para valorar el grado de sexualidad con hiperfunción sexual de 5-12 puntos, de 13 a 18 puntos como función sexual normal y de 19 a 30 puntos disfunción sexual. Los 3 cuestionarios validados a nivel internacional incluso en población latinoamericana con confiabilidad y validez, consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach = 0,91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un rtt = 0,8.



## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Primero se realizará un análisis descriptivo, para examinar e informar las medidas de frecuencia. Para realizar la correlación se utilizará la prueba de Spearman y ver si existe una asociación entre el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueostomía así como el tipo de cánula con la existencia de depresión, autoestima bajo y desempeño sexual deficiente. Mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

## **RESULTADOS:**

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación de los distintos cuestionarios en la presente investigación, primero mostramos el análisis de las características sociodemográficas de los pacientes adultos con traqueostomía que son atendidos en la clínica de tráquea del centro médico nacional la raza.

Para el análisis del instrumento se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS versión 23 en la cual se introdujeron los datos de cada uno de los pacientes de acuerdo a lo que contestaron en los diversos cuestionarios aplicados los datos se mostraron de forma individual, ya que los instrumentos buscan conocer si los pacientes adultos con traqueostomía de la clínica de tráquea del centro médico nacional la raza cursan con depresión, autoestima baja así como desempeño sexual deficiente. Consiguiendo el resultado final de cada una de las escalas con un valor numérico el cual fue interpretado en distintos grados.

### **DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA.**

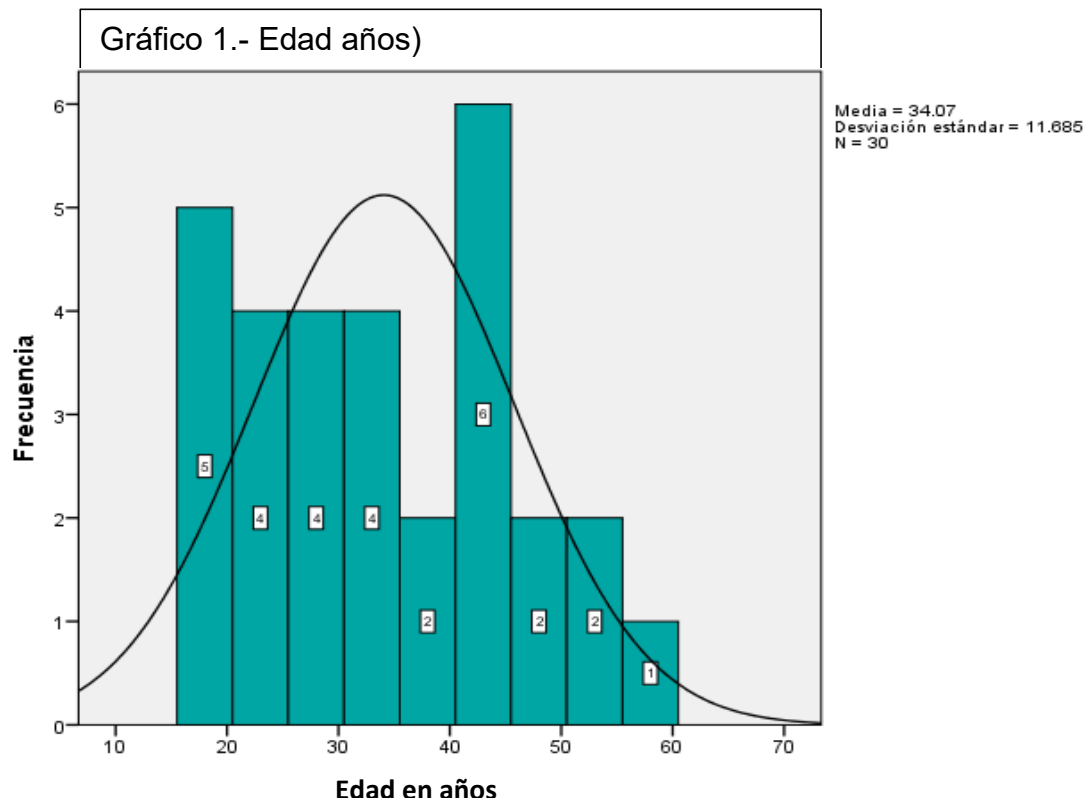
El análisis de ésta investigación inicia con la caracterización sociodemográfica de la población estudio, la cual comprende las variables de: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral, causas y tiempo de permanencia de la traqueostomía, así como tipo de cánula que utilizan actualmente. Información que fue recolectada tras la aplicación de una hoja de recolección de datos. ANEXO I.

En total se incluyeron 30 pacientes en este estudio, el rango de edad fue entre 18 y 56 años con una media de 34.07 años con una (DS de 11.68 años.) la categoría edad más frecuente fue de 19 años. Como se muestra en la tabla y gráfico 1.

**Tabla 1.- Edad de la Población Estudiada N=30**

Edad.

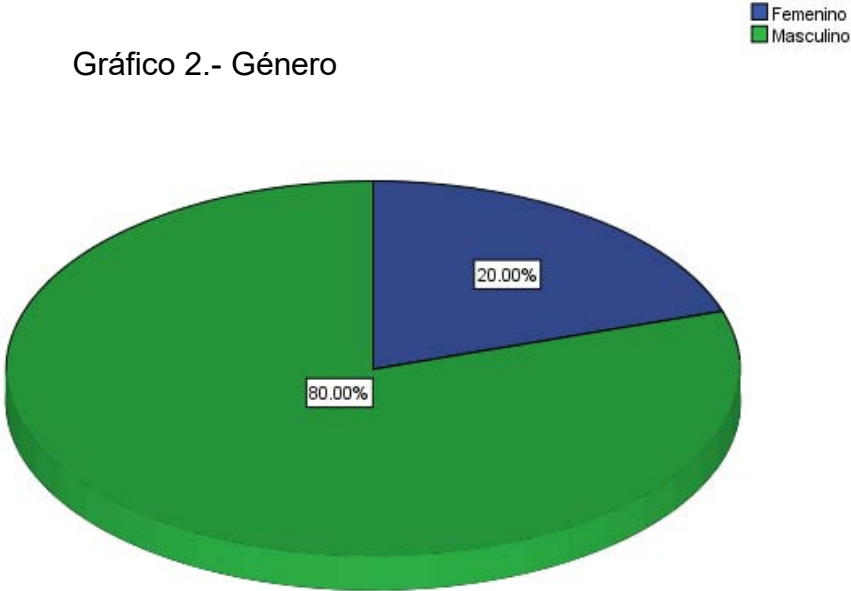
N	Válido	30
Media		34.07
Error estándar de la media		2.133
Mediana		32.67 <sup>a</sup>
Moda		19 <sup>b</sup>
Desviación estándar		11.685
Rango		38
Mínimo		18
Máximo		56



Fuente: datos del estudio.

De los 30 pacientes estudiados 6 fueron mujeres y 24 hombres lo cual representa un 20 % y 80% respectivamente como se muestra en el gráfico 2.

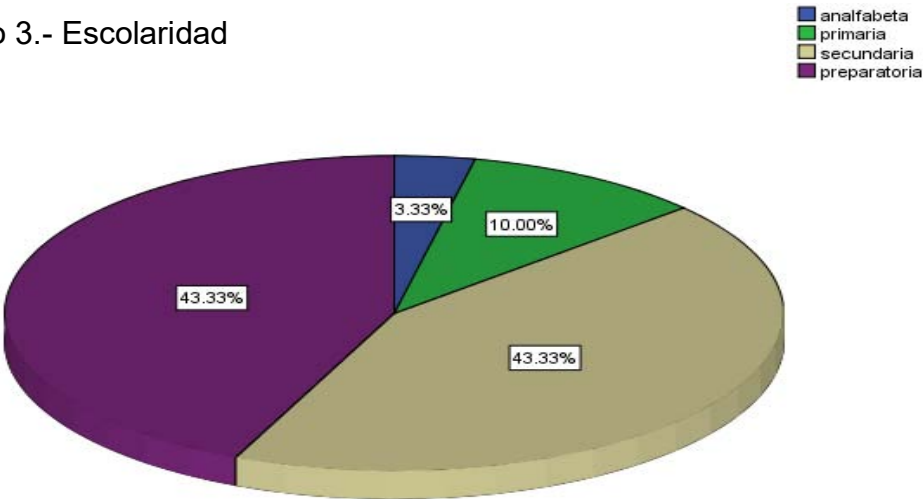
Gráfico 2.- Género



Fuente: datos del estudio.

En cuanto a la escolaridad encontramos que el nivel de estudio máximo en los pacientes incluidos en el estudio es preparatoria. Encontrando analfabetismo en 1 paciente (3.33%), 3 con primaria completa (10%) de los casos, secundaria y preparatoria igualados con 13 pacientes respectivamente representando con un (43.33%)

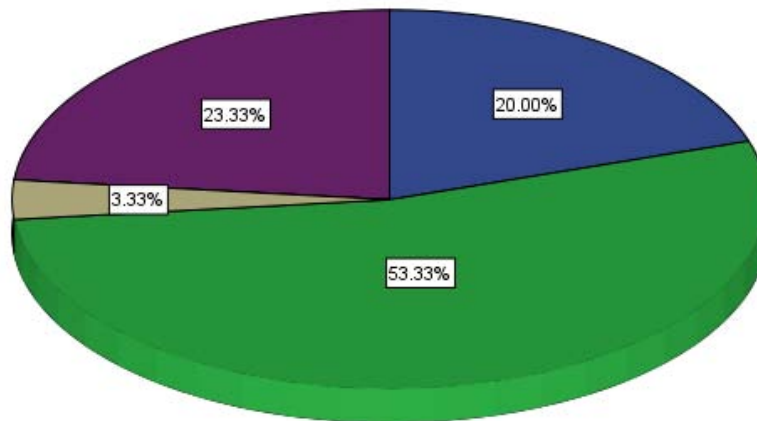
Gráfico 3.- Escolaridad



Fuente: datos del estudio.

La siguiente variable a describir es el estado civil encontrando 16 pacientes casados (53.3%) 7 pacientes se encuentran en unión libre (23.7%), 6 de ellos son solteros (20%) solteros y un paciente viudo lo cual representa el 3.33%. Como se muestra en el grafico 4.

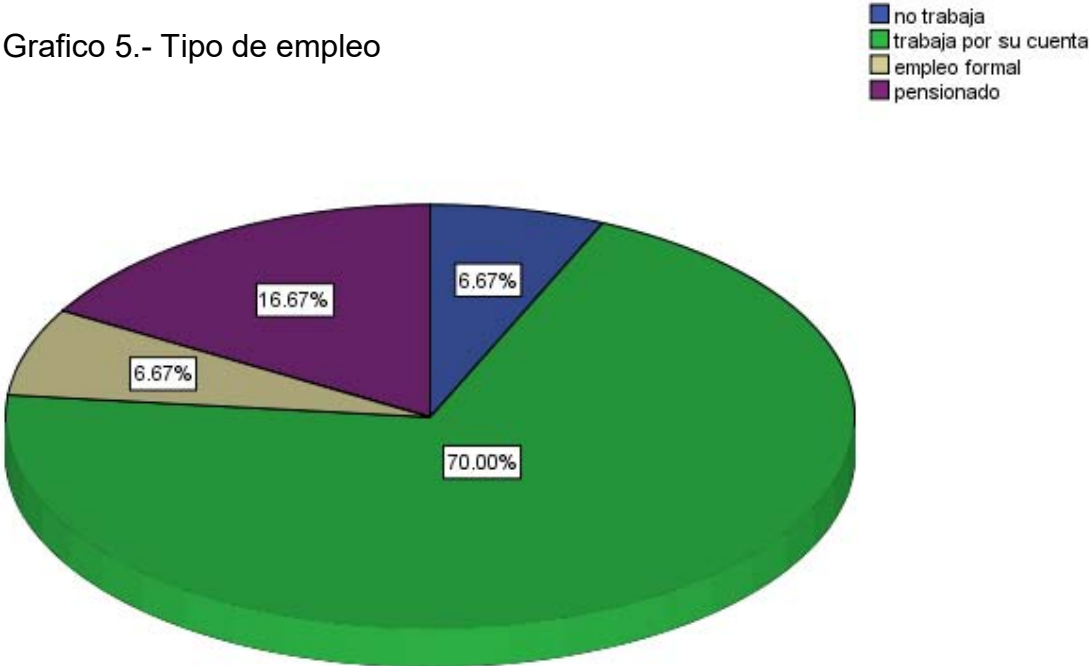
Grafico 4.- Estado civil



Fuente: datos del estudio.

También se analizó el tipo de empleo en el cual se encuentra este grupo de pacientes encontrando que el 6.67% representado por 2 pacientes no trabajan ya que son estudiantes, 21 pacientes laboran por su cuenta es decir trabajan pero no bajo un empleo formal (70%) 5 pacientes son pensionados 16.67 %, y solo 2 de ellos cuenta con un empleo formal (6.7%)

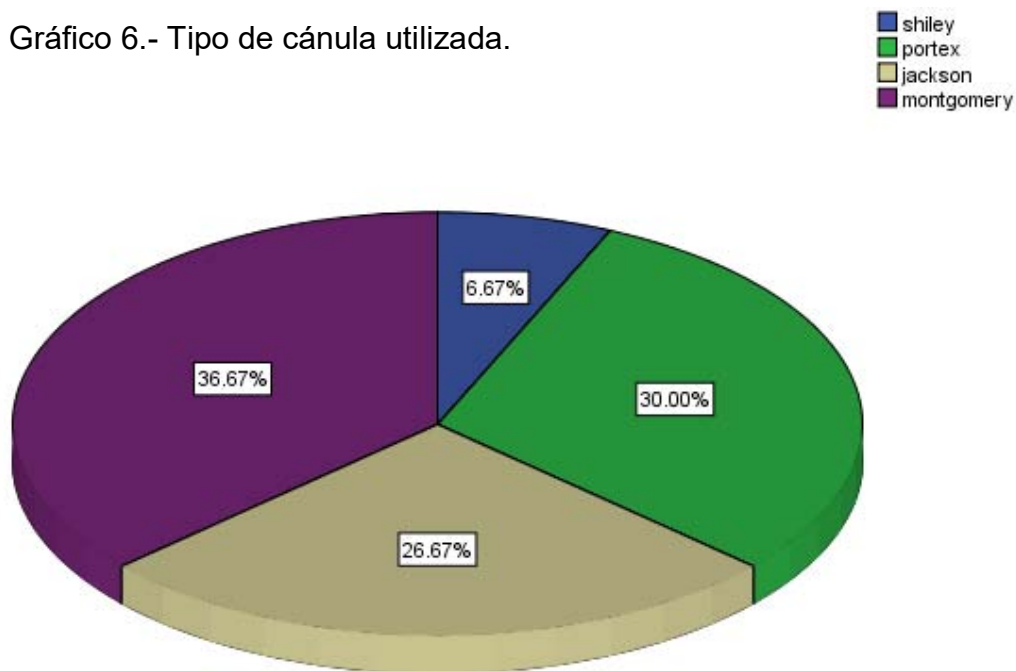
Grafico 5.- Tipo de empleo



Fuente: datos del estudio.

En cuanto al tipo de cánula utilizada actualmente encontramos 4 tipos distintos con predominio de cánula de Montgomery en 11 pacientes representando 36.67% seguida por cánula tipo Pórtex en 9 pacientes (30%) de la población estudiada, posteriormente la cánula de Jackson con 8 pacientes representando un 26.67% y finalmente con cánula de Shiley 2 pacientes (6.67%). Lo cual se muestra en el gráfico número 6.

Gráfico 6.- Tipo de cánula utilizada.



Fuente: datos del estudio.

Al interrogar la causa por la cual cursaban actualmente con traqueostomía, encontramos que la principal es por intubación prolongada al cursar con un evento crítico en 22 de casos representado por un (73.33%) de los pacientes contra un 23.33% (7 pacientes) con estenosis traqueal posterior a intubación prolongada y en un paciente 3.33% otra causa identificada como secundaria a ERGE. Lo anterior se muestra en el gráfico número 7.

Gráfico 7.- Causa de traqueotomía.



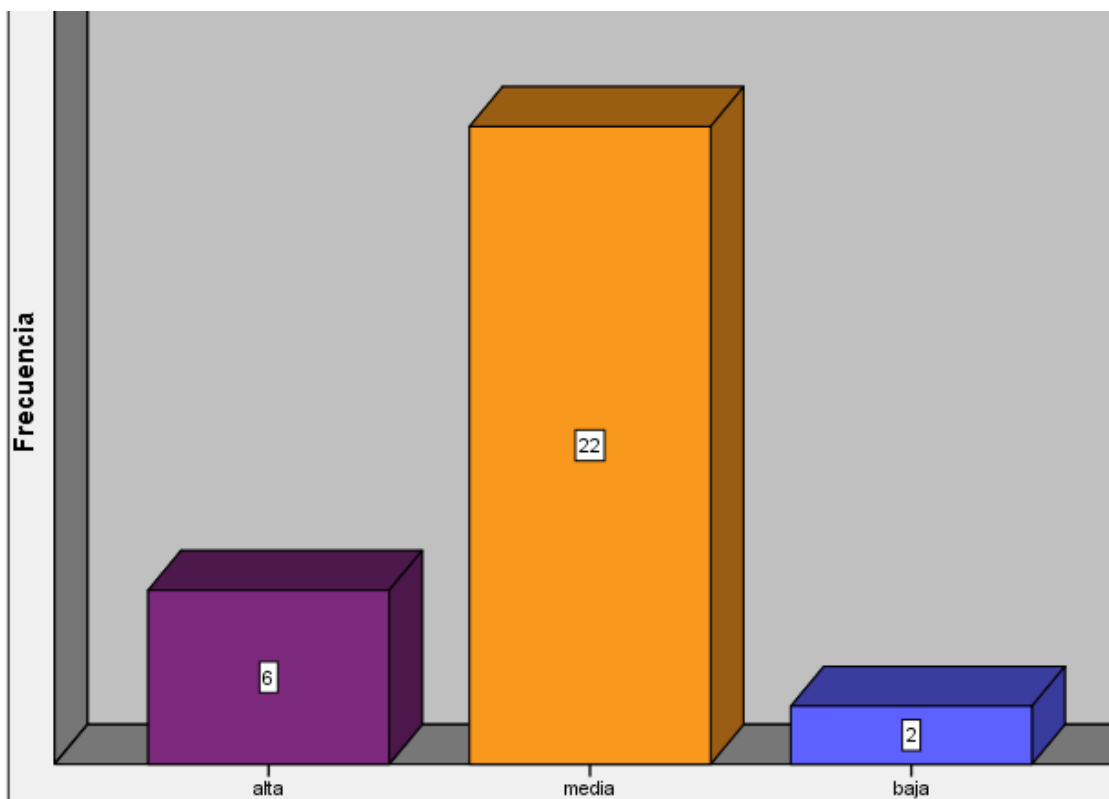
Fuente: datos del estudio.



Como se ha mencionado el grado de autoestima se evaluó con el cuestionario de Rosemberg encontrando autoestima baja en 2 pacientes (6.7%). La mayoría de ellos 22 pacientes (73.3%) tiene un grado de autoestima media y 6 (20%) de los pacientes tienen un grado de autoestima alta. Como se observa en la tabla 2 y gráfico 8.

Tabla 2.- Grado de autoestima de acuerdo a cuestionario Rosemberg			
Autoestima	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alta	6	20.0	20.0
Media	22	73.3	93.3
Baja	2	6.7	100.0
Total	30	100.0	

**Gráfico 8.- Grado de autoestima de acuerdo a cuestionario Rosemberg**

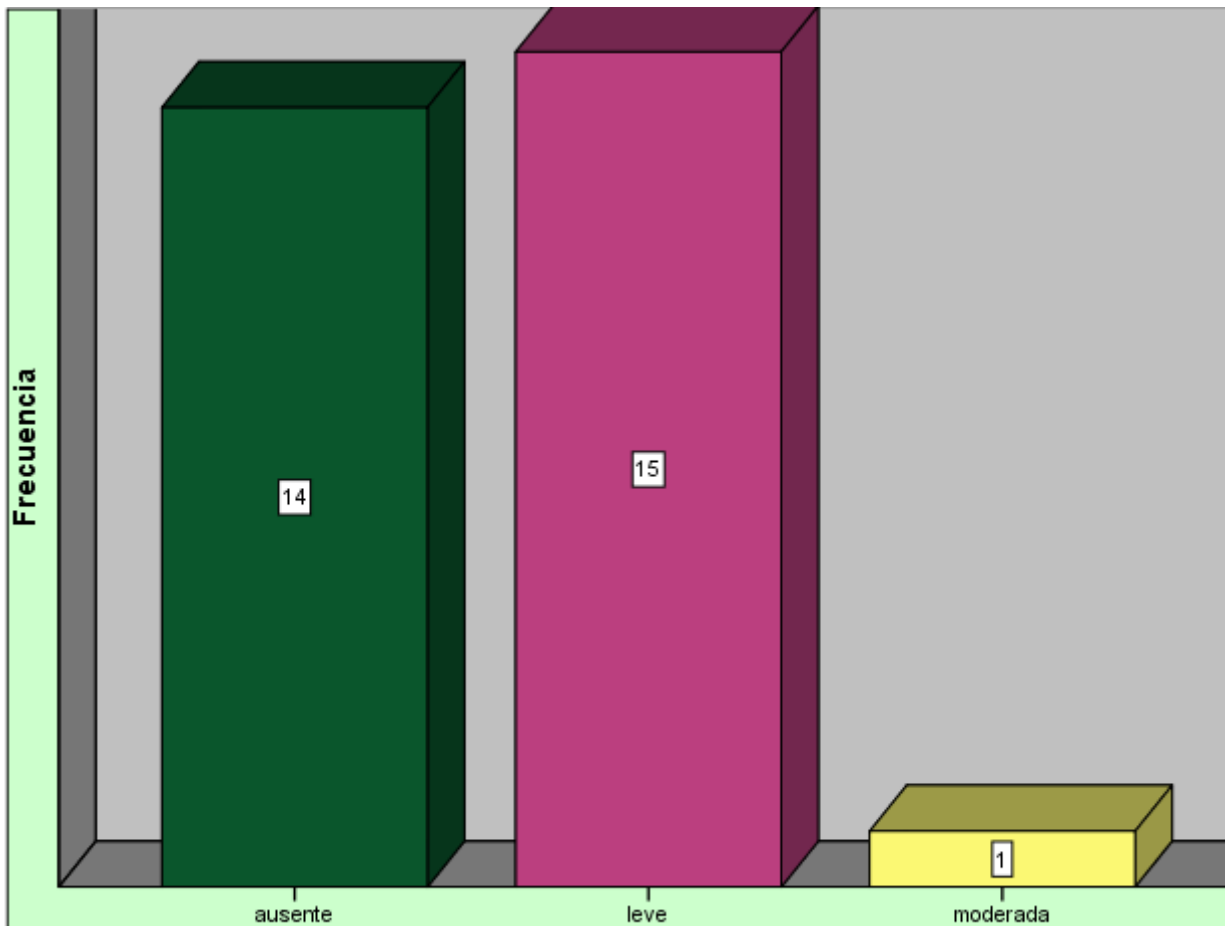


Fuente: Datos del Estudio.

El cuestionario de Beck se aplicó para observar la frecuencia y grado de depresión en los pacientes con traqueostomía encontrando ausencia de depresión en 14 pacientes, depresión leve en 15 pacientes (50%), depresión moderada en 1 paciente (3.3%) y depresión grave en ninguno de los mismos. Lo cual se muestra en la tabla 3 y gráfico 9

Tabla 3.- Depresión de acuerdo a cuestionario de Beck.			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	14	46.7	46.7
Leve	15	50.0	96.7
Moderada	1	3.3	100.0
Total	30	100.0	

**Gráfico 9.- Frecuencia y grado de depresión de acuerdo a inventario de BECK**

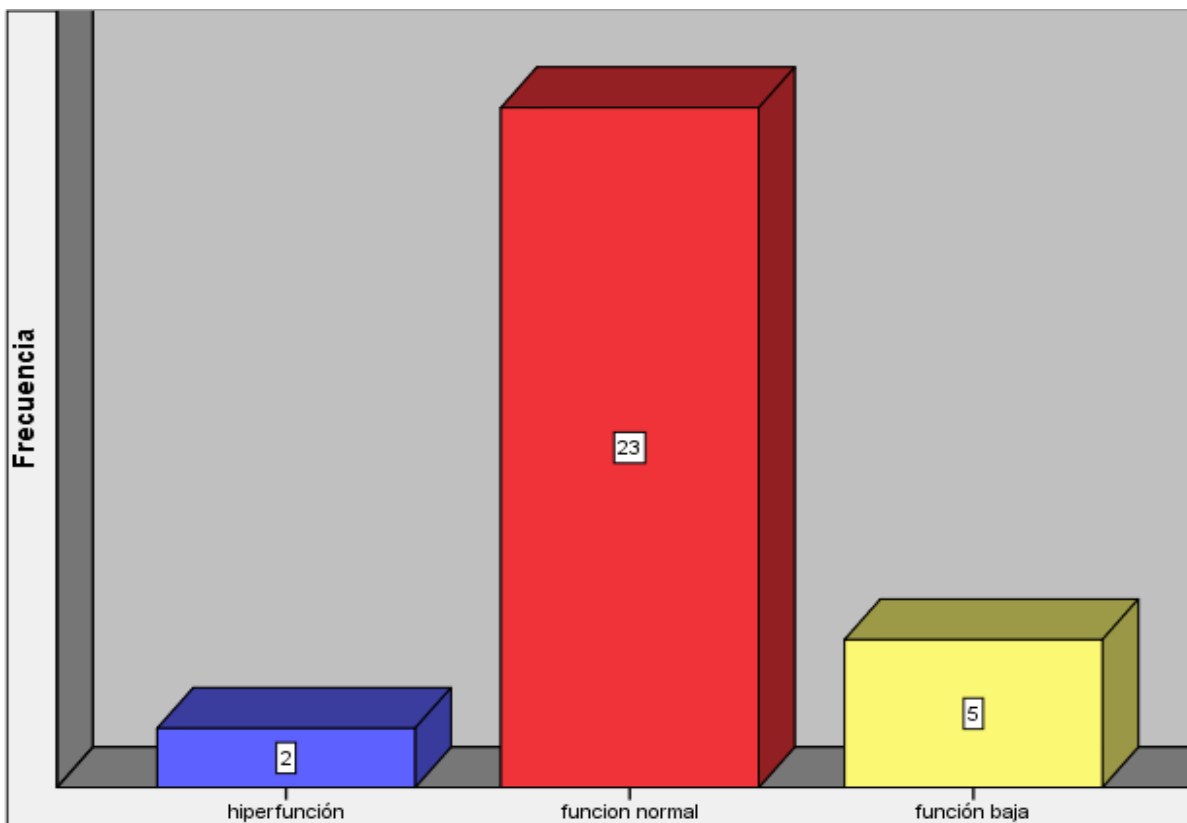


Fuente: Datos del Estudio.

La sexualidad se valoró con la aplicación del cuestionario AXES encontrando dos pacientes con hiperfunción sexual (6.7%), función sexual normal en 23 pacientes (76.7%) y función sexual baja en 5 pacientes (16.7%). Lo cual se representa en la tabla 4 y gráfico 10.

<b>Tabla 4.- Función sexual de acuerdo a cuestionario AXES.</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
hiperfunción	2	6.7	6.7
función normal	23	76.7	83.3
función baja	5	16.7	100.0
Total	30	100.0	

**Gráfico 10.- Función sexual de acuerdo a cuestionario AXES.**



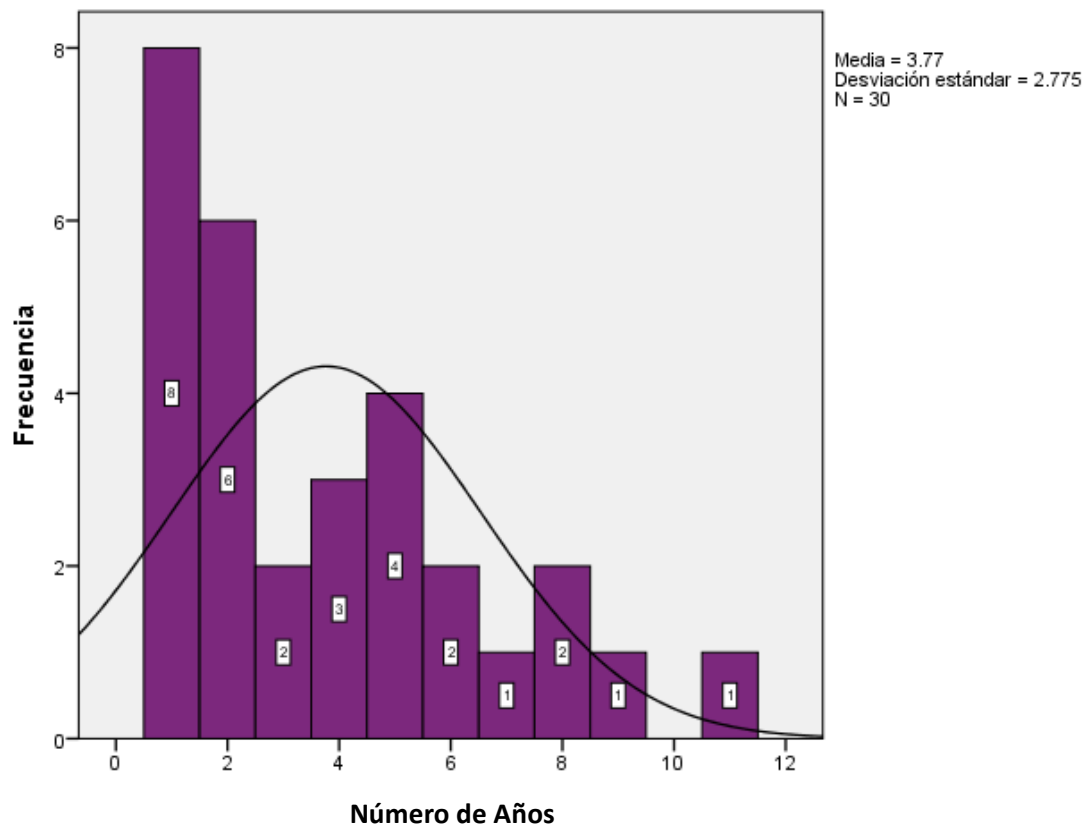
Fuente: Datos del Estudio.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía encontramos desde 1 año hasta 11 años con una media de 3.77 años y una DS de 2.77 años como se muestra en la tabla 5 y gráfico 11.

Tabla 5.- Tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía.

N	Válido	30
Media		3.77
Error estándar de la media		.507
Mediana		3.00 <sup>a</sup>
Moda		1
Desviación estándar		2.775
Rango		10
Mínimo		1
Máximo		11

Gráfico 11.-Tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía.



Fuente: Datos del Estudio.

Para medir la correlación no paramétrica entre el tipo de cánula y el grado de autoestima se utilizó la prueba se Spearman encontrando una correlación de .050 (P0.079) por lo tanto no se pudo demostrar correlación entre el grado de autoestima y el tipo de cánula utilizada.

**Correlaciones**

			Tipo de cánula	Grado de autoestima
Rho de Spearman	Tipo de cánula que utiliza	Coefficiente de correlación	1.000	-.050
		Sig. (bilateral)	.	.795
		N	30	30
	Grado de autoestima	Coefficiente de correlación	-.050	1.000
		Sig. (bilateral)	.795	.
		N	30	30

La correlación entre el grado de autoestima con el tiempo tras la realización de la traqueotomía, con Rho de Spearman de 0.125 (P 0.532) por lo tanto no se pudo demostrar correlación entre el grado de autoestima y el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía.

Tiempo en años desde la realización de la traqueotomía.

Grado de autoestima?	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
Alta	4.33	6	3.559	1.453
Media	3.73	22	2.676	.570
Baja	2.50	2	2.121	1.500
Total	3.77	30	2.775	.507

**Correlaciones**

			Grado de autoestima	Hace cuantos años se le realizo la traqueotomía.
Rho de Spearman	Grado de autoestima	Coefficiente de correlación	1.000	-.125
		Sig. (bilateral)	.	.510
		N	30	30
	Tiempo en años desde la realización de la traqueotomía	Coefficiente de correlación	-.125	1.000
		Sig. (bilateral)	.510	.
		N	30	30

De igual manera se buscó la correlación no paramétrica entre la presencia de depresión el grado de la misma con el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía con Rho de Spearman de 0.023 (P.905) no existiendo correlación entre el tiempo tras la realización de la traqueotomía y la presencia y grado de depresión.

Tiempo transcurrido en años desde la realización de la traqueotomía

Grado de depresión	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
ausente	3.93	14	3.269	.874
leve	3.80	15	2.336	.603
moderada	1.00	1	.	.
Total	3.77	30	2.775	.507

### Correlaciones

			Tiempo transcurrido en años desde la realización de la traqueotomía.	Grado de depresión.
Rho de Spearman	Hace cuantos años se le realizo la traqueotomía.	Coefficiente de correlación	1.000	-.023
		Sig. (bilateral)	.	.905
		N	30	30
	Grado de depresión	Coefficiente de correlación	-.023	1.000
		Sig. (bilateral)	.905	.
		N	30	30

En cuanto a la correlación no paramétrica entre el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueotomía y el grado de función sexual con Rho de Spearman de 0.347 (P.06) no existiendo correlación entre el tiempo tras la realización de la traqueotomía y el grado de función sexual.

### Informe

Tiempo transcurrido en años desde la realización de la traqueotomía

Grado de función sexual	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
Hiperfunción	4.00	2	4.243	3.000
Función normal	4.26	23	2.783	.580
Función baja	1.40	5	.548	.245
Total	3.77	30	2.775	.507

### Correlaciones

			Tiempo transcurrido desde la realización de la	Grado de función sexual
			traqueotomía	
Rho de Spearman	Tiempo en años desde que se le realizó la traqueotomía?	Coeficiente de correlación	1.000	-.347
		Sig. (bilateral)	.	.060
		N	30	30
	Grado de función sexual	Coeficiente de correlación	-.347	1.000
		Sig. (bilateral)	.060	.
		N	30	30



## CONCLUSIONES:

- La edad promedio fue de 34 años
- El tiempo con traqueotomía fue de 3.7 años.
- El tipo de cánula más utilizada fue Montgomery 36.6 %.
- Se encontró depresión leve en 15 pacientes (50%), depresión moderada en 1 paciente (3.3%).
- Se encontró autoestima baja en (6.7%).
- Se encontró función sexual baja en 5 (16.7%).
- No encontramos asociación entre el tipo de cánula utilizado actualmente con la presencia de depresión, autoestima baja y sexualidad deficiente.
- No encontramos asociación entre el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueostomía y la presencia de depresión, autoestima baja y sexualidad deficiente.

Nosotros encontramos que el 50% de los pacientes analizados cursaban con depresión leve, 6.7 % con autoestima baja y 16.7% con sexualidad baja o deficiente sin encontrar asociación entre el tiempo transcurrido desde la realización de la traqueostomía por lo que se puede considerar que es frecuente encontrar pacientes traqueostomizados deprimidos de manera constante pese a la adaptabilidad a la forma de vida que conlleva vivir con traqueostomía.

Con base a estos resultados, recomendamos evaluar de forma sistemática a todos los pacientes con traquesotomía sin olvidar el aspecto psicológico de los mismos.

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. (ANEXO I)

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_.

PADECE ENFERMEDADES CRONICAS COMO DIABETES MELLITUS --  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿CUANDO SE LE REALIZO LA TRAQUEOSTOMIA? \_\_\_\_\_

MOTIVO POR EL CUAL SE LE REALIZO LA TRAQUEOSTOMIA: INTUBACION  
PROLONGADA            ESTENOSIS TRAQUEAL

SUBRAYE EL TIPO DE CANULA QUE USTED UTILIZA: SHILEY    PORTEX  
JACKSON    MONTGOMERY    OTRA.

RESULTADOS DE <u>TEST DE ROSEMBERG</u>		RESULTADOS DE <u>TEST DE BECK</u>		RESULTADOS DE <u>AXES</u>	
PUNTAJE:		PUNTAJE		PUNTAJE	
<u>AUTOESTIMA :</u>		<u>DEPRESIÓN</u>		<u>SEXUALIDAD</u>	
<b>ALTA NL</b>	30-40	AUSENTE	< 10	5-12	HIPERFUNCION SEXUAL
<b>MEDIA</b>	26-29	LEVE	11-19	13-18	FUNCION SEXUAL NORMAL
<b>BAJA</b>	< 25	MEDIA	20-29	19-30	DISFUNCION SEXUAL
		GRAVE	> 30		

## ESCALA DE ROSEMBERG ANEXO II

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

## ANEXO II INVENTARIO DE BECK ANEXO III

Elija una respuesta respecto a cada uno de los puntos marcados en negritas.

### **1. Tristeza.**

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

### **4. Insatisfacción**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

### **6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Autodesprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continualmente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Idea suicidas**

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

### **10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

## **12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

## **13. Indecisión**

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

## **14. Cambios en la imagen corporal.**

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

## **15. Enlentecimiento**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

## **16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

## **17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

## **18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

## **19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

## **20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

## **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual

## ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE ARIZONA (ARIZONA SEXUAL EXPERIENCE SCALE, ASEX) ANEXO IV

Para cada ítem, por favor, indique su nivel *global* durante la *última semana*, incluyendo *el día de hoy*.

### 1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?

Extremadamente 1      Muy fuerte 2      Algo fuerte 3      Algo débil 4  
Muy débil 5      No deseo fuerte 6

### 2. ¿Con qué facilidad se excita sexualmente?

Extremadamente 1      Muy fácil 2      Algo fácil 3      Algo difícil 4      Muy difícil 5  
Nunca excitado/a fácil 6

3

#### A) Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?

Extremadamente 1      Muy fácil 2      Algo fácil 3      Algo difícil      Muy difícil  
5      Nunca fácil 6

#### B) Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?

Extremadamente 1      Muy fácil 2      Algo fácil 3      Algo difícil 4  
Muy difícil 5      Nunca fácil 6

### 4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?

Extremadamente 1      Muy fácil 2      Algo fácil 3      Algo difícil 4  
Muy difícil 5      Nunca alcanza fácil el orgasmo 6

### 5. Sus orgasmos, ¿Son satisfactorios?

Extremadamente satisfactorios 1      Muy satisfactorios 2      Algo satisfactorios 3  
Algo insatisfactorios 4      Muy insatisfactorios 5      No puede alcanzar orgasmos 6



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	FRECUENCIA DE DEPRESION, AUTOESTIMA BAJA Y SEXUALIDAD DEFICIENTE EN ADULTOS CON TRAQUEOSTOMIA DE LA CLINICA DE TRAQUEA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
Patrocinador externo (si aplica):	NA.
Lugar y fecha:	JUNIO-JULIO 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LA FRECUENCIA DE
Procedimientos:	CONTESTAR CUETIONARIOS.
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	APOYO PSICOLOGICO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NA
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	COMPLETA.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: \_\_\_\_\_

Colaboradores: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Pau L, Bedert L. Tracheotomy: clinical review and guidelines *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 32 (2007) 412—421.
2. Mangera.Z, Panesar G., Makker H. Practical approach to management of respiratory complications in neurological disorders *International Journal of General Medicine* 2012;5 255–263.
3. Sarper A., Ayten A., Eser I., Tracheal Stenosis after Tracheostomy or Intubation Review with Special Regard to Cause and Management *Tex Heart Inst J* 2005;32:154-8.
4. Charles G, Durbin J. Techniques for Performing Tracheostomy *Respiratory Care* April 2005 vol 50 no 4.
5. De la Quintanilla P. Palacios A. A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy Wound Manage.* 2010. vol. 56, no. 5.
6. Marquis P; Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Manage.* 2003. vol. 49, no. 2.
7. Gilony D, Gilboa D, Blumstein Tet al. Effects of tracheostomy on well-being and body-image perceptions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;133:366-371.
8. Bronheim H, Strain JJ, Biller HF. Psychiatric aspects of head and neck surgery. Part II: Body image and psychiatric intervention. *General hospital psychiatry* 1991;13:225-232.
9. Polat B. Kadir S. Orhan P., The effects of indwelling voice prosthesis on the quality of life, depressive symptoms, and self-esteem in patients with total laryngectomy *Eur Arch Otorhinolaryngol Springer-Verlag Berlin Heidelberg* 2014.
10. Andrea V. Giovanna A. Survival and quality of life after tracheostomy for acute respiratory failure in patients with amyotrophic lateral sclerosis.
11. Daniella S. Amarin B. Ribas M; Quality of Life and Depression in Patients Undergoing total and Partial Laryngectomy *Clinics* 60(2):135-142, 2005



12. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine* 1993;118:622-629.
13. Gilony D, Gilboa D; Effects of Tracheostomy on Well-being and Body-Image Perceptions *Otolaryngology Head and Neck Surgery* (2005) 133, 366-371
14. Foccoli E. Scappaticci F. Rea T. Management of Post-intubation and/or Tracheotomy Tracheal Stenoses, *Monaldi Arch Chest Dis* 2011; 75: 1, 82-85
15. Amy L. Freeman S, Leanne T. Quality of life improves with return of voice in tracheostomy patients in intensive care: An observational study *Journal of Critical Care* S0883-9441(16)00013-7
16. Sánchez R., Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6,302-318.2004
17. Sanz J, Perdigón J, Vázquez C. The spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general Population *Clínica y Salud*, 2003, vol. 14 n°. 3 - Págs. 249-280
18. McInnes R, Praga T. Chronic illness and sexuality *MJA* 2003; 179: 263–266
19. Schönhofer B, Sydow K, Sexuality in Patients with Noninvasive Mechanical Ventilation Due to Chronic Respiratory Failure *Am J Respir Crit Care Med* Vol 164. pp 1612–1617, 2011
20. Ferrel B. Rivas T. Quality of lives: voices of cancer. *Bristol-Myers Oncology Division Distinguished*. Abril 2000.vol. 23, no. 6.
21. Vivar F; Esteban A; Apezteguía C. Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy. *Crit Care Med*. 2005, vol 33, p 290-298. 69
22. Nathens AB; Rivara FP; Mack C. Variations in rates of tracheostomy in the critically ill trauma patients. *Crit Care Med*. 2006. vol34, p. 2919-2924.
23. Botero B; Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*. Julio, 2007. vol. 12, p. 11-24.

24. Schönhofer B, Sydow K, Sexuality in Patients with Noninvasive Mechanical Ventilation Due to Chronic Respiratory Failure *Am J Respir Crit Care Med* Vol 164. pp 1612–1617, 2011
25. Daniella S. Amorin B. Ribas M; Quality of Life and Depression in Patients Undergoing total and Partial Laryngectomy *Clinics* 60(2):135-142, 2005
26. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine* 1993;118:622-629.
27. Pau L, Bedert L. Tracheotomy: clinical review and guidelines *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 32 (2007) 412—421.
28. Gilony D, Gilboa D, Blumstein Tet al. Effects of tracheostomy on well-being and body-image perceptions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;133:366-371.
29. Sanz J, Perdigón J, Vázquez C. The spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general Population *Clínica y Salud*, 2003, vol. 14 n°. 3 - Págs. 249-280
30. Sarper A., Ayten A., Eser I., Tracheal Stenosis after Tracheostomy or Intubation Review with Special Regard to Cause and Management *Tex Heart Inst J* 2005;32:154-8.