



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

**Aplicación del modelo PLISSIT como intervención
de enfermería para el abordaje de alteraciones de la
sexualidad en pacientes con ostomías de
eliminación**

Trabajo Final de Grado en Enfermería

Realizado por: **Mar Sánchez Ruiz**

Tutora: **Judith Roca Llobet**

2015 /2016

Universitat de Lleida

AGRADECIMIENTOS

Soy muy afortunada por la familia y amigos que tengo, que además de quererme y compartir conmigo las alegrías, me han aguantado y apoyado en los días más difíciles.

Pero si hay un nombre que creo que tiene que aparecer en los agradecimientos de este trabajo es Judith Roca, que me encontró perdida sin saber muy bien qué hacer, me dio una idea, y consiguió que me entusiasmara por ella. Como mínimo el 50% de este trabajo es culpa tuya. *Moltes gràcies per tot.*

También me gustaría dedicar un pedacito de este trabajo a todas las personas con ostomías del mundo, que tantas veces habrán sufrido en silencio; y a todas las enfermeras (y proyectos de enfermeras) del mundo, para que todo lo que hagan lo hagan con ilusión, y cada vez con un pensamiento más crítico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 – Ostomías y necesidades del paciente ostomizado.....	10
3.1.1. Concepto de ostomía y clasificación.....	10
3.1.2. Datos estadísticos y epidemiológicos sobre ostomías.....	11
3.1.3. Cuidados de enfermería al paciente con ostomías de eliminación.....	13
3.2 – Atención de enfermería especializada en ostomías y educación del paciente ostomizado.....	16
3.3 - Salud sexual y alteraciones de la sexualidad.....	18
3.3 - El paciente ostomizado y la afectación de su calidad de vida, bienestar psicosocial y sexualidad.....	20
3.3.1. Calidad de vida del paciente ostomizado.....	21
3.3.2. Intimidad y sexualidad del paciente ostomizado.....	23
3.4 – El modelo PLISSIT.....	26
3.4.2. Estudios realizados sobre el modelo PLISSIT.....	33
3.4.3. Consideraciones concretas del modelo PLISSIT para pacientes ostomizados.....	36
4. OBJETIVOS.....	39
5. METODOLOGÍA.....	40
5.1 – Metodología de realización del TFG.....	40
5.2 - Metodología de búsqueda.....	41
5.2.1. Búsqueda en bases de datos científicas.....	41
5.2.2. Bibliografía complementaria.....	42
6. SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	43
7. INTERVENCIÓN.....	45
7.1 – Población.....	45
7.1.1. Población diana de la intervención.....	45
7.1.2. Profesionales que participarán en la intervención.....	45
7.2 – Pregunta de investigación.....	46
7.3 – Antecedentes y contexto en el que se plantea la intervención.....	47

7.4 – Consideraciones éticas	49
7.4.1. Principios éticos	50
7.4.2. Comité de ética	52
7.4.3. Consentimiento Informado	53
7.4.4. Confidencialidad.....	54
7.5 – Plan de intervención	55
7.5.1. Planteamiento de la intervención y del estudio cuasi-experimental	55
7.5.2. Cronograma de la intervención / estudio.....	56
7.5.3. Fase pre-intervención	58
7.5.4. Fase de intervención.....	60
7.5.5 – Instrumentos de valoración	65
7.6 – Evaluación de la intervención.....	66
7.7 - Viabilidad de la intervención.....	68
7.7.1. Recursos necesarios.....	68
7.7.2. Coste-efectividad	68
8. DISCUSIÓN.....	70
9. CONCLUSIONES	73
10. BIBLIOGRAFÍA.....	74
11. ANEXOS.....	79
11.1 – Cronograma de realización del TFG	79
11.2 – Escalas de valoración a utilizar en el estudio	83
11.2.1. Escala de valoración de la función sexual de la mujer (FSM)	83
11.2.2. Escala de valoración de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets (MGH).....	85
11.2.3. Escala WHOQoL-BREF de valoración de la Calidad de Vida.....	86

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Esquema resumen del modelo PLISSIT	32
Cuadro 2: Resumen de estudios realizados sobre modelo PLISSIT	34
Cuadro 3: Sugerencias específicas para pacientes ostomizados.....	37
Cuadro 4: Estrategia de búsqueda bibliográfica	42
Cuadro 5: Criterios de inclusión y exclusión	45
Cuadro 6: Sesiones de formación para los profesionales que llevarán a cabo la intervención	59
Cuadro 7: Cronograma de realización del TFG	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema resumen del cronograma de la intervención.....	57
--	----

LISTADO DE ABREVIATURAS

AECC: Asociación Española Contra el Cáncer

AP: Atención Primaria

BPSO: Best Practice Spotlight Organization

CCEC: Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados

CdV: Calidad de Vida

CEIC: Comité de Ética de Investigación Clínica

CI: Consentimiento Informado

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CR: Cáncer de Recto

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia

FSM: Cuestionario evaluativo de la Función Sexual de la Mujer

GPC: Guía de Práctica Clínica

GBP: Guías de Buenas Prácticas

HUSM: Hospital Universitario de Santa María (Lleida)

HUAV: Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida)

LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico

MT: Marco Teórico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBE: Práctica Basada en la Evidencia

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

SEEEE: Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHOQoL-Bref: World Health Organization - Quality of Life (versión abreviada)

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La prevalencia de portadores de ostomías de eliminación es elevada, y su realización afecta a la calidad de vida de la persona, y en concreto, uno de los aspectos que se ven afectados en la mayoría de los casos es la sexualidad. A pesar de contar con consultas de enfermería especializadas en ostomías, la sexualidad en estos pacientes es todavía un tema que no se aborda de forma rutinaria ni basada en la evidencia.

El modelo PLISSIT, mediante las fases progresivas que dan nombre a sus siglas en inglés (“Permiso”, “Información Limitada”, “Sugerencias Específicas” y “Terapia Intensiva”) ha demostrado ser efectivo para el abordaje de alteraciones de sexualidad en diferentes contextos.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida y función sexual de los pacientes ostomizados del área de Lleida mediante la aplicación de una intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT.

Metodología: La búsqueda bibliográfica para la realización del marco teórico se realizó en las bases de datos *PubMed*, *Cochrane Plus* y *Science Direct* utilizando las palabras clave mencionadas a continuación.

La intervención planteada consiste en un estudio cuasi-experimental en el que se aplica el modelo PLISSIT al grupo experimental y la actuación habitual al grupo control, comparando los resultados (de calidad de vida, función sexual y otras variables perfil) mediante estadística paramétrica. Las escalas de valoración utilizadas serían WHOQoL-Bref (calidad de vida), y FSM / MGH (función sexual).

Conclusiones: Se espera que la intervención planteada aporte beneficios en sexualidad y calidad de vida para pacientes ostomizados, además de ser coste-efectiva. En dicho caso, se pretende elaborar un protocolo para su implantación en el área, en el marco favorable actual, en el que Lleida forma parte del programa BPSO con la guía “Cuidado y manejo de la ostomía” (entre otras).

Palabras clave:

[Ostomía] [Sexualidad] [Función sexual] [Calidad de vida] [Modelo PLISSIT]

Abstract and Keywords

Background: There is a high prevalence of people having an ostomy, and its creation affects quality of life, and specially sexuality concerns. Despite the presence of ostomy specialized nurses in our public health system, sexuality in this kind of patients is still a regard which is not tackled in common practice, and neither based on scientific evidence.

PLISSIT model, towards its four progressive steps that construct its name (“Permission”, “Limited Information”, “Specific Suggestions” and “Intensive Therapy”) has shown being effective for solving sexuality conditions in several studies (that took place in different contexts and with different kind of patients).

Outcome: To improve quality of life and sexual function of ostomate people in the area of Lleida, within the application of a nursing intervention based on PLISSIT model.

Methods: Bibliography research for this project has been carried on in *PubMed*, *Cochrane Plus* and *Science Direct* databases, using the following mentioned keywords.

The plan of intervention consists of a quasi-experimental study which would apply PLISSIT model to the experimental group and current intervention to control group, comparing the results (in quality of life, sexual function and other profile traits). The assessment tests used would be WHOQoL-Bref (quality of life) and FSM / MGH (sexual function).

Conclusion: It is hoped that this intervention provides benefits for sexuality and quality of life in ostomate people, and also to be cost-effective. In this case, we also propound to create a protocol so that it could be implanted in Lleida. What is more, the environment would be auspicious because the area is taking part of the BPSO project with several guides, including “Ostomy care and management “.

Keywords:

[Ostomy] [Sexuality] [Sexual behavior] [Quality of life] [PLISSIT model]

2. INTRODUCCIÓN

La alta y creciente prevalencia de personas portadoras de ostomías de eliminación hace fundamental una atención a las mismas, por parte de enfermería, integral y basada en la evidencia científica.

Para ello, será necesario, por un lado avanzar en el desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), haciendo cada vez más amplio el número de intervenciones enfermeras que se respalden, en la práctica, con investigación científica que pruebe su eficacia y demuestre que son las mejores disponibles. Por otro lado, será también clave que no olvidemos ninguno de los aspectos que influyen en la calidad de vida (CdV) de los pacientes (que antes que pacientes, son personas). Como parte importante de esta última, encontramos el ámbito de la sexualidad, gran tabú que ha estado siempre presente en nuestra sociedad, y que, aunque mucho más normalizado en la actualidad, sigue siendo uno de los aspectos menos estudiados y abordados en la práctica diaria por parte de los profesionales de la salud.

Concretamente, en el campo de los pacientes con ostomías de eliminación, debido a la alteración funcional y estética que éstas suponen, y al consiguiente impacto psicológico que generan sobre sus portadores, las dudas y alteraciones de la sexualidad serán muy habituales, y frecuentemente una de sus principales preocupaciones. Por este motivo, como una parte importante y olvidada -a partes iguales- por parte del sistema sanitario, se decidió centrar este trabajo final de grado (TFG) en ese tema.

Además, como también explicaremos en el cuerpo del trabajo, el “tiempo” y el “espacio” en el que se plantea la intervención propuesta son favorables, ya que precisamente entre 2015 y 2017 se está trabajando para implantar, en el área de Lleida, diversas guías de práctica clínica (GPC), entre las que se encuentra la guía “Cuidado y manejo de la ostomía”.

En cuanto a la metodología de realización de este trabajo y los apartados principales de los que consta, inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica de toda la información disponible para confeccionar el marco teórico (que contextualiza el problema), posteriormente se plantearon los objetivos (generales y específicos) que

se pretende alcanzar con la intervención propuesta en este trabajo y la metodología utilizada para llevarlo a cabo. Más adelante se procede a detallar la planificación de la intervención (población diana, pregunta de investigación, antecedentes y contexto en el que se plantea, consideraciones éticas, cronograma de la misma, fase pre-intervención, fase de intervención, instrumentos de valoración, evaluación de la intervención y viabilidad de la misma). Finalmente, se realiza una pequeña discusión sobre el tema y unas conclusiones personales. Tras la bibliografía, se encuentra anexa la cronología detallada de realización del TFG, así como los cuestionarios de valoración que se utilizaría en caso de llevar a cabo la intervención.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 – Ostomías y necesidades del paciente ostomizado

3.1.1. Concepto de ostomía y clasificación

Una ostomía es una abertura, a través de una intervención quirúrgica, de una víscera hueca al exterior, y un estoma es el orificio superficial de la misma, en contacto con el exterior. El nombre exacto de la ostomía depende de la localización del estoma (1).

Una ostomía de eliminación se refiere a cuando dicho procedimiento quirúrgico resulta en la derivación externa de las heces y/o la orina a través de un estoma, generalmente abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces y la urostomía para la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de deshecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado a tal fin (2).

Las ostomías pueden clasificarse en función de varios criterios (según la víscera que se comunica al exterior, la indicación quirúrgica y la capacidad de retener el contenido).

- En función de la víscera que se comunica al exterior (3):

- Colostomía: apertura quirúrgica del colon a la piel para la eliminación del tránsito intestinal y/o desobstrucción del intestino grueso. En función de la porción abocada será: ascendente, transversa, descendente o sigmoide.
- Ileostomía: apertura del íleon distal hacia la pared abdominal.
- Urostomía: apertura de la vía urinaria al exterior. En función del tramo que se exteriorice hablaremos de: nefrostomía, ureterostomía, vejiga ileal (conexión de ambos uréteres al íleon y éste abocado al exterior, eliminándose la vejiga).
- Gastrostomía / yeyunostomía: su finalidad es permitir la nutrición del paciente a través de ellas, cuando las vías digestivas habituales no lo permiten.

- Traqueostomía: su función es permitir la correcta ventilación del paciente, cuando las vías aéreas habituales no lo permiten.

- Dependiendo de la indicación quirúrgica (3):

- Temporales: aquellas que se realizan en pacientes en los que se prevee la reconstrucción o anastomosis de la víscera en un segundo tiempo.
- Permanentes: si no existe solución de continuidad, por amputación total del órgano afectado o por cierre del mismo.

- Según la capacidad de retener el contenido (3):

- Continentes: aquellas que por la técnica quirúrgica utilizada son capaces de retener por sí mismas el material a evacuar.
- Incontinentes: las que evacuan el material al exterior de forma continua.

En el caso de este trabajo, está centrado en el paciente con ostomías de eliminación (tanto digestivas como urológicas), por tanto aunque en ocasiones se nombren como “ostomías” y no “ostomías de eliminación”, en general quedarán excluidas aquellas que tengan otro tipo de funciones (gastrostomía, yeyunostomía y traqueostomía).

3.1.2. Datos estadísticos y epidemiológicos sobre ostomías

La ostomía realizada con mayor frecuencia es la colostomía (55%), seguida por la ileostomía (31%), y la urostomía (14%) (2).

Pueden llevarse a cabo por diferentes etiologías, como son, entre otras: el cáncer colorrectal (36%), la enfermedad inflamatoria intestinal (15%), el cáncer de vejiga (12%), la diverticulitis (11%), la enterocolitis necrotizante, las anomalías congénitas, la enfermedad de Hirschsprung y otros cánceres y trastornos, como son la obstrucción, la perforación y el traumatismo (2).

El cáncer colorrectal que da lugar a una ostomía se observa más en varones, mientras que las ostomías derivadas de los cánceres abdominales se observan más en mujeres. Las urostomías por cáncer de vejiga están vinculadas

predominantemente a los varones; las ostomías relacionadas con la inflamación intestinal, como son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, se experimentan igualmente en varones y en mujeres (2).

En cuanto a datos estadísticos de nuestro territorio, sabemos que los pacientes que tuvieron en España un alta hospitalaria en los que consta un diagnóstico de “estado de apertura artificial” según el CMBD¹ (4) en 2013 (último año con datos disponibles publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) fueron un total de 28.462, siendo el diagnóstico más numeroso (8.939) colostomía, seguido de apertura artificial de tracto urinario -no cistostomía- (5.463), traqueostomía (4.882), gastrostomía (4.399) e ileostomía (3.163).

Según otras fuentes complementarias consultadas, en España hay más de 70.000 personas ostomizadas y cada año se producen más de 13.000 nuevos casos (en 2015)², y en Cataluña existen más de 11.300 pacientes ostomizados y cada año se producen aproximadamente 2.300 nuevos casos (en 2014)³.

¹ El Registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de hospitalización recoge información de las altas de pacientes en hospitales agudos (100% de hospitales públicos y 84% de hospitales privados). La información clínica en el Registro está actualmente codificada mediante la clasificación internacional CIE9-MC, existiendo en dicha clasificación el código diagnóstico V44 que hace referencia a un “estado de apertura artificial”. El último año disponible en el registro es 2013.

² Publicado en el diario Gaceta Médica en 2015, en la noticia “Se inaugura el I posgrado ‘Experto en Estomaterapia’”. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2015-03-12/politica/se-inaugura-el-i-posgrado-experto-en-estomaterapia/pagina.aspx?idart=899225>

³ Publicado en la página web de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEEEE) en 2014, en la entrada titulada “Enfermeros piden mejoras en la atención a los pacientes”. Disponible en: <http://www.estomaterapia.es/enfermeros-piden-mejoras-en-la-atencion-a-los-pacientes/>

3.1.3. Cuidados de enfermería al paciente con ostomías de eliminación

Las recomendaciones básicas en cuanto a cuidados de enfermería al paciente con ostomías de eliminación, según la Guía de Buenas Prácticas sobre Cuidado y Manejo de la Ostomía realizada en 2009 en Ontario (2), son las siguientes:

- En la fase preoperatoria:

- Ofrecer formación preoperatoria a todos los pacientes que requieran una cirugía de ostomía y a sus familias.
- Marcar la ubicación del estoma en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía de ostomía.
- Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.
- Ofrecer una terapia de relajación muscular progresiva a los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía como parte de la atención continuada.

- En la fase postoperatoria:

- Evaluar el estoma inmediatamente después de la operación, así como el estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía, con una herramienta de clasificación validada para controlar las posibles complicaciones.
- Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal.
- Revisar el perfil farmacoterapéutico del paciente para garantizar la máxima absorción y eficacia en relación con el tipo de ostomía.
- Evitar la introducción en una colostomía de un supositorio de glicerina para ayudar a la evacuación de los residuos.
- Se darán consejos prácticos sobre nutrición para el cuidado de la ostomía (signos y síntomas de deshidratación, alimentos que pueden espesar las heces, que pueden diluirlas, que producen gases o que pueden aumentar el mal olor o el decoloramiento de los residuos) (5,6).

- Los pacientes ostomizados que estén en riesgo de desarrollar o que hayan desarrollado complicaciones nutricionales deben ser asesorados por un dietista titulado.
- Enseñar al paciente y a su familia el conjunto mínimo de destrezas específicas que necesitan conocer antes del alta hospitalaria.
 - Algunos ejemplos pueden ser que el paciente sepa manipular el clip o el tubo de descarga de la bolsa, si lo hay; vaciar de manera independiente la bolsa; aseo personal, ropa y restricciones en la actividad; revisión de la influencia de medicamentos, tanto de venta libre como con receta médica, sobre el funcionamiento de la ostomía; la influencia de la dieta en el funcionamiento de la ostomía; el cuidado de la piel periestomal; la continencia del olor; el seguimiento de las complicaciones; así como proporcionar orientación sexual.
 - Según el protocolo de cuidados al paciente ostomizado del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Madrid (7), la educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía, esto permite a los pacientes adquirir las destrezas en el manejo de sus estomas con anterioridad. Esta estrategia reduce el tiempo postoperatorio, el ingreso hospitalario y las cargas de trabajo en Atención Primaria (AP) y Consulta de Ostomías (8).
- Dar el alta al paciente y a su familia con el respaldo de una atención domiciliaria.
- Asegurarse de que el plan de cuidados de la ostomía es un plan personalizado que cubre las necesidades del paciente y de su familia.
- Se recomienda que una enfermera estomaterapeuta realice una evaluación y un seguimiento del paciente y de su familia tras la cirugía de ostomía con el fin de disminuir los problemas psicológicos, fomentar una calidad de vida óptima y evitar complicaciones.
- Formar al paciente y a sus familiares para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y a la piel periestomal.
- Se puede emplear una irrigación por colostomía como un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de colostomías descendentes o sigmoides en determinados pacientes adultos.

- Recomendaciones para la formación:

- La formación en materia de ostomía para todos los niveles de profesionales de atención sanitaria debe ser un procedimiento sistemático enfocado en el paciente, proporcionado tanto en el entorno laboral como académico.
- Consultar a las enfermeras estomaterapeutas en el desarrollo de programas apropiados de formación sobre ostomía dirigidos a los profesionales de atención sanitaria, pacientes, familiares y cuidadores.

Como conclusión, la atención de enfermería al paciente ostomizado y a su familia debe realizarse desde un punto de vista integral. Ésta debe ser individualizada y tener en cuenta, además del historial y estado físico del paciente, las conductas psicosociales (afrentamiento y adaptación, imagen corporal distorsionada, calidad de vida –CdV- afectada, sexualidad y preocupaciones sexuales), así como las normas culturales, espirituales y religiosas (2).

3.2 – Atención de enfermería especializada en ostomías y educación del paciente ostomizado

En pacientes con ostomía de diversas etiologías, la introducción de una estomatoterapia (estudio y manejo específico de las ostomías) mejora significativamente la CdV (9).

En el estudio de Valdivieso MF y cols (9) se analizaron 43 pacientes con una apropiada construcción de la ostomía y que se encontraba funcionando, se usaron dos escalas para medir su CdV (la escala *DDQ-15*⁴ y otro cuestionario de 11 preguntas relativas a aspectos específicos de la vida diaria), realizando las evaluaciones antes y posterior (a los 3 meses) de instaurada la estomatoterapia. Esta modalidad incluía el apoyo por parte del equipo de enfermería especializado, además de terapias de apoyo por parte de equipos multidisciplinares como psicólogos y nutricionistas. En términos generales la CdV fue mejor tras la introducción de la estomatoterapia. Las principales actividades de la vida diaria que mejoraron fueron vestirse, bañarse y la participación en actividades físicas deportivas. Los resultados de este estudio nos muestran que el apoyo multidisciplinar en estos pacientes fue fundamental, no sólo para enseñar cómo manejar correctamente el uso y limpieza de la ostomía, sino que también sirve de apoyo en diversas actividades de la vida cotidiana.

Recientemente, un estudio sobre el coste-efectividad de la atención especializada en ostomía en España en el que han participado 160 hospitales (10), ha determinado que la atención de enfermería especializada para pacientes ostomizado es costo-efectiva. Concretamente, según esta investigación, los pacientes que reciben la atención en enfermería especializada en ostomía gastan un 70% menos en términos de visitas y utilización del sistema sanitario, y mejoran su calidad de vida de manera significativa, mientras que los pacientes sin acceso a un seguimiento especializado no lo hacen. Los pacientes atendidos por la enfermería especializada en ostomía presentan menos complicaciones, sufren menos ansiedad y depresión, y no hacen prácticamente visitas a Urgencias ni a la atención primaria. Según los cálculos del

⁴ La escala *DDQ 15* es un cuestionario sobre calidad de vida, con 15 ítems, para pacientes con enfermedades digestivas. En un estudio (44) se comprobó que la escala fue relevante, replicable, y por tanto un instrumento válido para el estudio de la CdV de los pacientes con enfermedades digestivas.

estudio, el coste medio directo de estos pacientes es un 50% inferior al de los pacientes que no son atendidos por un enfermero experto (11).

En lo que se refiere a la educación del paciente ostomizado, encontramos una revisión sistemática realizada en la Universidad de Copenhage (12) con el fin de saber si la educación de estos pacientes mejora su calidad de vida, y a su vez si esta medida es costo-efectiva. Los resultados mostraron un incremento en la CdV asociada a la salud, en la eficiencia en el manejo del estoma, así como una reducción en la estancia hospitalaria postoperatoria y una reducción significativa del coste en el grupo intervención (en comparación con el grupo control). También se vieron mayores tasas de efectividad en el grupo intervención, así como un aumento en el conocimiento relacionado con el estoma, y un aumento de la adaptación psicosocial. Por tanto, las conclusiones fueron que una educación estructurada a los pacientes ostomizados relativa a las necesidades psicosociales de los pacientes pareció tener un efecto positivo en la calidad de vida, así como en el coste. Las intervenciones pueden llevarse a cabo antes, durante o después de la estancia hospitalaria. Sin embargo, los datos extraídos provinieron de varios estudios con diferencias tanto en sus intervenciones como en el diseño de los estudios, y por tanto determinaron que son necesarios más estudios antes de que se puedan obtener unas conclusiones definitivas al respecto.

3.3 - Salud sexual y alteraciones de la sexualidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “salud sexual” es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o alteración. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (13).

La “sexualidad” son un conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y deseo sexual, comprende tanto el impulso sexual como aspectos de la relación psicológica del propio cuerpo y rol social. Además, la sexualidad es una de las necesidades básicas de las personas, por lo tanto, es innata y muy importante para la calidad de vida de la persona (14).

Podemos encontrar otras definiciones de sexualidad, como la elegida por Coloplast para su manual práctico sobre *Pautas para las relaciones de pareja en pacientes ostomizados* (15), según el cual se entiende como una serie de sentimientos que tenemos como seres sexuales; la forma que elegimos para expresar esos sentimientos con nosotros mismos y con los demás; y la capacidad física que cada uno de nosotros tiene para dar y recibir placer sexual. Además, esta sexualidad se puede expresar de muchas maneras: al vestirnos, movernos, hablar, y también al besarnos, tocarnos o realizar el coito.

El simple hecho de decir que somos seres sexuales implica que la sexualidad es parte de lo que somos, no solo de lo que hacemos. Cada uno de nosotros es único desde el punto de vista sexual en el sentido que cada uno elige si quiere o no ser sexualmente activo y en qué forma, con qué frecuencia y con quién. La importancia de la sexualidad varía enormemente de persona a persona (15).

La conciencia de nuestra individualidad sexual se crea en nuestra niñez y se conserva toda la vida. Nuestra cultura y entorno social influyen en el concepto de la sexualidad propia y la ajena. En nuestra cultura, el amor y la sexualidad a menudo están estrechamente relacionados, pero muy a menudo también se viven de forma independiente. El deseo sexual es algo importante para la mayoría de las personas pero lo que crea el deseo es distinto para cada uno (15).

A algunas personas, sin presentar ningún cambio en su aspecto físico, el manifestar su sexualidad a otra persona les puede resultar dificultoso por vergüenza o timidez, por ello es importante pensar en aquellas personas que, por enfermedad, han sufrido un cambio en su aspecto físico (como puede ser la realización de un estoma), ya que es posible que por miedo o inseguridad frente a este cambio presenten un rechazo a la manifestación sexual (14).

Sin duda, por este u otros motivos, la sexualidad puede verse afectada de una forma muy importante por una enfermedad, por su tratamiento o por una operación quirúrgica (15).

Desde el punto de vista de la metodología enfermera, para referirnos a los problemas en la función sexual, podemos encontrar los siguientes diagnósticos NANDA (16):

- Disfunción sexual (00059): Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.
- Patrón sexual ineficaz (00065): Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

3.3 - El paciente ostomizado y la afectación de su calidad de vida, bienestar psicosocial y sexualidad

Según la GBP *Cuidado y manejo de la ostomía* realizada en 2009 en Ontario (2), las investigaciones existentes revelan sistemáticamente que los pacientes ostomizados experimentan ansiedad y expresan preocupación por las cuestiones sexuales. Esto ya quedaba reflejado en estudios realizados hace prácticamente una década, como la revisión sistemática de Brown y Randle (17), que refería disfunción sexual en el 45% de las personas sometidas a una colostomía y disfunción erectil en el 90% de los varones sometidos a una cistectomía radical y urostomía. Por otro lado, Richburg y cols (18) declararon que el 26% de los pacientes con colostomía, el 17% de los pacientes con ileostomía y el 40% de los pacientes con urostomía tuvieron problemas sexuales tras a cirugía de ostomía, generándose una tasa de prevalencia del 26% en todas las personas ostomizadas.

La sexualidad es una parte integral de la CdV y está estrechamente ligada a la imagen corporal. Además, el interés prestado por las enfermeras a los problemas sexuales de los pacientes forma parte de su grado de satisfacción con los cuidados recibidos. Estos datos aportan los fundamentos para la evaluación de los problemas sexuales derivados de una cirugía de ostomía (2).

De acuerdo con las cifras mencionadas anteriormente sobre alteración del patrón de sexualidad en pacientes ostomizados -que posteriormente veremos de forma más detallada-, unidas al hecho de que estos pacientes consideran que tratar el tema con los profesionales de enfermería mejoraría su percepción de los cuidados recibidos, podemos pensar que es vital por parte de enfermería abordar este aspecto, y por tanto tener la formación y los recursos necesarios para ello.

3.3.1. Calidad de vida del paciente ostomizado

La CdV es la percepción individual del estado de salud en relación a aspectos sociales, físicos, psicológicos, económicos y espirituales. Según la OMS, ésta cubre cinco dimensiones: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno (19).

Algunos autores proponen una nueva definición integradora del concepto de CdV, definiéndola como “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente (físico, social y comunidad) y la salud objetivamente considerada” (9).

La propia ostomía, lleva implícita una agresión tanto física como psicológica, que va a afectar a la integridad corporal del paciente, la autoimagen, la capacidad funcional y relacional y, por tanto, la vida diaria; suponiendo así un impacto en la identidad de la persona y a la vez en la CdV global (9).

Esto es así, y hace que el paciente, en el momento en el que se le crea la ostomía, empiece a necesitar de ayuda, debido al disconfort, incomodidad e incluso vergüenza hacia su cuerpo, pudiéndose sentir “sucios” o incluso “repugnantes”. Esto puede llevarles a aislamiento social, cambios en la imagen corporal e incluso pérdida de su vida sexual (19).

Sin embargo, vivir con una ostomía no es una condición uniforme, ya que la adaptación a la vida con un estoma se ve afectada por diversos factores, como son principalmente: complicaciones inmediatas y tardanas relativas a la creación del estoma, tipo de ostomía, género, edad, enfermedad de base, personalidad, creencias religiosas, hábito ocupacional y estado civil (20).

Algunos de los factores anteriormente citados contribuyen a estabilizar la situación, mientras que otros pueden llevar a diferentes problemas, como por ejemplo: deshidratación, problemas sexuales, problemas de la piel periestomal, complicaciones del estoma (hernias, dehiscencias, prolapsos...), así como

sentimientos negativos relacionados con el cambio de imagen. Estos problemas pueden tener un efecto negativo en la adaptación a la vida con la ostomía, así como a la calidad de vida asociada a la salud (20).

En los pacientes operados por cáncer de recto (CR) se ha descrito de forma sistemática que experimentan una alteración de la CdV respecto de la que tenían previamente a la confección de la ostomía. Esta alteración es más evidente en algunos aspectos, como en la satisfacción con la apariencia personal, problemas sexuales, interferencia con el desarrollo del trabajo diario, actividades recreativas y viajes (9,21).

Otro de los factores descritos para la variación de la CdV es la edad de la construcción de la ostomía, así como si esta se realiza de forma programada o no programada. En este sentido, un estudio de 49 pacientes evaluados con la escala *SF 36 v2*⁵ antes de la cirugía, a los 6 y a los 12 meses, mostró que el bienestar mental, si bien al comienzo fue menor en personas más jóvenes, tuvo una mejoría continua hasta los 12 meses, lo cual no fue similar en personas mayores. La función física mejoró en ambos grupos (jóvenes y mayores), siendo variable la mejoría en ambos grupos. Se observó en aquellos pacientes en que la construcción de la ostomía fue programada, que tuvieron una mayor mejoría en las evaluaciones a los 6 y a los 12 meses (9).

Un estudio caso-control (22) de pacientes que sobrevivían más de 5 años desde el diagnóstico de CR, evidenció que tanto hombres como mujeres con ostomía, poseían alteraciones importantes en el ámbito psicológico, notando un pequeño porcentaje de pacientes con ideación suicida. En este mismo estudio, se remarca que uno de los factores que se ve más afectado, es el tema de las relaciones sociales, siendo la intimidad lo más nombrado tanto en hombres como en mujeres (9).

⁵ El cuestionario de salud SF-36 (58) fue ideado en EEUU por Ware JE en 1992, y la versión 2 (SF36-v2) fue creada en España -a partir del primero- en 1995. Es un cuestionario con 36 ítems que mide la CdV relacionada con la Salud o Salud Percibida (genérica, para cualquier género o edad). Contempla 8 dimensiones, que son: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y dos componentes sumarios (físico y mental).

3.3.2. Intimidad y sexualidad del paciente ostomizado

La realización de una ostomía afecta directamente a la imagen corporal de la persona y, debido a ello, puede haber reacciones psicológicas desfavorables a la aceptación de la misma (14).

Como ya hemos citado en apartados anteriores, la sexualidad es una necesidad importante en todas las etapas de nuestra vida, y por ello, tras un cambio físico y de hábitos importante (como es la realización de una ostomía), los pacientes presentan dudas y miedos respecto a la vida íntima (14).

Las reacciones psicológicas son la causa más importante de disfunción sexual en hombres y la dispareunia (o sequedad vaginal) en mujeres ostomizadas, debido al estrés producido por la enfermedad e intervención, y al miedo a la no adaptación a la nueva situación por ambas partes de la relación. La inhibición sexual afecta también en el ámbito social, por miedo al rechazo (14).

En el estudio descriptivo de Ferri P y cols (23), que exploraba lo vivido por un grupo de 53 pacientes adultos ostomizados con respecto a la sexualidad mediante una encuesta y la atención ofrecida por la enfermera especialista, se mostró que en el 64% de los casos señalaron nunca haber tratado el tema de la sexualidad con los profesionales sanitarios, cuando un 60% hubieran querido hacerlo. Por otro lado, el 68% afirmó que su propia sexualidad había cambiado después de la realización del estoma y la mayor parte declaró tener sentimientos de desconfianza en sí mismos, vergüenza y miedo. Un porcentaje significativo vive un fuerte malestar por el impacto de la ostomía en su propia imagen corporal y en su propia sexualidad.

Se han identificado cuatro aspectos psico-sexuales claves a los que se enfrentan los pacientes ostomizados (24), que son: alteración de la imagen corporal; incapacidad o pérdida del deseo de tener encuentros debido a aspectos físicos y psicológicos de la intervención; respuestas psicológicas y emocionales para adaptarse a la cirugía, incluida la comunicación de dificultades entre el paciente y su pareja; y la infertilidad como consecuencia de la cirugía, la enfermedad o el tratamiento (25).

Tanto hombres como mujeres ostomizados experimentan miedos asociados con la ostomía, incluida la apariencia (sentirse no atractivos sexualmente), el ruido

(flatulencias incontrolables), las posibles fugas, y el dolor. Específicamente, los pacientes tienden a preocuparse por cómo reaccionarían sus parejas ante una posible descolocación y apertura de la bolsa de ostomía durante el encuentro. Por otro lado, las parejas tienden a tener miedo de hacerles daño debido al contacto con el estoma durante la actividad sexual (24,26).

Puede que las semanas, incluso meses, tras la intervención en la que se ha realizado la ostomía haya una disminución del apetito sexual debido al estrés y tensión sufridas durante el diagnóstico de la enfermedad y la intervención, pero esta incapacidad sexual mejorará en la mayoría de los casos (con el tiempo y según el tipo de ostomía) de forma proporcional al aumento de la autoconfianza, seguridad y adaptación (14).

En cuanto a la función sexual, según el tipo de ostomía puede haber mayor o menor afectación (14):

- Colostomía

Tras la intervención quirúrgica en la que se realiza la colostomía, según la porción intestinal que se reseque hay mayor, menor o nulo riesgo de lesión orgánica que pueda influir en la disfunción sexual. En las resecciones anteriores bajas y las amputaciones abdominoperineales existe un mayor porcentaje de disfunción sexual (60% de ausencia de eyaculación y 17% de impotencia eréctil) debido a la íntima relación del recto con los nervios responsables de la función sexual. A la amputación abdominoperineal se asocia una disfunción sexual de entre el 50 y el 100% en los hombres, en las mujeres la afectación más importante en ambos casos es la dispareunia.

En las partes más altas del colon el mayor problema en cuanto a la sexualidad puede ser las reacciones psicológicas de los pacientes por el impacto emocional al cambio del aspecto físico, pues es muy difícil la afectación orgánica.

- Ileostomía

Tras la intervención quirúrgica puede haber lesión de los nervios pelvianos o afectación de los órganos genitales y con ello pueden quedar secuelas como disfunciones sexuales del tipo impotencia, eyaculación retrógrada y pérdida de la capacidad eyaculadora en hombres y dispareunia en las mujeres. Si no existen estas lesiones, el impacto psicológico que supone el cambio de la imagen corporal suele superarse progresivamente con la vuelta a las actividades normales.

- Urostromía

La cistectomía radical tipo Bricket produce unas lesiones orgánicas, difíciles de evitar, que dejan como secuelas la impotencia sexual en el hombre secundaria a la sección de los plexos nerviosos vesicales responsables de la erección y de la eyaculación.

En el caso de la mujer el problema suele ser la falta de lubricación de la pared vaginal, por ello tienen sensación dolorosa en las relaciones sexuales.

3.4 – El modelo PLISSIT

El modelo PLISSIT fue creado hace 40 años por el psicólogo americano Jack Annon (27), con el objetivo de guiar a los profesionales de la salud en cuanto a las estrategias más efectivas para tratar aspectos sexuales, y a su vez para facilitar la comunicación cuando hay la necesidad de derivarlos a un asesoramiento / tratamiento más especializado (28).

Así, desarrolló un modelo simple que ilustra el hecho de que la mayoría de los problemas sexuales no necesitan un curso intensivo de terapia. Utilizó el acrónimo “PLISSIT” (procedente de sus iniciales en inglés) para cuatro posibles niveles de intervención en los problemas sexuales, siendo éstos: “Permiso”, “Información Limitada”, “Sugerencias Específicas” y “Terapia Intensiva” (27).

Mediante el apoyo proporcionado en estas cuatro fases, los profesionales de salud pueden ayudar a los pacientes a saber y entender sus propias habilidades, así como sus carencias debidas a las experiencias que han vivido de enfermedad y/o cirugía, permitiéndoles así adaptarse y superarlas adecuadamente (29).

Este modelo, proporciona un marco específico para planear un cuidado compresivo de los problemas sexuales (tras tratar el tema de la sexualidad con los pacientes y determinar sus problemas), permitiendo a los profesionales de salud iniciar una conversación referente a los aspectos sexuales de los pacientes y, como veremos a continuación, durante las etapas siguientes del modelo, se incorpora información útil y sugerencias específicas al plan de cuidados (30).

A continuación se explicará brevemente en qué consiste cada uno de los niveles / fases del modelo PLISSIT:

- Nivel 1: “P” (*Permission* / Permiso)

El modelo PLISSIT empieza con el nivel de “permiso”, ya que la mayoría de los problemas sexuales son causados por la ansiedad, sentimientos de culpa o inhibiciones. Consiste en un “terapeuta” que, utilizando su autoridad profesional, simplemente “de permiso” para hacer lo que el paciente ya está haciendo, lo cual puede aliviar mucho sufrimiento innecesario (31).

Si con este permiso en ocasiones surge la posibilidad de que usuario y profesional hablen sobre la sexualidad, y si somos capaces de que esta conversación se produzca, puede que simplemente con escuchar sea suficiente. A veces nuestra prisa por aconsejar o solucionar los problemas de la gente nos hace olvidar que quizá no haya realmente un problema y que simplemente se esté pidiendo una “confirmación” o “reconocimiento” de lo que se está sintiendo, viviendo o deseando (32).

Resulta necesaria una actitud que favorezca el detenerse en lo que se está planteando, escuchar realmente lo que el otro está diciendo y, si es preciso, profundizar con preguntas para aclarar cuál es la demanda (32). Es por ello que esta fase requiere de habilidades de comunicación para poder iniciar y mantener una relación amistosa, confortable y de apoyo entre el paciente y el profesional de la salud, para poder hablar de aspectos, comportamientos y pensamientos sexuales (33).

En este nivel se introduce el tema de la sexualidad, y se anima al paciente a hablar de ello, tanto de su sexualidad como de los problemas que pueden haber aparecido (30,33).

Muchas de las personas que experimentan disfunción sexual probablemente sean reacias a compartir detalles de su sexualidad en una consulta con un profesional sanitario. Es útil comunicarles que el profesional está abierto a hablar sobre lo que a ellos podría parecerles un problema embarazoso. Se recomienda que el profesional muestre una escucha activa, que proporcione conocimientos, así como que de seguridad al paciente (28).

La creación de este ambiente de “permisividad” sirve para que tanto el profesional como el paciente se sientan autorizados a considerar el bienestar sexual como un aspecto legítimo de la recuperación tras un problema de salud (34).

Cuando un paciente no está preparado para enfrentarse a aspectos sobre sexualidad, los profesionales de la salud deben hacerle saber que tal vez no es el mejor momento, pero que el paciente puede pedir o compartir información al respecto en cualquier momento si lo desea (29).

Además, el paciente puede tener diferentes inconvenientes, por lo que será importante entender su perspectiva, su posible dolor, clarificar sus expectativas, y determinar cuál de sus sentimientos / percepciones es el problema principal. En este contexto, el proceso debe estar focalizado pero ser abierto, progresando de lo general a lo específico y permitiendo las expresiones espontáneas del paciente. Algunas preguntas con las que podemos empezar son “¿qué preocupaciones tienes sobre tu funcionamiento sexual o vida sexual?”, “¿estás teniendo ahora mismo alguna dificultad sexual?”, o “¿tienes algún tipo de dolor durante o después del sexo?”. El papel del profesional de la salud es mantener la continuidad de la entrevista y escuchar a los mensajes verbales y no verbales que le hace llegar el paciente (29).

Los elementos siguientes deben formar parte de las estrategias utilizadas por la enfermera para abordar estos aspectos (34):

- Estructuración del entorno y del comportamiento del profesional para respetar la intimidad y la dignidad del paciente
 - Facilitar / normalizar la discusión de temas sensibles
 - No juzgar las informaciones sexuales obtenidas de los pacientes
-
- Nivel 2: “LI” (*Limited Information* / Información Limitada)

El segundo nivel de la intervención se centra en aumentar el conocimiento del paciente sobre los comportamientos y actuaciones sexuales “normales”, así como las condiciones que los afectan; se hace en referencia directa a la sexualidad del pacientes y a los aspectos mencionados anteriormente en la fase de “permiso” (30,33).

A veces es suficiente con dar a los pacientes la correcta información anatómica y psicológica para restablecer su funcionamiento sexual. No es poco frecuente que los pacientes tengan concepciones erróneas sobre el funcionamiento de su cuerpo y en consecuencia tengan expectativas irreales (31).

A su vez, pueden tener también falsas concepciones sobre hasta qué punto los problemas que están experimentando son comunes en otras personas. Esto

puede inhibirles a la hora de abrirse a explicar la naturaleza del problema. Por tanto, se recomienda que los profesionales den “información limitada” para animar a que se abran con lo que seguramente considerarán detalles embarazosos. Esta información sirve fundamentalmente para proporcionar al paciente un nivel de normalización sobre el tema, para dispersar falsas concepciones, así como para dar pie a compartir información más concreta. Mediante estas dos primeras fases el profesional obtiene una historia previa del paciente.

La “información limitada” que las enfermeras pueden proporcionar sobre sexualidad puede incluir los siguientes temas (34):

- Impacto de la enfermedad, del tratamiento y de las terapias medicamentosas sobre la expresión sexual mediante apoyos escritos o disponibles en internet destinados informar a los pacientes
- Tratamientos farmacológicos y dispositivos para superar las dificultades eréctiles inducidas por el tratamiento
- Posibilidad de utilizar dilatadores vaginales, dispositivos de lubricación íntima y de gestión de la menopausia en el caso de las mujeres tras el tratamiento de un cáncer ginecológico

En esta fase, la biblioterapia, es decir, dar libros sobre sexualidad al paciente para que los lea, puede tener resultados positivos (31).

Además, es importante que en esta fase los profesionales de la salud pongan énfasis en la importancia de la comunicación y confianza con la persona con la que el paciente tiene una relación. A su vez, deberán dispersar falsas concepciones, revisar las necesidades de salud sexual, confort, confianza y seguridad emocional (29).

- Nivel 3: “SS” (*Specific Suggestions* / Sugerencias Específicas)

En el nivel 3, se debería obtener información específica, así como proporcionar sugerencias específicas (33).

La fase de “sugerencias específicas” se basa en un intento de solucionar los problemas existentes, pretende solucionar un problema específico del individuo (o varios) y es por esto que requiere de más conocimientos específicos y habilidades que la fase anterior, de “información limitada” (30,33).

Estas sugerencias empezarán por lo que el paciente puede hacer por sí mismo, y también pueden incluir intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas (Ej. Prescripciones, ejercicio, recursos multimedia...). Esta fase incluiría proporcionar recursos al paciente para, si es posible, resolver problemas concretos (28). Entre estas estrategias se deberán incluir (34):

- Intervenciones para la disfunción eréctil, incluyendo información sobre tratamientos con inhibidores de la fosfodiesterasa 5, el aprostadil intracavernoso o transuretral, las bombas de erección o los implantes de pene.
- Conversar sobre las formas coitales y no coitales de expresión sexual que tienen en cuenta las dificultades funcionales, así como la imagen corporal alterada
- Información sobre la terapia de sustitución hormonal para hombres y mujeres
- Identificación de pacientes susceptibles de beneficiarse de una terapia intensiva

Esta fase requiere consejos prácticos y ejercicios adaptados a cada caso. Muchos de los ejercicios de placer mutuo recomendados por Masters and Johnson (35) pertenecen a esta categoría (31).

- Nivel 4: "IT" (*Intensive therapy* / Terapia Intensiva)

Finalmente, el último nivel consiste en la derivación a un especialista (33). Se llega a él cuando se detecta la necesidad de llevar a cabo esta derivación, en caso de que con los niveles anteriormente mencionados no sea suficiente para resolver los problemas existentes (30,33).

El profesional debe demostrar habilidades para ofrecer asesoramiento y/o tratamiento especializado, cuando no sea suficiente con las fases anteriores. Este apartado del modelo PLISSIT requiere experiencia particular en el manejo de la disfunción sexual humana. Los expertos en psicosexualidad consideran que este apartado es mucho menos necesario en las consultas genéricas de los profesionales de salud (médicos de familia, consultas de enfermería general y/o estomaterapeuta...) de lo que se creía hasta ahora, y que por tanto una gran parte de los problemas de sexualidad pueden abordarse con las fases anteriores (28).

Únicamente esta fase requiere de intervenciones a largo plazo dirigidas a causas complejas subyacentes. Esta terapia está dirigida a aspectos de conflictos intrafísicos o aspectos de pareja (31).

A continuación se presenta una tabla de síntesis del modelo PLISSIT:

Cuadro 1: Esquema resumen del modelo PLISSIT

P	LI	SS	IT
<i>“Permission”</i>	<i>“Limited information”</i>	<i>“Specific suggestions”</i>	<i>“Intensive therapy”</i>
(Permiso)	(Información limitada)	(Sugerencias específicas)	Terapia intensiva
<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente cómodo con el paciente, en el que poder tratar aspectos de sexualidad. - Hacerle sentir que es normal tener este tipo de preocupaciones y que puede comentarlas con los profesionales de la salud - Podría entenderse como “dar permiso” al paciente para sentirse cómodo y “normal” con sus preocupaciones, y a su vez “recibir el permiso del paciente” para tratar el tema 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el conocimiento del paciente sobre los comportamientos y actuaciones sexuales “normales”, así como las condiciones que los afectan - Rebatir falsas concepciones - Énfasis en la importancia de la comunicación y confianza con la persona con la que el paciente tiene una relación, 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminadas a resolver problemas concretos del paciente - Conversar sobre las formas coitales y no coitales de expresión sexual que tienen en cuenta las dificultades funcionales, así como la imagen corporal alterada - Sugerencias específicas en relación al estoma relacionadas con la sexualidad, tanto en lo que se refiere a la vergüenza que puede darles que se vea el estoma, que haga ruido, etc, como el miedo ante la posibilidad de que ocurran accidentes (fugas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fases anteriores no son suficientes - Requiere de atención especializada (y por tanto tendremos que derivarlo) - Ej. Expertos en disfunción sexual humana (psicosexólogos, ginecólogos, urólogos...), depresión (psiquiatras...)

3.4.2. Estudios realizados sobre el modelo PLISSIT

El modelo PLISSIT para la intervención en problemas de sexualidad –que como ya hemos mencionado fue creado hace cerca de 40 años-, a pesar de no ser ampliamente utilizado ni conocido, ha sido sometido a diversos estudios que han demostrado su eficacia.

Estos estudios se han centrado en grupos de pacientes o ámbitos diferentes, teniendo como punto en común la aplicación de este modelo para el abordaje de alteraciones de la sexualidad. Algunos de los ámbitos en los que se centran los estudios encontrados son problemas psicosexuales en general en el ámbito de la atención primaria (28), también en atención primaria pero únicamente en mujeres (30), en aspectos sexuales tras el cáncer (36), en mujeres con cáncer ginecológico (37,38), mujeres sometidas a histerectomía (39), hombres con disfunción sexual tras el tratamiento de cáncer de próstata (40), pacientes cardíacos (41), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en atención primaria (42), e incluso en pacientes ostomizados (26).

En la siguiente tabla se explican con más detalle las características principales y resumen de algunos de estos estudios:

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

Cuadro 2: Resumen de estudios realizados sobre modelo PLISSIT

Tipo de estudio	Título de la publicación	Autores	Publicación y año	Lugar de realización	Población diana	Muestra del estudio	Resumen
Quasi-experimental	“Adressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study”	Rostamk hani F Jafari F Ogoli G Shakeri M	<i>Iran J Nurs Midwifery Res</i> (2015)	Zanjan (Iran)	Mujeres con problemas sexuales, en Atención Primaria	80 (asignación aleatoria estandarizada entre grupo control e intervención)	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo intervención recibió, por parte de una matrona, una atención en consultas basada en el modelo PLISSIT y el grupo control recibió la atención habitual. - Se evaluaron los resultados en tres ocasiones: antes de recibir la atención, 2 semanas después y 4 semanas después de la misma. - El estudio mostró una mejora significativa en el deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y disminución del dolor.
Quasi-experimental	“Effect of PLISSIT Model Sexual Health Enhancement Program for Women with Gynecologic Cancer and Their Husbands”	Nho J-H	<i>J Korean Acad Nurs</i> (2013)	Corea (Universidad de Ulsan)	Parejas en las que las mujeres habían padecido algún tipo de cáncer ginecológico	43 parejas (21 en grupo experimental y 22 en grupo control, asignadas aleatoriamente)	<ul style="list-style-type: none"> - Se llevó a cabo un programa de 4 sesiones (una sesión a la semana, durante 90 minutos cada sesión) basadas en el modelo PLISSIT. - Se les pasó un cuestionario, que fue completado por los participantes antes y después del programa. - El grupo control recibió la intervención tras el estudio experimental. - Se utilizaron el test de Chi-cuadrado, el de T y el test exacto de Fisher para probar la efectividad del programa. - Tras la intervención, los resultados obtenidos de los cuestionarios mostraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a función sexual, estrés sexual e intimidad desde el punto de vista de las mujeres y en la felicidad subjetiva de sus parejas.

Tipo de estudio	Título de la publicación	Autores	Publicación y año	Lugar de realización	Población diana	Muestra del estudio	Resumen
Estudio prospectivo, estandarizado y controlado	“The influence on women’s sexual functions of education given according the PLISSIT model after hysterectomy”	Tutuncu B Yildiz H	<i>Procedia – Soc Behav Sci</i> (2012)	Estambul (Turquía)	Mujeres operadas de histerectomía	70 (divididas aleatoriamente entre grupo experimental y control)	<ul style="list-style-type: none"> - Al grupo experimental se le aplicó un programa educativo según el modelo PLISSIT - Los datos fueron recogidos mediante el cuestionario FSFI (Female Sexual Function Index), que fue completado en 4 ocasiones (dos previas a la cirugía, una a los 3 meses, y otra a los 6 meses tras la cirugía). - Los resultados mostraron que las funciones sexuales de las participantes eran similares antes de la indicación de la histerectomía, en ambos grupos afectó negativamente a la sexualidad la realización de la misma, pero en las evaluaciones postoperatorias a los 3 y los 6 meses se mostró que la función sexual de las mujeres que habían sido educadas según el modelo PLISSIT fueron mejores. El grupo control mostró tasas más elevadas de disfunción sexual; y las mujeres del grupo experimental tuvieron más éxito al enfrentarse a los problemas sexuales tras la cirugía.
Experimental	“Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma”	Ayaz S Kubilay G	<i>J Clin Nurs</i> (2009)	Ankara (Turquía)	Pacientes ostomizados	60 (30 en el grupo experimental y 30 en el control, aleatoriamente)	<ul style="list-style-type: none"> - La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario y la escala Golombok-Rust Interventory of Sexual Satisfaction (GRISS) - Al grupo experimental se le realizaron 8 visitas a domicilio en las que se trataron los problemas sexuales de los individuos con un estoma, y se les proporcionaron soluciones, bajo el modelo PLISSIT de intervención en aspectos de sexualidad. - Los resultados mostraron que los problemas sexuales descendieron al utilizar el modelo PLISSIT.

3.4.3. Consideraciones concretas del modelo PLISSIT para pacientes ostomizados

En el contexto del paciente ostomizado, el método PLISSIT se aplicará de forma similar a lo comentado anteriormente.

Las intervenciones de enfermería empiezan con información básica, corrigiendo mitos y falsas concepciones relativas a la sexualidad y la función sexual tras la creación de una ostomía. La enfermera ayuda al paciente a darse cuenta de que una alteración de la función sexual no destruye la sexualidad. Posteriormente, la enfermera proporciona sugerencias específicas para conseguir cambios en la función sexual que animen a la exploración y a “redescubrir la sexualidad” (43).

En la siguiente tabla se detallan algunas de las “sugerencias específicas” útiles para pacientes con ostomías en varios aspectos relativos a la sexualidad (43):

Cuadro 3: Sugerencias específicas para pacientes ostomizados

Aspecto	Sugerencias
Falta de intimidad	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el tiempo de intimidad - Utilizar besos, abrazos, masajes, caricias, petting, tocamientos... - Dejar en un segundo plano el coito, de forma temporal o permanente
Falta de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el intercambio de opiniones - Hacer preguntas / intercambiar impresiones sobre el placer - Compartir fantasías - Hablar sobre aspectos morales y actitudes - Hablar sobre la sexualidad individual - Hacer listas escritas con recordatorios - Planifica tiempos y lugares específicos para hablar - Leer y hablar sobre libros/artículos que hablen sobre aspectos de psicología o sexualidad
Vergüenza por la posibilidad de que se vea el estoma o de los ruidos que pueda hacer el mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar ropas, camisetas, fajas u otros objetos específicos para cubrir el estoma - Vaciar la bolsa previamente a momentos de intimidad - Hacer irrigaciones previas a momentos de intimidad (si éstas se realizan como parte del cuidado habitual) - Recoger la bolsa en recipientes estilo riñonera - Pegar la bolsa para estabilizarla - Comer a horas regularizadas - Ser cautelosos con alimentos que favorecen los gases - Realizar una correcta higiene, utilizar desodorantes y colonias - Experimentar con opciones, posiciones - Poner música de fondo para cubrir los posibles sonidos que podrían avergonzar al paciente
Posibles accidentes	<ul style="list-style-type: none"> - Tomarse con humor con los aspectos relacionados con la ostomía y posibles "accidentes" con la misma - Ducharse juntos cuando la bolsa fugue - Usar coberturas de plástico si ayuda a que mentalmente se sientan más seguros - Hablar sobre sentimientos, emociones y consecuencias; resolver juntos los problemas que puedan surgir

Para las colostomías en las que no hay afectación directa de la funcionalidad sexual, sino que el problema viene como consecuencia de las reacciones psicológicas de los pacientes ante la ostomía, algunos de los recursos que pueden aumentar la seguridad y, con ello, la autoestima del paciente son los siguientes (14):

- Técnica de irrigación (en personas entrenadas): con esta técnica se permite decidir el momento del vaciamiento digestivo y así evitar escapes de heces hasta 48h después. No obstante, se recomienda llevar bolsas de tamaño pequeño.
- Vaciar el reservorio antes del encuentro.
- Uso de bolsas de colostomía opacas o cinturones para sujetar mejor el disco y bolsa.
- Uso de obturadores de estoma.
- Bolsas mini-cap.

Algunos recursos que pueden utilizar los pacientes ileostomizados son (14):

- Vaciar el reservorio antes del encuentro
- Uso de bolsas de ileostomía opacas o cinturones para sujetar mejor el disco y bolsa

En el caso de impotencia sexual en hombres (ej. Cistectomía radical tipo Bricket) en primer lugar, se debe recomendar la aceptación del estoma por ambas partes de la pareja y el uso de prácticas sexuales alternativas junto con la explicación de que la actividad sexual no tiene porqué terminar en el coito (14).

En el caso de mujeres con falta de lubricación y por tanto relaciones dolorosas, se les puede recomendar el uso de lubricantes, realizar ejercicios que mitiguen la dispareunia (ejercicios de Kegel) y cambios posturales durante la relación (14).

En general, para una mayor tranquilidad es muy importante elegir un recurso que se adapte al estoma (tanto en ostomías digestivas como en urinarias), al igual que es necesario que la bolsa elegida se ajuste y selle perfectamente el estoma para evitar fugas imprevistas, siendo también importante que la piel periestomal esté en buenas condiciones. Todo esto aumentará la seguridad y ayudará a la superación de los temores (14).

4. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar la eficacia del modelo PLISSIT como intervención de enfermería en las alteraciones de la sexualidad de pacientes ostomizados, en el área de Lleida
- Mejorar la función sexual de los pacientes ostomizados del área de Lleida, y como consecuencia su CdV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las alteraciones de la sexualidad / función sexual más habituales, y detectar los pacientes ostomizados que presentan alguna de ellas.
- Analizar las variables sociodemográficas y de perfil de los participantes.
- Medir la función sexual de los pacientes ostomizados según la escala FSM en mujeres y según la MGH en hombres.
- Medir la CdV de pacientes ostomizados según la escala WHOQoL-BREF .
- Comparar los resultados obtenidos, tanto en lo referente a la función sexual como a la calidad de vida en cada uno de los grupos a estudio.
- Reducir las derivaciones a especialistas como consecuencia de alteraciones de sexualidad en pacientes ostomizados.

5. METODOLOGÍA

5.1 – Metodología de realización del TFG

El presente trabajo consta de dos partes fundamentales:

- Búsqueda bibliográfica para la realización de un marco teórico que pone en evidencia la existencia de un problema de salud (en este caso las alteraciones de la sexualidad que presentan algunos pacientes como consecuencia de la realización de una ostomía de eliminación)
- Planteamiento de una intervención de enfermería cuyo objetivo es dar solución, o al menos mejorar / disminuir, el problema encontrado. En este caso la intervención planteada se basa en un modelo ya existente de intervención en sexualidad (modelo PLISSIT), y se detalla cómo se prepararía, llevaría a cabo, evaluaría, y las consideraciones éticas que tendría en cuenta, pero por el momento no se lleva a cabo. Dicha intervención, en caso de llevarse a término, consistiría a su vez en la realización de un estudio cuasi-experimental, en el área de Lleida, sobre la efectividad de la misma.

El cronograma que detalla el proceso seguido (y temporalización) para la realización de este trabajo se adjunta al final, en el anexo 11.1.

5.2 - Metodología de búsqueda

5.2.1. Búsqueda en bases de datos científicas

Para la realización de este trabajo como fuente bibliográfica principal se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas del ámbito de las ciencias de la salud.

Dicha búsqueda se empezó en octubre de 2015, inicialmente con el fin de elegir el tema, y una vez fue seleccionado, se realizó gran parte de la búsqueda llevada a cabo para el trabajo, que no obstante se continuó y amplió a lo largo de la realización del mismo.

Los criterios de inclusión de los artículos encontrados fueron:

- Artículos de los últimos 10 años (preferiblemente los últimos 5)
- En los idiomas: inglés, castellano, catalán o francés*
- Cuyo texto completo estuviera disponible de forma gratuita (o accesible con los Proxys de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida)*
- Que trataran sobre el tema de interés para este trabajo: pacientes adultos ostomizados (con colostomías, ileostomías, urostomías u ostomías en general; independientemente de la causa de éstas), y en concreto sobre la calidad de vida de dichos pacientes; su afectación psicológica; afectación de la sexualidad; papel de la enfermera especialista en ostomías; educación sanitaria al paciente ostomizado; visión del paciente ostomizado sobre los cuidados recibidos; o sobre intervenciones para mejorar la sexualidad en este tipo de pacientes.

* Como excepción a los citados criterios de inclusión, se utilizaron para este trabajo 6 artículos a cuyo texto completo no se pudo acceder, ya que, tras la lectura del *abstract* se consideró que proporcionaban información de interés sobre el tema. A cuatro de ellos no se pudo acceder por no estar disponibles de forma gratuita; y a dos de ellos por barrera idiomática (uno turco y otro coreano).

A continuación se detalla la búsqueda bibliográfica realizada:

Cuadro 4: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Palabras clave (y descriptores)	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	Ostomy AND Sexuality	- Publication dates (10 years)	23	(19,22–24,26,28,34,36,40,43)
PubMed	Ostomy AND Sexual behavior	- Publication dates (10 years)	38	(19,22–24,28,36,40,43)
PubMed	Ostomy AND Quality of life	- Publication dates (10 years)	522	(8,9,12,17–22,25,40,44)
Biblioteca Cochrane Plus	Ostomy	(Sin límites)	10	(12,17)
Science Direct	Ostomy	- Year (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016)	1188	(8,10,14,18,25)
PubMed	PLISSIT model	(Sin límites)	25	(26,29,30,36–39,41,42)
Science Direct	PLISSIT	(Sin límites)	185	(27,28,31–35)

5.2.2. Bibliografía complementaria

Además, se consultaron otras fuentes de información complementarias a las citadas bases de datos, que fueron básicamente:

- Guía de Buenas Prácticas “Cuidado y manejo de la ostomía” de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (Canadá)
- Libro de enfermería medicoquirúrgica de LeMone
- Página web Fisterra (web de consulta de Atención Primaria en la red)
- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Ministerio de Sanidad de 2013
- Libro de diagnósticos de enfermería (NANDA) de 2012-2014
- Manuales prácticos del paciente ostomizado de Coloplast (sobre Pautas para el cuidado de la piel; Pautas dietéticas; Pautas psicológicas; y Pautas para las relaciones de pareja).

6. SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El número de pacientes ostomizados tanto en España como en Cataluña es elevado, y se espera que siga aumentando (4). Tras la realización del marco teórico, se observó que, a pesar de que una ostomía de eliminación como tal no es un problema de salud, sino una medida terapéutica ante el mismo (que puede ser de diferente etiología), su realización afecta inevitablemente de forma importante a la vida diaria de la persona, así como a su calidad de vida, y en concreto, uno de los aspectos que se ven afectados en la mayoría de los casos es la sexualidad (2,9,14,19–22,24–26). Dentro de las alteraciones de la sexualidad que se dan en personas con ostomías de eliminación, un pequeño porcentaje son debidas a afectaciones directas de la función sexual del paciente, pero en la mayoría de los casos son consecuencia del impacto psicológico y de la autopercepción que causa la ostomía en los pacientes (14,17,18,23–26).

La atención integral por parte de enfermería especializada en ostomías (estomaterapeuta) ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados, así como ser coste-efectiva (9,10). Además, también se sabe que los pacientes, o un gran porcentaje de ellos, valorarían de forma positiva tratar aspectos de sexualidad con profesionales de la salud (23). Sin embargo, a día de hoy la sexualidad todavía sigue siendo en muchos casos un tema “tabú”, o simplemente un tema en el que los profesionales no están lo suficientemente formados, por lo que es algo que no se aborda de forma cotidiana en las consultas de enfermería, y desde luego no de forma protocolizada y/o basada en la evidencia (23).

Siendo que sabemos todo esto, y que disponemos de enfermeras estomaterapeutas que se dedican de forma especializada a proporcionar cuidados integrales al paciente ostomizado, abordar la sexualidad en estos pacientes es –o debería ser– un objetivo urgente de nuestro sistema sanitario, y previamente la formación de los profesionales que les capacite para ello.

Por este motivo, se decidió plantear una intervención que dé respuesta a este problema de salud, para que esta afectación de la sexualidad y este “sufrimiento en silencio”, deje de ser el día a día de muchos pacientes ostomizados.

Para fundamentar la intervención, se decidió seguir el modelo PLISSIT, ya que, como también hemos visto en el MT, se han realizado diversos estudios sobre el mismo que han mostrado su efectividad (26,28,30,36–42). Dicho modelo, se aplicaría en nuestra intervención de forma similar a los estudios encontrados, pero en el ámbito de los pacientes ostomizados, y en el área de Lleida.

Por otro lado, se ha demostrado que la educación estructurada a los pacientes ostomizados relativa a sus necesidades psicosociales tiene un efecto positivo en su CdV, así como en el coste (12). Por ello, podemos prever que la intervención que se pretende realizar (psicoeducativa sobre alteraciones de la sexualidad), además de esperarse que aporte beneficios para los pacientes (igual que ha ocurrido al aplicarla en otros colectivos), y que mejore su percepción de los cuidados recibidos, sería también coste-efectiva.

7. INTERVENCIÓN

A continuación se detallan las características de la intervención planteada: población diana, profesionales que participarían, pregunta de investigación, antecedentes sobre el contexto de Lleida, consideraciones éticas a tener en cuenta, y se explica la intervención propuesta como tal, cómo se evaluaría, así como la viabilidad de la intervención (recursos necesarios y previsión de coste-efectividad).

7.1 – Población

7.1.1. Población diana de la intervención

Cuadro 5: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Pacientes adultos (>18 años)- Pacientes a los que se les va a realizar una ostomía de eliminación (tanto digestiva como urinaria)- Pertenecientes al área sanitaria de Lleida- Que acepten voluntariamente participar en el estudio y den previamente por escrito su Consentimiento Informado	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes < 18 años- Disfunción sexual previa a la realización de la ostomía por cualquier motivo (ej. Enfermedad crónica, tratamiento que pueda afectar a la vida sexual...)- Pacientes con limitaciones socioculturales (barrera idiomática, falta de entendimiento, no estar de acuerdo con la temática del estudio...)

7.1.2. Profesionales que participarán en la intervención

- **Formadores de los profesionales** que impartirán la intervención: un sexólogo/a, un ginecólogo/a, un urólogo/a, uno o dos psicólogos/as, un psicopedagogo/a, y un enfermero/a especializado/a en ostomías.
- **Profesionales** que llevarán a cabo la intervención para la realización del **estudio cuasi-experimental**: enfermera de la consulta de enfermería de ostomías –estomaterapeuta- del HUAV (en el grupo intervención) y enfermera de la consulta de enfermería de ostomías –estomaterapeuta- del HUSM (en el grupo control).
- **Profesionales** que se pretende que **apliquen la intervención**, en el área de Lleida, en caso de que dicho estudio muestre resultados positivos: enfermeras de la consulta de enfermería de ostomías –estomaterapeuta- tanto del HUAV como del HUSM.

7.2 – Pregunta de investigación

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) propone que los problemas clínicos que surgen durante la práctica, asistencia de enseñanza o investigación, sean descompuestos y luego organizados, utilizándose la estrategia PICO, la cual representa cada una de las partes sucesivas con relación a la población, la intervención, la comparación y “Outcomes” (resultados). Dentro de la PBE estos cuatro componentes son los elementos fundamentales de la pregunta de investigación y de la construcción de la pregunta, para la búsqueda bibliográfica de evidencias (45). Dichos ítems en este caso serían:

- **P (población):** Pacientes adultos (del área de Lleida) portadores de una ostomía de eliminación
- **I (intervención):** Aplicación de una intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT
- **C (comparación):** Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería en alteraciones de la sexualidad en pacientes ostomizados, en comparación con los cuidados proporcionados en la actualidad, fundamentalmente clínicos, y en ocasiones tratando temas psicosexuales, pero sin seguir una intervención concreta basada en la evidencia
- **O (objetivo / resultados esperados):** Mejorar la función sexual de los pacientes ostomizados, y como consecuencia su CdV

Por tanto, la pregunta de investigación que se plantea en este trabajo es:

“¿Puede la aplicación de una intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT mejorar la función sexual de los pacientes ostomizados, y como consecuencia su calidad de vida?”

7.3 – Antecedentes y contexto en el que se plantea la intervención

A nivel de Cataluña, existe desde 1994 la “*Associació catalana d’ostomitzats*” (46), que ofrece un espacio para compartir las experiencias, así como toda una serie de servicios destinados a dar apoyo a la persona ostomizada y su familia. Cuenta con la ayuda y apoyo de enfermeras estomaterapeutas, voluntarios ostomizados y de todos los profesionales de *Oncolliga*⁶, para que las personas ostomizadas puedan adaptarse a su nueva situación personal y para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, esta asociación no tiene sede ni realiza actuaciones en la provincia de Lleida.

En lo que se refiere al área de Lleida, la atención sanitaria al paciente ostomizado se realiza fundamentalmente desde los siguientes organismos:

- Consultas de enfermería experta en ostomías, tanto del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) como del Hospital Universitario de Santa María (HUSM)
- Asociación Contra el Cáncer de Lleida (AECC Lleida)
- Consultas de enfermería de Atención Primaria (AP)
- Plantas hospitalarias en las que hay pacientes ostomizados (cirugía digestiva, urología, medicina interna, oncología...)

Sin embargo, como ya hemos mencionado anteriormente, hay muchos aspectos que podrían mejorarse en la actualidad para ofrecer una verdadera atención integral y basada en la evidencia a este tipo de pacientes.

Es con este objetivo, que los centros del área de Lleida (HUAV, HUSM y Universitat de Lleida) entraron en el proyecto “Centros comprometidos con la excelencia en Cuidados” (CCEC)⁷, también conocido como BPSO-España, dentro del programa internacional *Best Practice Spotlight Organization* (BPSO), liderado por la *Registered*

⁶ La Fundación Privada “Lliga Catalana d’Ajuda Oncològica” (ONCOLLIGA), constituida en 2003 e inscrita en el registro de Fundaciones de la Generalitat de Catalunya, es una entidad sin ánimo de lucro que tiene por finalidad principal la atención psicosocial a personas con cáncer y a sus familiares. Oncolliga realiza su actividad en las comarcas de Barcelona, y está integrada en la *Federació Catalana d’Entitats contra el Càncer (FECEC)* así como en la *Federació Catalana de Voluntariat Social (FCVS)*.

⁷ Un CCEC es un Centro reconocido por las instituciones convocantes como una institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de GBP.

Nurses' Association of Ontario (RNAO), y en el que participan centros de Canadá, Australia, Chile, Colombia y EEUU (47).

El objetivo del programa BPSO es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de Buenas Prácticas (GBP) de la RNAO. Con esto se pretende crear una red internacional de CCEC que fidelice el uso de brácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. Dicho programa surge en España fruto del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la PBE: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii); el Centro Colaborador Español del Instituto Joana Briggs (CCEIJB), y la RNAO.

El programa BPSO en Lleida consiste en la implantación de GBP de la RNAO durante un período de 3 años (2015-2017) con la tutela de los dos organismos anteriormente citados. Entre las guías que se decidió implantar en este territorio, además de “Valoración y prevención de UPPs”, “Prevención de caídas y lesiones derivadas”, y “Atención orientada al paciente”, está la guía “Cuidado y manejo de la ostomía” (47).

Dicha implantación, sin duda, supondrá un paso adelante en la EBE en el ámbito de las ostomías en el área de Lleida. No obstante, para que continúe estando basada en la mejor evidencia disponible, será fundamental su actualización progresiva.

Este trabajo, de alguna manera, pretende completar y actualizar el ámbito de la sexualidad de dicha guía (relacionándolo también con el de CdV), haciendo una recopilación de la evidencia disponible en la actualidad sobre este aspecto, y planteando una intervención de enfermería basada en la evidencia sobre la sexualidad de estos pacientes.

7.4 – Consideraciones éticas

Según el documento “*Drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l’atenció sanitària*” publicado por la Generalitat de Catalunya (Departament de Salut), los pacientes tienen derecho a participar en proyectos de investigación, recibir la información, dar consentimiento previo, así como conocer el retorno de las investigaciones y las iniciativas de innovación del proceso asistencial. A su vez, tienen el deber de cumplir las responsabilidades aceptadas que se deriven de la participación en un proyecto de investigación. Además, también tienen derecho a preservar su privacidad e intimidad en la atención, la confidencialidad de la información y su libertad ideológica y religiosa.

En 1964, fue aprobada en la ciudad que le da nombre, la primera versión de la Declaración de Helsinki (48) por de la Asociación Médica Mundial (AMM), sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, que ha sido actualizada en varias ocasiones, hasta llegar a la más actual de 2008.

Esta declaración, pese a estar destinada principalmente a los médicos, invita a otros participantes en la investigación científica sanitaria en seres humanos –como por ejemplo las enfermeras- a adoptar sus principios. Algunos de ellos son:

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos)
- Es deber del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, así como el medio ambiente.
- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse en un protocolo de investigación, que tiene que hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran al caso e indicar cómo se han considerado los principios enunciados en la Declaración, así como información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar

o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

- El protocolo de investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio; comité que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.
- La participación de las personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria; así, afirma que ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
- Además, indica que deben tomarse todas las precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal, reduciendo al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. Regula también ampliamente el consentimiento informado para la participación en el estudio.

En base a las pautas citadas en esta declaración, detallaremos a continuación las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta a la hora de llevar a cabo esta intervención.

7.4.1. Principios éticos

Según Beauchamp y Childress (49), los principios bioéticos esenciales son:

- **Beneficencia**

Obliga a los profesionales sanitarios a hacer el bien, a actuar en beneficio del enfermo. Define la actuación del profesional. De ello, cabe deducir que desde una perspectiva ética de la atención sanitaria, el bien interno de la sanidad es el bien del paciente. Ese bien del paciente que busca el profesional puede llevar en ocasiones a decidir por él, sin tener en cuenta su opinión, dando lugar a lo que se conoce como “paternalismo médico”, actuación cada vez menos habitual en em ámbito sanitario dado que el respeto a la capacidad de decisión del paciente es cada vez mayor.

- **Autonomía**

Confiere al enfermo el derecho a que se le respete como persona, a él y a sus convicciones, opciones y elecciones. Define la postura del enfermo. Su manifestación más clara es el consentimiento informado.

- **Justicia**

En virtud del principio de justicia distributiva, los recursos sanitarios deben distribuirse de manera equitativa, de tal manera que ante casos iguales se den tratamientos iguales, sin que puedan producirse discriminaciones. Defina a la institución sanitaria.

- **No maleficencia**

Si bien en un primer momento se pensó que si se hacía el bien para un enfermo no cabía, a la par, causarle un daño, la evolución de la medicina hizo tomar conciencia de que en ocasiones esto no era exactamente así. Por ejemplo, ¿hasta cuándo hay que seguir tratando a un paciente en situación de coma irreversible? ¿No cabría plantear ante ciertas situaciones una limitación del esfuerzo terapéutico (LET)? Surge así la convicción, plasmada en este principio bioético, de que en aquellos casos en los que hacer el bien no es posible, el profesional debe preocuparse, en primer lugar, de no hacer daño, “*primum non nocere*”. La seguridad del enfermo, la prevención de las enfermedades iatrogénicas, la LET, los tratamientos fútiles, etc, están directamente relacionados con este principio.

En el contexto de la intervención que se propone en este trabajo, es una intervención cuyo objetivo principal es hacer el bien al paciente (principio de beneficencia), ya que pretende conseguir una mayor satisfacción con su sexualidad, y mejorar así su calidad de vida. A su vez, ni a lo largo de la intervención ni con los resultados de la misma se provoca ningún tipo de daño ni perjuicio al paciente (principio de no maleficencia). Previamente a la realización de la intervención, se explicará a los pacientes en qué consistirá, así como la finalidad de la misma, de forma que lo entiendan y acepten si desean, dejando constancia mediante la firma del consentimiento informado (respetando así el principio de autonomía).

En cuanto al principio de justicia, la intervención propuesta se ofrecerá a todos los pacientes ostomizados que acudan a la consulta de enfermería de ostomías y cumplan los criterios de inclusión y no los de exclusión, por lo que será justa (no se seleccionará ni excluirá a nadie por ningún otro criterio). En cuanto a la justicia distributiva (reparto equitativo de los recursos), podría considerarse “injusta” en el sentido de que a la mitad de los pacientes se les llevará a cabo la intervención (grupo experimental) y a la mitad no (grupo control). Esto es así con el objetivo de poder comparar los resultados y ver si la intervención aporta beneficios. En el momento de inclusión de los pacientes, mediante el Consentimiento Informado (CI), se les informará de que, si aceptan participar en el estudio, cabe la posibilidad de que se les realice la “nueva” intervención, o que no, y el motivo por el que se hace así, para que ellos, sabiendo esto, decidan libremente si quieren participar o no. Una vez finalizado el estudio y analizados los resultados, si estos son positivos, pasará a realizarse la intervención a todos los pacientes ostomizados del área de Lleida.

7.4.2. Comité de ética

Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por la UNESCO el 19 de Octubre de 2005 (50) se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- Evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos
- Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos
- Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración.
- Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Para dar respuesta al primero de los objetivos, este proyecto de intervención se entregará previamente al “Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC)” del área de Lleida para su aprobación. Dicho comité, que recibe el nombre de “CEIC Hospital

Universitario Arnau de Vilanova” (a pesar de abarcar a todos los centros sanitarios de la provincia de Lleida) fue creado hace 20 años, y en la actualidad está presidido por Joan Antoni Schoenenberger Arnaiz.

7.4.3. Consentimiento Informado

Actualmente, la obligada participación del paciente en la toma de decisiones sobre cualquier proceso relacionado con la salud que le afecte, hace necesario que la persona interesada reciba información adecuada, gradual, precisa y entendible por parte de los profesionales sanitarios que intervienen en él. De forma habitual, este proceso de información progresiva queda recogido en la historia clínica. Sin embargo, en ciertas ocasiones -como es el caso de la participación en un estudio-, la decisión del paciente debe quedar reflejada en un documento específico: el consentimiento informado (51).

El documento recoge la explicación sobre los posibles riesgos asociados a la intervención o procesamiento para el cual se solicita la autorización, los riesgos personalizados y los posibles efectos secundarios. El paciente, después de haber hecho una lectura detallada del documento, debe tener la oportunidad de pedir aclaraciones. Finalmente toma la libre decisión de aceptar o no la intervención y la expresa mediante su firma (51).

Según la citada anteriormente Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (50), la investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. Además, la persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

Por ello, previamente al inicio de la intervención, se les explicará a los pacientes de forma adecuada la intervención y los motivos de la misma, y si éstos aceptan de forma voluntaria, deberán cumplimentar la correspondiente hoja de consentimiento informado.

7.4.4. Confidencialidad

Otro de los principios enunciados por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (50) es el de privacidad y confidencialidad. La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberán respetarse. En la mayor medida posible, esa información no deberá utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento.

Para ser consecuentes con este principio, en la realización de esta intervención, la enfermera que está en contacto directo con las personas participantes guardará de forma absoluta el “secreto profesional”. Para la recogida y evaluación de los datos, se les asignará un número de forma aleatoria, el cual sólo servirá para identificar si se trata de un participante del grupo experimental o del grupo control, pero nunca revelará su identidad ni datos personales.

7.5 – Plan de intervención

7.5.1. Planteamiento de la intervención y del estudio cuasi-experimental

El objetivo principal de la intervención que se plantea, es que al aplicar el modelo PLISSIT (que según la evidencia ha sido útil para disminuir las alteraciones de la sexualidad y mejorar la capacidad de los pacientes para enfrentarse a los problemas sexuales que puedan aparecer tras la cirugía) los pacientes del área de Lleida a los que se les va a realizar una ostomía de eliminación puedan experimentar una mejoría en su función sexual, y consecuentemente una mejor CdV, como consecuencia de la intervención, en comparación con si no la recibieran (y se les diera la atención habitual en la actualidad).

Sin embargo, con el objetivo secundario de darle una mayor relevancia a la intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT, y al hecho de aplicarla concretamente en pacientes ostomizados, y que así pueda posteriormente replicarse en otras áreas, se realizará, coincidiendo con la implantación de la intervención en el área de Lleida, un estudio cuasi-experimental, con el fin de analizar las diferencias en los resultados obtenidos con la aplicación de la intervención, frente a la actuación habitual hasta el momento.

Para ello, aprovechando que en el área de Lleida hay dos hospitales principales -el HUAV y el HUSM-, y que ambos cuentan con una consulta de enfermería especializada en ostomías –estomaterapeuta-, se considerará a los pacientes de uno de los hospitales como grupo experimental (recibiendo la intervención propuesta), y a los del otro como grupo control (recibiendo la actuación de enfermería habitual hasta el momento). Previamente, se formará a las enfermeras del grupo experimental, y se iniciará la intervención en el mismo, recogiendo y analizando los resultados obtenidos durante el tiempo de la intervención en ambos hospitales. Una vez analizados los resultados, en caso de que se observen beneficios en los pacientes a los que se les ha aplicado la intervención, frente a los del grupo control, se formará a la enfermera experta en ostomías del HUSM y se continuará llevando a cabo en ambos hospitales. Además, se trabajará para crear una GPC sobre sexualidad en ostomizados, o bien se incluirán dichas

recomendaciones en la citada guía de “Cuidado y manejo de la ostomía”, que ya está en proceso de implantación en nuestro territorio.

7.5.2. Cronograma de la intervención / estudio

1. Fase pre-intervención:

- Formación de los profesionales
- Preparación de material

2. Fase intervención:

- Captación de pacientes
- Información de la intervención / estudio; Consentimiento Informado
- Primera valoración de función sexual, CdV y otras “variables perfil”
- Intervención quirúrgica con implantación de ostomía de eliminación
- Periodo de adaptación
- Segunda valoración de función sexual y CdV
- Aplicación de intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT (hasta la fase que sea necesaria, máximo de 1h por sesión, repitiendo si es necesario) a los pacientes del grupo experimental (pacientes que acudan a la primera visita –previa a la intervención- a la consulta de enfermería de ostomías del HUAV), y actuación habitual en la consulta de enfermería especializada en ostomías / estomaterapeuta (fundamentalmente clínica, y tratando ocasionalmente algunos aspectos psicosexuales, pero sin basar la intervención en la evidencia científica) al grupo control (pacientes que acudan al HUSM).
- Tercera valoración de función sexual y CdV (6 meses después de la aplicación de la intervención)

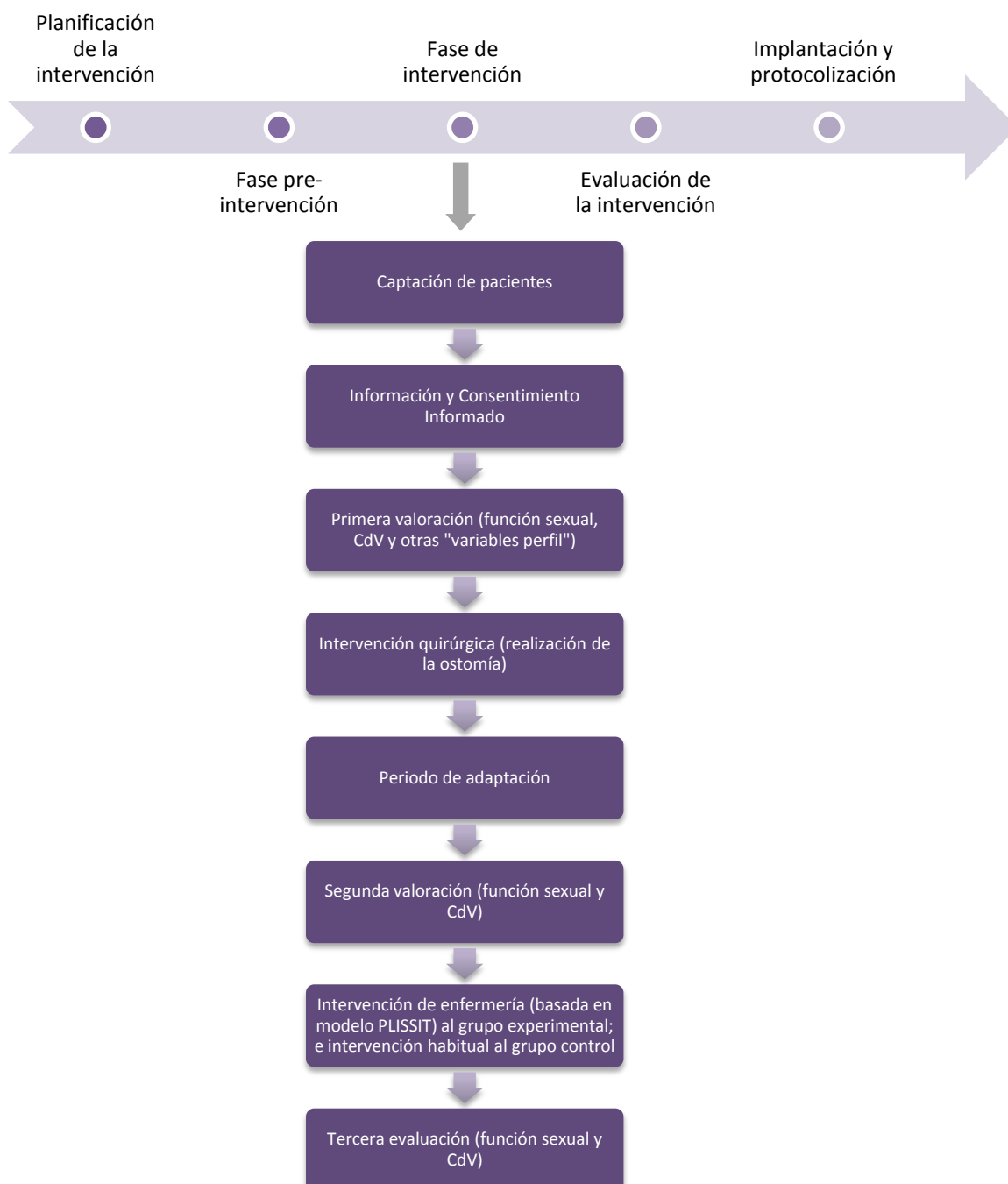
3. Evaluación de la intervención:

- Recogida y análisis de datos; evaluación de la intervención
- Extracción de conclusiones

4. Si los resultados obtenidos muestran beneficios de la aplicación de la intervención, frente al grupo control, se formará a los profesionales del HUSM, y posteriormente se empezará a trabajar en la realización de un protocolo para la implantación de la intervención en la consulta de enfermería especializada en ostomías / estomaterapeuta de ambos hospitales.

En la siguiente figura se muestra un esquema resumen del cronograma de la intervención, que posteriormente se explicará de forma detallada.

Figura 1: Esquema resumen del cronograma de la intervención



7.5.3. Fase pre-intervención

- Formación previa de los profesionales que llevarán a cabo la intervención.

Como comentábamos en el MT y justificación de la intervención, actualmente las profesionales de enfermería no están lo suficientemente formadas como para llevar a cabo un programa de educación psico-sexual.

Por ello, para que pueda llevarse a cabo la intervención propuesta de manera adecuada, será necesaria una formación previa. Esta deberá incluir:

- Formación sobre sexualidad y alteraciones de la sexualidad / función sexual
- Formación sobre estrategias psicológicas y de intervención psico-educativa
- Formación sobre modelo PLISSIT
- Formación sobre sugerencias específicas útiles para pacientes ostomizados relativas a la sexualidad

Recomendación según la evidencia: Para poder redirigir de una forma eficaz los aspectos relativos a la sexualidad de los pacientes, los profesionales de la salud deben formarse sobre aspectos relacionados con la sexualidad, así como aprender cómo tratar el tema de forma proactiva para dar a los pacientes la oportunidad de “abrirse” y explicar sus preocupaciones, así como tener unos conocimientos básicos de estrategias psico-educativas (29).

Por las características del estudio (grupo intervención y grupo control) en un principio se formará exclusivamente a los profesionales que van a tratar a los pacientes del grupo experimental (enfermera de la consulta de enfermería de ostomías del HUAV). Una vez finalizado el estudio y analizados los resultados, si éstos son positivos y se decide implantar la intervención, se llevará a cabo la formación, con los mismos profesionales y sesiones, a la enfermera de la consulta de enfermería de ostomías del HUSM.

Para ello, un ejemplo de programación de sesiones de formación para los profesionales que van a llevar a cabo la intervención podría ser:

Cuadro 6: Sesiones de formación para los profesionales que llevarán a cabo la intervención

SESIÓN	PROFESIONAL QUE LA IMPARTIRÁ	TEMÁTICA
1	Coordinador de la intervención propuesta (enfermero/a) (SESIÓN INTRODUCTORIA)	- Explicación general de la intervención propuesta a los profesionales que se van a formar para ella (problema de salud, necesidad de abordarlo – justificación de la intervención-, necesidad de formación previa, breve explicación del modelo PLISSIT, plan de intervención...)
2	Sexólogo/a	- Formación básica sobre sexualidad e introducción a las alteraciones de la misma
3	Ginecólogo/a y urólogo/a	- Formación sobre alteraciones orgánicas de la sexualidad que pueden aparecer tras la creación de una ostomía, introducción a su tratamiento y a criterios de necesidad de derivación
4	Psicólogo/a	- Formación sobre técnicas psicológicas para conseguir que el paciente se abra y comparta los problemas psicosexuales que presenta, relación de ayuda, etc
5	Psicopedagogo/a	- Formación sobre técnicas de intervención psico-educativa. Técnicas útiles para dar información y que llegue al paciente, métodos didácticos...
6	Psicólogo/a	- Formación sobre modelo PLISSIT (de Jack Annon) y sus fases
7	Enfermero especializado en ostomías	- Formación sobre sugerencias específicas que pueden ser útiles para pacientes ostomizados relacionadas con la sexualidad
8	Coordinador de la intervención propuesta (enfermero/a) (SESIÓN FINAL)	- Conclusiones de la formación recibida, plan de intervención, información sobre el estudio a realizar a partir de la aplicación de la intervención, consideraciones éticas...

- Preparación del material:

Previa a la intervención, será necesaria también la preparación del material que posteriormente se utilizará.

- Por un lado, el Consentimiento Informado de la participación en el estudio.
- Por otro, material de soporte para poder entregar en consulta, tanto de temas generales sobre sexualidad / función sexual; como de aspectos / consejos específicos para pacientes ostomizados relacionados con la sexualidad.

7.5.4. Fase de intervención

- Captación de pacientes

Los pacientes que participarán en el estudio serán todos aquellos que vayan a someterse, de forma programada, a la realización de una ostomía de eliminación; que acudan por ello previamente a la consulta de enfermería especializada en ostomías / estomaterapeuta; y que cumplan todos los criterios de inclusión (incluida la aceptación de las condiciones de la intervención / estudio y consecuente firma del Consentimiento Informado) y ninguno de los de exclusión, durante el año 2017.

Como hemos nombrado anteriormente, habrá un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental serán los pacientes que acudan a la consulta de enfermería de ostomías del HUAV, y el control los que acudan a la del HUSM. Se ha decidido así ya que la ciudad de Lleida cuenta con dos hospitales principales, y ambos cuentan con consulta de enfermería experta en ostomías. Además, realizar de esta forma la división facilita que en el grupo experimental la enfermera actúe de acuerdo a la formación recibida y en el grupo control no (ya que no se formaría a la enfermera de dicho grupo hasta finalizado el estudio), a diferencia de si se hiciera la asignación de los pacientes a los dos grupos de forma aleatoria, ya que en dicho caso ambas

enfermeras deberían estar formadas, y sería difícil tener la formación y no aplicarla en la consulta.

Estimación de la muestra:

En el área de Lleida, en el año 2015 (los últimos datos disponibles de un año entero), se realizaron ostomías de eliminación a 35 pacientes en el HUSM (una media de 3 por mes) y a 110 pacientes en el HUAV (una media de 9 por mes), lo que supone un total de 145 pacientes con nuevas ostomías de eliminación⁸. Suponiendo que dicho número sea similar en el año 2017, con la ayuda de una calculadora on-line para calcular el tamaño de una muestra (52), necesitaríamos una muestra aproximada de 106 pacientes (entre grupo experimental y grupo control) para que sea significativa y extrapolable a la población total, con una confianza del 95%.

Además, al tratarse de un número de pacientes (n) mayor de 30 se podría aplicar la estadística paramétrica.

- Información de la intervención / estudio y consiguiente firma del Consentimiento Informado por parte del paciente.

Recomendación según la evidencia: Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por la UNESCO el 19 de Octubre de 2005 (50), la investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. Además, la persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

- Primera valoración (con ayuda de las escalas que se explicarán más adelante) de la función sexual, CdV y otras “variables perfil” de los pacientes participantes de ambos grupos

⁸ Dichos datos han sido proporcionados por los profesionales de la consulta de enfermería experta en ostomías del HUAV.

Recomendación según la evidencia: Según la evidencia encontrada, hay pocos estudios disponibles sobre alteraciones de la sexualidad como consecuencia de una cirugía que realicen una valoración inicial previa a la cirugía (en la fase asintomática), lo cual permite conocer el perfil sexual previo y así poder hacer una evaluación de la variación más efectiva (39). Por este motivo, se ha considerado interesante llevarla a cabo en esta intervención.

- Intervención quirúrgica con implantación de ostomía de eliminación

- Periodo de adaptación

Recomendación según la evidencia: Puede que las semanas (incluso meses) tras la intervención en la que se ha realizado una ostomía, haya una disminución del apetito sexual debido al estrés y tensión sufridas durante el diagnóstico de la enfermedad y la intervención. Además, el paciente con estoma tiene que aceptar un nuevo orificio en su cuerpo, por el que se van a exteriorizar sus heces, orina, aires, olores, etc, lo que requiere un periodo de adaptación (variable para cada paciente). Es sólo tras este periodo de adaptación, que esta incapacidad sexual puede ir mejorando con el tiempo, y según el tipo de ostomía, de forma proporcional al aumento de la autoconfianza, seguridad y adaptación (14). Por ello, antes de incluir a los pacientes en la intervención sobre sexualidad propuesta, dejaremos que pase este periodo de adaptación.

- Segunda valoración (con ayuda de las escalas) de función sexual y CdV de los pacientes participantes de ambos grupos
- A. GRUPO EXPERIMENTAL: Aplicación de intervención de enfermería basada en el modelo PLISSIT
 - Se llevará a cabo de acuerdo con las cuatro fases progresivas explicadas previamente en el MT: “permiso” (fase 1), “información limitada” (fase 2), “sugerencias específicas” (fase 3) y “terapia intensiva” (fase 4).
 - No será obligatorio llevar a cabo todas las fases, sino hasta donde sea necesario para cada paciente.

Recomendación según la evidencia: Según el propio creador del modelo PLISSIT, la mayoría de las personas que viven algún problema o dificultad sexual pueden resolverlos con relativa facilidad si obtienen el “Permiso” para ser y expresarse como seres sexuales y para poder hablar sobre ello y sobre sus problemas. En ocasiones es preciso dar algún tipo de “Información limitada” que pueda ayudar a resolver el problema en concreto o incluso llevar a cabo algún tipo de “Sugerencia específica”. Solo en una pequeña parte de los casos, es precisa una “terapia intensiva” más especializada, en cuyo caso se requiere de una preparación más profunda del profesional que la imparte, y estará indicada su derivación a un especialista (32). Es cierto que en el contexto de pacientes ostomizados habrá un número más elevado que precisarán de las fases 2 o 3 que en la población general, pero no necesariamente tienen por qué llegar a la 4, y esto será algo positivo.

- El tiempo invertido en cada sesión será de máximo 60 minutos, debido a limitaciones de tiempo en la consulta de enfermería experta en ostomías / estomaterapeuta.
- Si es necesario se repetirán las fases siempre que le enfermera y/o el paciente lo consideren necesario, ya que no se trata de un proceso exacto ni estricto, sino que debe responder a las necesidades del paciente en cada momento.

Recomendación según la evidencia: Las preocupaciones o preguntas de los pacientes deben ser siempre el “hilo conductor” de la intervención, ya que el objetivo principal es satisfacer sus necesidades. Por ello, las sugerencias específicas para mejorar los problemas sexuales, deben estar siempre basadas en las necesidades específicas de los participantes (36). Del mismo modo, podemos encontrarnos por ejemplo con un paciente que no manifieste estar de acuerdo o querer hablar del tema (no concediendo el llamado “permiso” de la fase 1), en cuyo caso no pasaríamos a la siguiente fase, entendiéndolo que no es el momento, y que trataremos el tema, siempre que el paciente lo desee, en otro momento (42). Dicho de otra manera, a lo largo de todo el proceso trataremos de responder a las necesidades del paciente, mostrándonos flexibles, y sin tener unas concepciones estrictas sobre el tiempo a invertir en cada fase, cuándo procederemos a poner en práctica, o cuando debe terminar cada una de ellas.

- B. GRUPO CONTROL: Actuación habitual en la consulta de enfermería especializada en ostomías / estomaterapeuta (fundamentalmente clínica, y tratando ocasionalmente algunos aspectos psicosexuales, pero sin basar la intervención en la evidencia científica)
- Tercera valoración (con ayuda de las escalas) de función sexual y CdV de los pacientes participantes de ambos grupos. Se realizará 6 meses después de la intervención quirúrgica.
- Tras la fase de intervención, se llevará a cabo la **evaluación de la intervención**; recogida y análisis de datos del estudio; y extracción de conclusiones (explicado en el apartado siguiente, “*evaluación de la intervención y variables a estudio*”).
- En caso de que los resultados obtenidos muestren beneficios en los pacientes del grupo experimental, frente a los del grupo control, se formará a los profesionales del HUSM, y posteriormente se empezará a trabajar en la realización de un protocolo para la implantación de la intervención en la consulta de enfermería especializada en ostomías / estomaterapeuta de ambos hospitales.

7.5.5 – Instrumentos de valoración

- **Cuestionario evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM):** Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems que evalúa la función sexual de la mujer (53). Adjunta en el anexo 11.2.1.
- **Cuestionario de funcionamiento sexual del hombre del Hospital General de Massachussets (MGH):** Escala auto-administrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde < 2 es normal y > 2 es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes (54). Adjunta en el anexo 11.2.2.
- **Escala de calidad de vida WHOQoL-BREF:** Es la versión abreviada del QHOQoL-100. Fue creado para medir el bienestar de una población (55). Consta de 26 ítems: 2 preguntas generales sobre CdV y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud Psicológica, Relaciones sociales y ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor CdV (aunque algunas respuestas necesitan invertir sus valores para calcular el total). Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Adjunta en el anexo 11.2.3.

7.6 – Evaluación de la intervención

El modelo de evaluación “CIPP” (56,57), desarrollado por Stufflebeam, contempla en su estructura básica los cuatro elementos que conforman sus siglas: la evaluación del contexto como ayuda para la designación de las metas, la evaluación de entrada como ayuda para dar forma a las propuestas, la evaluación del proceso como guía de su realización y la evaluación del producto al servicio de las decisiones de reciclaje.

Si lo aplicamos a este proyecto, la evaluación del contexto sería la realizada en el apartado 7.3, en la que se detecta la necesidad de intervenir sobre la sexualidad en pacientes ostomizados; la evaluación de entrada sería el proceso mediante el cual se ha identificado y examinado críticamente los métodos potencialmente aplicables (mediante la búsqueda bibliográfica, con la evidencia encontrada sobre el modelo PLISSIT); la evaluación del proceso se haría mientras se estuviera llevando a cabo la intervención, y consistiría en ir revisando continuamente que se está realizando según el plan previamente establecido (el explicado en este trabajo); y finalmente la evaluación del producto, es decir, los resultados obtenidos tras la realización de la intervención, se haría con la ayuda del **análisis bioestadístico de las variables a estudio**, que serían las siguientes:

Variables de estudio	Variables “perfil”
<ul style="list-style-type: none">• Intervención sobre sexualidad recibida desde la consulta de enfermería experta en ostomías (variable independiente): Variable cualitativa nominal (valores: habitual / PLISSIT)• Puntuación en la escala WHOQoL-Bref de Calidad de vida (variable dependiente): variable cualitativa ordinal (dependiente)• O Puntuación en las escalas FSM / MGH de función sexual (variable dependiente): variable cualitativa ordinal (dependiente)	<ul style="list-style-type: none">• Edad (variable cuantitativa continua)• Sexo (variable cualitativa nominal)• Tipo de ostomía de eliminación (variable cualitativa nominal)• Estado civil (variable cualitativa nominal)• Vida sexual (variable cualitativa nominal)• Nivel educativo (variable cualitativa ordinal)• Religión (variable cualitativa nominal)• Ocupación (variable cualitativa nominal)• Antecedentes patológicos (variable cualitativa nominal)

Los datos quedarán registrados en una hoja de Excel y mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) se llevará a cabo el análisis estadístico. Se realizarán tablas de frecuencias y porcentajes para tener una mejor visión de las variables.

En las variables cuantitativas (edad) se hallará la media, la mediana y la moda. Para las variables cualitativas (todas las demás), haremos diagramas de sectores, barras o líneas.

Una vez finalizado el análisis univariado, pararemos a realizar el bivariado donde relacionaremos la variable independiente (Intervención sobre sexualidad recibida desde la consulta de enfermería experta en ostomías) con las dependientes y de perfil.

Al tratarse de una muestra mayor que 30, utilizaremos estadística paramétrica, T-Student (si nuestra muestra no llegara a 30, se estudiaría mediante estadística no paramétrica). Cuando ambas variables sean cualitativas, realizaremos el análisis mediante el Chi-cuadrado. Y cuando una variable sea cualitativa y otra cuantitativa (que solo ocurre con la edad) se realizará mediante una comparación de medias.

Por último, cuando se haya analizado toda la estadística descriptiva, se realizará la inferencia para saber si se pueden extrapolar los resultados a la población con un intervalo de confianza del 95% para que los resultados sean significativos, siendo el margen de error del 5% ($\alpha = 0.05$) que está consensuado en las Ciencias de la Salud.

No obstante, si se llevara a cabo la intervención, con el fin de obtener unos resultados más detallados y precisos, y por tanto más útiles, sería necesario **ampliar el estudio estadístico**, para lo que se contactaría con un **experto** en el ámbito.

7.7 - Viabilidad de la intervención

7.7.1. Recursos necesarios

- Profesionales que impartan las sesiones formativas a las enfermeras que llevarán a cabo la intervención.
- Invertir tiempo de las consultas de enfermería expertas en ostomías (estomaterapeutas) en la realización de dicha intervención.
- Redacción e impresión de las hojas de Consentimiento Informado, así como del material didáctico para los pacientes, y de las escalas y cuestionarios para la obtención de datos para el estudio
- Personal y recursos necesarios para la recogida de datos y análisis bioestadístico de los mismos
- Grupo de trabajo para la realización e implantación del “protocolo de atención a aspectos de sexualidad en pacientes ostomizados”, si según los resultados de la intervención estuviera recomendado

7.7.2. Coste-efectividad

En lo que se refiere a la atención por parte de una enfermera experta en ostomías (estomaterapeuta) en general, como se reflejaba en el MT, hay estudios que han demostrado que además de efectivo, es una intervención que resulta coste-efectiva(10). Concretamente, según esta investigación, los pacientes que reciben la atención en enfermería especializada en ostomía gastan un 70% menos en términos de visitas y utilización del sistema sanitario, y mejoran su calidad de vida de manera significativa, mientras que los pacientes sin acceso a un seguimiento especializado no lo hacen. Los pacientes atendidos por la enfermería especializada en ostomía presentan menos complicaciones, sufren menos ansiedad y depresión, y no hacen prácticamente visitas a Urgencias ni a la atención primaria. Según los cálculos del estudio, el coste medio directo de estos pacientes es un 50% inferior al de los pacientes que no son atendidos por un enfermero experto (11).

En lo que se refiere a la intervención planteada en este trabajo, los costes económicos que supondría serían, fundamentalmente:

- Remuneración de los profesionales que impartan las sesiones de formación a las enfermeras que posteriormente llevarán a cabo la intervención (5 sesiones -sin contar la introductoria y la final por parte de la coordinadora del proyecto- con una duración orientativa de 2h cada una)
- Impresión de consentimientos informados, escalas y cuestionarios para el estudio, y material didáctico complementario para entregar a los pacientes en la consulta.
- Tiempo de trabajo de las enfermeras que lleven a cabo la intervención en su consulta.
- Personal y recursos necesarios (programas informáticos) para la recogida de datos y análisis bioestadístico de los mismos
- Grupo de trabajo para la realización e implantación del “protocolo de atención a aspectos de sexualidad en pacientes ostomizados”, si según los resultados de la intervención estuviera recomendado

Por tanto, podemos deducir que el coste económico final de la intervención sería bajo. Como hemos visto, todo lo que incluiría sería el tiempo de consulta de la enfermera que lo lleva a cabo, recursos informáticos y personales (para tareas administrativas y/o formación), sin tener ningún tipo de coste tecnológico, farmacéutico o elevados costes sanitarios.

Por otro lado, si se cumplen las expectativas en cuanto a resultados obtenidos tras la intervención (similares a los que muestran otros estudios parecidos realizados con anterioridad), obteniendo una disminución de las alteraciones de la sexualidad de los pacientes ostomizados, así como una mejora en su CdV, es de esperar que esto contribuya a su vez a disminuir las visitas a centros sanitarios, así como a reducir las derivaciones a profesionales especializados que se producen como consecuencia del no abordaje temprano de dichas alteraciones de la sexualidad, hechos que disminuirían a su vez los costes sanitarios.

En conclusión, es esperable que la medida, por su bajo coste y elevados beneficios para los pacientes, así como el ahorro en costes sanitarios, resulte coste-efectiva.

8. DISCUSIÓN

La intervención de enfermería propuesta en el presente trabajo para el abordaje de las alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación se basa en el modelo PLISSIT (por sus siglas en inglés “Permiso”, “Información Limitada”, “Sugerencias Específicas” y “Terapia Intensiva”), creado por el psicólogo americano Jack Annon cuatro décadas atrás. Dicho modelo, a pesar de su antigüedad, ha sido sometido recientemente a investigación científica, habiéndose realizado, como se explicaba en el MT, diversos estudios en los que se pretendía evaluar su efectividad para disminuir las alteraciones de la sexualidad en diferentes colectivos, mostrando la mayoría de ellos que resulta beneficioso.

Por tanto, la **relevancia para el conocimiento actual** de la intervención propuesta, no es tanto que la intervención sea novedosa como tal, sino el hecho de que se ha detectado por un lado un colectivo que presenta una necesidad desatendida (o no lo suficiente, y sin sustentarse sobre evidencia científica), y por otro lado una intervención que aplicada sobre el mismo problema -en otros colectivos- ha mostrado ser efectiva, y por tanto, se piensa –y se pretende estudiar y evaluar- que podría ser efectiva también en este ámbito.

Además, el área de Lleida, escenario en el que se pretende llevar a cabo, cuenta con la figura de dos profesionales de enfermería experta en ostomías –estomaterapeuta-, una en cada uno de sus dos hospitales principales, cuya función es precisamente la atención integral al paciente ostomizado, por lo que si bien carece por el momento de la formación para llevar a cabo la intervención, no así de la parte más importante de los recursos (profesionales y consulta en la que llevarla a cabo). Por tanto, una vez proporcionada la formación pertinente a las profesionales que llevarían a cabo la intervención, así como preparados el resto de recursos necesarios, ésta sería **aplicable a la práctica** en el territorio.

Este trabajo, como también se ha explicado anteriormente, únicamente abarca el planteamiento de la intervención, por lo que una **propuesta de mejora** del mismo sería el hecho de poder llevarla a cabo, inicialmente como parte del estudio cuasi-experimental que pretende probar si aporta beneficios, y posteriormente, si fuera así, aplicarla de forma continuada y protocolizada en el área.

En lo que se refiere al propio diseño del estudio planteado, una vez finalizado este trabajo, surgen también varias ideas que podrían contribuir a mejorarlo:

- La posibilidad de realizar paralelamente, o de forma complementaria, un estudio cualitativo en el que se recogieran experiencias reales de pacientes ostomizados relativas a su sexualidad y CdV.
- Incluir también a las parejas de los pacientes ostomizados, ya que, por norma general, las alteraciones de la sexualidad que puedan surgir afectarán a ambos.
- En lo referente a las escalas de valoración, una propuesta de mejora sería la utilización de una escala de satisfacción con la sexualidad, en lugar de únicamente de “función sexual”. Esto es así porque lo que realmente se pretende mejorar es la satisfacción con la sexualidad de los pacientes ostomizados (ya que puede haber alguien que tenga algún tipo de impotencia sexual, pero lleve a cabo otras formas de sexualidad y se sienta satisfecho con ésta) e inevitablemente ambos conceptos están muy relacionados, pero no son iguales. Por el momento, no se ha utilizado ninguna escala de satisfacción con la sexualidad porque no se han encontrado validadas al castellano, o al menos no son accesibles de forma gratuita. Por tanto, una propuesta de mejora podría ser la validación al castellano de una escala de satisfacción con la sexualidad, que incluso podría adaptarse al paciente ostomizado, para su posterior utilización.

Uno de los **aspectos positivos** para la puesta en marcha de la intervención en Lleida, es el hecho de que actualmente, en el marco del proyecto BPSO, los dos hospitales principales y la facultad de enfermería se encuentran en proceso de adaptar varias GPC realizadas originalmente en Ontario al territorio, entre las que se encuentra la guía “Cuidado y manejo de la ostomía”, lo que supone que tanto el marco teórico realizado en este trabajo, como la intervención planteada y los resultados obtenidos tras evaluar la misma, podrían ser útiles para actualizar el apartado de la guía sobre sexualidad (y relacionarlo con el de CdV), ya que la guía fue realizada en 2009, y por tanto la bibliografía utilizada para la misma, anterior. Además, los grupos de trabajo creados en la actualidad para la adaptación de dicha GPC, podrían aprovecharse para colaborar con nuestra intervención, tanto a la hora

de llevarla a cabo, como de evaluarla, como de confeccionar el protocolo en caso de que muestre resultados positivos.

En contraposición, la principal **limitación** para la puesta en marcha de la intervención es el hecho de que faltaría conseguir los apoyos necesarios, y en especial los recursos económicos, así como los profesionales dispuestos a participar en ella, para que se pudiera llevar a cabo.

9. CONCLUSIONES

Mirando unos meses atrás, en el momento de decidir el tema del TFG, el ámbito de los ostomizados no fue el primero que me vino a la mente. Había pensado en varios campos de la enfermería, pero no encontraba un tema concreto o intervención que me motivara como para llevarla a cabo. Fue mi tutora, algo más cercana al ámbito de los ostomizados, quién me dio la idea y aunque en un principio me sorprendió, sin duda es un tema que enseguida me “enganchó”. Me gusta porque creo que los profesionales de enfermería tienen un gran peso en él: son los más cualificados para llevar a cabo los cuidados necesarios en una ostomía de eliminación, así como para proporcionar toda la educación sanitaria al respecto a los pacientes portadores de las mismas. Además, creo que el tema de la sexualidad en general es un tema poco tratado, pero como aspecto a tener en cuenta de forma especial en determinados colectivos (como pacientes ostomizados) pienso que lo es todavía menos.

Por otro lado, desde mi punto de vista, como futuros enfermeros, nuestro interés debe ir siempre más allá de la patología pura y dura, teniendo en cuenta y abordando también aspectos como el bienestar del paciente, sus preocupaciones, sus dudas, y en definitiva su CdV, desde un punto de vista integral. Pienso que esto es importante en el ámbito de los ostomizados, pero a su vez extensible a cualquier campo de la enfermería.

En lo que se refiere a la búsqueda bibliográfica, al ser un tema poco tratado en general, pensé que sería difícil encontrar información, pero la verdad es que finalmente encontré más de la que creía. Un aspecto que me ha sorprendido es el hecho de que de los estudios encontrados sobre sexualidad, sólo un pequeño porcentaje de ellos procedía de países europeos, y sin embargo encontré algunos de calidad realizados en países como Egipto, Irán o Corea.

En general, pienso que la realización de un TFG de estas características, aunque suponga una gran carga de trabajo en este último curso, nos ayuda, de alguna manera, a integrar muchas de las competencias adquiridas durante el Grado, y en especial, a ser conscientes de la importancia de, en la medida de lo posible, basar nuestros conocimientos e intervenciones en la mejor y más reciente evidencia científica disponible.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. LeMone P, Burke K. Ostomía. Enfermería medicoquirúrgica Pensamiento crítico en la asistencia al paciente. 2009. p. 789.
2. Registered Nurses Association of Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Investen-ISCIII. 2009;1–120.
3. Iglesias de la Iglesia A. Manejo y cuidado de los estomas digestivos y urinarios: colostomía, ileostomía y ureterostomía [Internet]. Fisterra. 2011. Available from: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/manejo-cuidado-estomas-digestivos-urinarios-colostomia-ileostomia-ureterostomia/>
4. Ostomizados según el CMBD. Secretaría de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. 2013.
5. Iglesias de la Iglesia A. La dieta en pacientes con colostomía [Internet]. Fisterra. 2011. Available from: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/la-dieta-pacientes-con-colostomia/>
6. LeMone P, Burke K. Asistencia de enfermería del paciente que tiene una ileostomía. Enfermería medicoquirúrgica Pensamiento crítico en la asistencia al paciente. Pearson. 2009. p. 789–91.
7. Carrión-de la Rubia I, Fermeña-Escrivá R. Cuidados al paciente ostomizado. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario “Reina Sofía” (Madrid); 2010. p. 1–6.
8. Shultz JM. Preparing the Patient for Colostomy Care: A Lesson Well Learned? *Ostomy Wound Manag.* 2010;48(10).
9. Valdivieso MF, Zárata AJ. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(4):716–21.
10. Cancio-López S, Coca C, Fernández-de Larrinoa I, Serrano-Gómez R, García-Goñi M, Davin-Durban I. Estudio: coste efectividad de la atención especializada en ostomía. Instituto Antae. Hollister; 2010. 1-30 p.
11. La formación especializada en el manejo de las ostomías mejora la autonomía y la calidad de vida de los pacientes [Internet]. eHUB. Espacio de noticias, actualidad y opinión del Hospital Universitari de Bellvitge; 2010. Available from: <http://www.ehub.cat/la-formacion-especializada-en-el-manejo-de-las-ostomias-mejora-la-autonomia-y-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes/?lang=es>

12. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Color Dis.* 2013;15(6):276–83.
13. Salud sexual [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
14. Ribes-Melià AB. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. *Enfermería Integr.* 2011;(95):42–4.
15. Moncada-Iribarren I, Bach A, Hansen G, Aveborn E, Berndtsson I. Pautas para las relaciones de pareja: manual práctico. Coloplast; 2011.
16. Heather-Herdman T. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-2014). NANDA Internacional, editor. Elsevier España, S.L.; 2012.
17. Brown H, Randle J. Living with a stoma: A review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005;14(11):74–81.
18. Richbourg L. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Cont Nurs.* 2007;34(1):70–9.
19. Magela-Salomé G, Aguinaldo-de Almeida S, Moura-Silveira M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctology.* Elsevier; 2014;34(4):231–9.
20. Kjaergaard-Danielsen A. Life after stoma creation. *Dan Med J.* 2013;60(10):32–47.
21. Krouse RS, Grant M, Wendel CS. A mixed-methods evaluation of health-related quality of life for male veterans with and without intestinal ostomy. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:2054–66.
22. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *J Clin Oncol.* 2009;27:4664–70.
23. Ferri P, Pisani M, Bernini C, Vaccari C, Lami N, Rovesti S. Sexuality in a person with stoma: survey on the life as experienced by a patient with stoma and the way it is taken care of by a stomal therapy nurse. *Ag Inf.* 2012;16(2).
24. Schuler MS. “No one said this would be an issue...” Intimacy after ostomy surgery. *Nursing (Lond).* 2013;43(9):1–4.
25. Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychoogical considerations. *Br J Community Nurs.* 2009;14(8):326–31.
26. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual

- problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*. 2009;18(1):89–98.
27. Annon J. The PLISSIT model: A proposed scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*. 1976;2:1–15.
 28. Jiwa M, O'Shea C, Merriman G, Halkett G, Spilsbury K. Psychosexual problems in general practice: measuring consultation competence using two different measures. *Qual Prim Care*. 2010;18:243–50.
 29. Sung SC, Jeng CJ, Lin YC. Sexual health care for women with dyspareunia. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011;50:268–74.
 30. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):139–46.
 31. Assalian P. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Arab J Urol*. 2013;11:217–21.
 32. Malón-Marco A. Niveles de intervención profesional: el modelo PLISSIT. Sexualidad Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad. 2009. p. 1–127.
 33. Ayaz S. Sexuality and Nursing Process: A literature review. *Sex Disabil*. 2013;31:3–12.
 34. White I. Oncosexology and the role of the nurse: integration, specialisation or isolation? *Sexologies*. 2007;16:304–8.
 35. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Toronto. New York: Bantam Books; 1966.
 36. Perz J, Ussher J. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer*. 2015;15(629):1–16.
 37. Nho J-H. Effect of PLISSIT Model Sexual Health Enhancement Program for Women with Gynecologic Cancer and Their Husbands. *J Korean Acad Nurs*. 2013;43(5):681–9.
 38. Cleary V, McCarthy G, Hegarty J. Development of an educational intervention focused on sexuality for women with gynecological cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30(5):535–55.
 39. Tutuncu B, Yildiz H. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2012;2000–4.

40. McConkey R. Effect of erectile dysfunction following prostate cancer treatment. *Nurs Stand*. 2015;30(12):38–44.
41. Jaarsma T, Steinke E, Gianotten W. Sexual Problems in Cardiac Patients: How to Assess, When to Refer. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(2):159–64.
42. Rutte A, Van Oppen P, Nijpels G, Snoek F, Enzlin P, Leusink P, et al. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015;16(69):1–9.
43. Golis AM. Sexual Issues for the Person With an Ostomy. *Wound Ostomy Cont Nurs*. 2006;23(1):33–7.
44. Hebert R, Palesch Y, Mauldin P, Tarnasky P, Aabakken L, Hennessey W, et al. DDQ-15 Health-Related Quality of Life Instrument for Patients with Digestive Disorders. *Health Serv Outcomes Res Methodol*. 2002;2:137–56.
45. Santos C, Pimenta C, Nobre M. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(3).
46. Associació Catalana d'Ostomitzats. ACO - Oncolliga [Internet]. Oncolliga. 2016. Available from: <http://www.oncolliga.cat/associacio-catalana-dostomitzats-oncolliga-aco/>
47. Programa de centres compromesos amb l'excel·lència en cuidatges (BPSO). Portal HUAV. 2016.
48. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 2008;
49. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1979;
50. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.
51. Consentiment informat [Internet]. Institut Català de la Salut. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. 2016. Available from: http://www.icslleida.cat/hospital/consentiment_informat
52. Calculadora para obtener el tamaño de una muestra [Internet]. Departamento de Bibliotecas UNNE. 2016. Available from: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
53. Sánchez F, Pérez M, Borrás J, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 2004;34(6):286–92.
54. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras-Fernández M.

- Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*. 2012;44(9):516–26.
55. Escala de calidad de vida WHOQoL-BREF. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía Documento Marco. Servicio Andaluz de Salud; 2010.
 56. Stufflebeam DL. The CIPP model for program evaluation. *Evaluation models*. Springer Netherlands; 1983. p. 117–41.
 57. García Cabrero B, Cisneros Cohernour E, Díaz Camacho E. Modelo CIPP, ¿cómo se lleva a cabo? [Internet]. Entorno Virtual para el Desarrollo de Competencias en Evaluación. 2011. Available from: <http://entornovirtualparaeldesarrollode.weebly.com/modelo-cipp.html>
 58. Grupo de investigación en Servicios Sanitarios del IMIM-Hospital del Mar. Cuestionario de salud SF 36 [Internet]. BiblioPRO. Available from: <http://www.bibliopro.org/buscador/38/cuestionario-de-salud-sf-36>

11. ANEXOS

11.1 – Cronograma de realización del TFG

Cuadro 7: Cronograma de realización del TFG

TAREA	TEMPORALIZACIÓN	BREVE EXPLICACIÓN
Reunión de presentación con coordinadora de TFG	30 de septiembre	Reunión de todos los alumnos de TFG, con el objetivo de presentar la asignatura, funcionamiento y criterios de evaluación de la misma
Cumplimentación y envío de la hoja de solicitud de tutores y temas para TFG	30 septiembre – 7 octubre	Selección de 5 opciones, por orden de preferencia, de tutor y tema que nos gustaría para la realización del TFG
Asignación de tutores y toma de contacto con los mismos	13 octubre	- Tutora asignada: Judith Roca (1ª opción) - Se pone ella en contacto con nosotras para realizar una primera tutoría conjunta
Reflexión autónoma sobre temas que me gustaría abordar en mi TFG	13 - 20 octubre	Primera idea: <i>“Papel de enfermería en el seguimiento de pacientes con quimioterapia”</i>)
Primera tutoría (conjunta, con alumnas tutorizadas por Judith Roca)	20 octubre	- Presentación básica del punto de vista de la tutora sobre el TFG, metodología de trabajo y tutorías, consejos prácticos... - Intercambio de impresiones - Acordamos próxima tutoría, ya individual, con tema elegido y primera búsqueda bibliográfica realizada - En mi caso, el tema que había pensado es muy extenso, y no encuentro algo concreto dentro del ámbito que me motive; Judith me plantea la opción de hacer algo relacionado con el paciente ostomizado y aspectos psicosexuales del mismo
Primera búsqueda bibliográfica y elección del tema	20 octubre – 3 noviembre	- Realizo primera búsqueda bibliográfica en dos direcciones: aspectos psicosexuales en pacientes ostomizados, y aspectos psicosexuales en pacientes con cáncer de mama, quedándome finalmente con la primera opción - Primera selección de artículos que me pueden ser útiles
Segunda tutoría (individual)	3 noviembre	- Explico a Judith mi elección final de tema y primera búsqueda realizada - Comentamos cómo abordar primeras fases del TFG: <ul style="list-style-type: none"> • Preparar el documento con todos los apartados que está previsto que tenga (según guía), características de presentación... sobre el que ir trabajando, para

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

		<p>poder ir haciendo anotaciones de otros apartados aunque esté en uno en concreto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empezar con el MT (parte general: paciente ostomizado, epidemiología, necesidades de estos pacientes...)
Trabajo autónomo	3 noviembre – 10 diciembre	<p>- Preparo el documento y empiezo a trabajar en el MT (definición de ostomía, clasificación, epidemiología, breve introducción a cuidados de enfermería en ostomizados y a afectación de su sexualidad)</p> <p>- Por un problema con <i>Mendeley</i> de momento no puedo citar la bibliografía correctamente</p>
“Tutoría on-line” (Mensaje informativo sobre avances y dificultades)	24 noviembre	Al encontrarme un poco “estancada” y retrasada con respecto a la fecha que habíamos acordado para la próxima tutoría, envío un mensaje a Judith informando de los avances que he realizado y algunas dificultades que me he encontrado
Sesión de “ <i>estrategias de búsqueda bibliográfica</i> ” dirigida a alumnos de TFG en la Facultat d’Infermeria	27 noviembre	Desde la Facultat d’Infermeria, organizaron unas sesiones dirigidas a alumnos de TFG, una de ellas sobre estrategias de búsqueda bibliográfica. Asisto y resulta muy útil (nos enseñan recursos sobre cómo buscar en bases de datos, cómo encontrar información de ayuda para TFG, y recursos propios de la UdL)
Reunión con las psicooncólogas de la AECC de Lleida	30 noviembre	Buscando información en internet encuentro que uno de los ámbitos de actuación de la AECC son los pacientes ostomizados. Les escribo y concertamos una cita en la que me explican su actuación con pacientes ostomizados
Envío actualización TFG	10 diciembre	Envío documento actualizado con los avances del TFG y concertamos próxima tutoría
Tercera tutoría presencial	14 diciembre	<p>- Revisamos juntas lo realizado hasta el momento, correcciones / consejos por parte de la tutora</p> <p>- Acordamos haré un apartado sobre el concepto de sexualidad, y alteraciones de la misma con diagnósticos NANDA; ampliar un poco cuidados de enfermería (generales) al paciente ostomizado; resolver problema con programa de citación bibliográfica; y continuar profundizando sobre afectación de la CdV y alteraciones de sexualidad en paciente ostomizado; así como empezar metodología</p>

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

Trabajo autónomo	14 diciembre – 14 enero	Soluciono problema con Mendeley, cito bibliografía, continuo con MT (sexualidad y alteraciones de la misma, continuación afectación CdV y afectación sexualidad), y completo lo que puedo hasta el momento de “metodología”.
Envío actualización TFG	14 enero	Envío actualización del documento de mi TFG, y pregunto fecha en la que le iría bien para próxima tutoría
Recuerdo envío actualización TFG	19 enero	<ul style="list-style-type: none"> - Al no recibir respuesta (cosa que me extraña, porque no es habitual en ella) recuerdo mensaje enviado. - Al día siguiente contesta que ha leído el documento y le gusta mucho - Durante dos semanas aparecen dificultades para concertar tutoría, porque una no puedo yo (por un examen) y otra ella por motivos personales, finalmente quedamos para el 9 de febrero
Cuarta tutoría presencial	9 febrero	<ul style="list-style-type: none"> - Comentamos pequeñas correcciones de forma, estructura, lenguaje... - En población diana, acordamos explicar mediante criterios de inclusión y exclusión; acordamos también modificar preguntas en función de los objetivos, y continuar con resto de apartados del trabajo.
Trabajo autónomo	9 febrero – 13 marzo	<ul style="list-style-type: none"> - Se finaliza el MT, corrigiendo / perfeccionando los apartados anteriores, y añadiendo todo lo relacionado con el modelo PLISSIT. Explico modelo, fases, estudios que se han realizado hasta el momento, y consideraciones especiales a tener en cuenta en pacientes ostomizados - Corrijo aspectos de “metodología” - Realizo apartado “síntesis de la evidencia encontrada” y “justificación de la intervención” - Pienso objetivos de mi intervención y cómo plantearla (aplicando el modelo ya explicado en MT)
Envío actualización TFG	13 marzo	Envío actualización del documento de TFG con los avances anteriormente comentados, concertamos próxima tutoría para el 15 de marzo (en principio esta tutoría iba a ser con la presencia de enfermeras estomaterapeutas del área de Lleida, para poder comentar con ellas la intervención, pero finalmente no les es posible venir este día)
Quinta tutoría presencial	15 marzo	<ul style="list-style-type: none"> - Comentamos lo realizado hasta ahora, MT se da por finalizado - Pequeñas correcciones de forma / estructura / lenguaje - Acordamos presentar la parte de estudios

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

		realizados sobre modelo PLISSIT en forma de tabla (en lugar de por escrito) - Acordamos añadir un apartado de cronología de realización del TFG, que incluya todo el proceso. - Hablamos de objetivos, consideraciones éticas y planificación de la intervención (orientación sobre cómo llevar a cabo estos apartados), acordamos hacerlos, a ser posible, para la próxima tutoría
Trabajo autónomo	15 marzo – 7 abril	- Se realiza tabla sobre estudios del modelo PLISSIT; cronología de realización del TFG; objetivos; pregunta que pretende responder la intervención; consideraciones éticas; y plan de intervención
Sexta tutoría presencial	7 abril	Comentamos todos los apartados realizados hasta el momento, mejoras a realizar y cómo abordar los apartados que quedan
Trabajo autónomo	7 abril – 1 mayo	Se realizan todos los apartados que quedaban pendientes (excepto el resumen) y se llevan a cabo las modificaciones comentadas en la última tutoría
Envío avances TFG	1 mayo	Se envía el documento actualizado y se queda para tutoría el día 5
Séptima tutoría presencial	5 mayo	Comentamos todo el trabajo, aspectos a mejorar y compartimos opiniones del trabajo, proceso de realización del mismo y opciones de futuro.
Trabajo autónomo	5 - 8 mayo	Retoques comentados en la última tutoría y realización del Abstract
Envío TFG prácticamente definitivo	8 mayo	TFG en principio terminado (pendiente traducir abstract al inglés), para última revisión por parte de Judith
Trabajo autónomo	8 - 12 mayo	Últimas modificaciones y traducción del abstract al inglés
Envío TFG definitivo	12 mayo	Entrega, tanto por Sakai como por escrito, del trabajo definitivo a la tutora
Preparación defensa oral	12 mayo - 15 junio	Preparación presentación de soporte y exposición en general
Defensa oral del TFG	15 junio	Exposición del TFG ante el tribunal

11.2 – Escalas de valoración a utilizar en el estudio

11.2.1. Escala de valoración de la función sexual de la mujer (FSM)

Nombre **Fecha**
Unidad/Centro **Nº Historia**
CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-
 Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? <i>Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....</i>	SI
		NO

Si la respuesta es "Sí" cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

Ítems	Ítems	Respuesta
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre

6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</i>	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuantas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <i>Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	

12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	

11.2.2. Escala de valoración de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets (MGH)

Instrucciones para el paciente: Por favor, responda todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted más adecuada en su caso (Considere como "normal" el periodo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual). El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.	Más de lo normal	Normal	Minimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual en general en el último mes?	1	2	3	4	5	6

11.2.3. Escala WHOQoL-BREF de valoración de la Calidad de Vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor	1	2	3	4	5

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

	(físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "¿cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está	1	2	3	4	5

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

	con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado					

Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación.

	ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5