



Condicionantes de la respuesta de adaptación de las personas portadoras de una colostomía

Conditioners of adaptation's responses of people with colostomy

Revisión narrativa

Autora: Natalia Jimeno Gozalo

Tutora: María Luisa Martínez Martín

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Mayo 2017

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Antecedentes y estado actual del tema.....	4
El cáncer de colon	4
Vivir con una colostomía	7
Justificación del estudio	12
Adaptarse a una colostomía.....	12
MÉTODO.....	16
RESULTADOS	18
Factores que dificultan la adaptación del paciente colostomizado.....	18
Factores relativos al perfil del paciente	18
Factores del entorno sociofamiliar	24
Intervenciones enfermeras que favorecen la adaptación del paciente colostomizado	28
Intervenciones educativas.....	28
Apoyo psicológico	33
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXO I: estrategia de búsqueda.	43
ANEXO II: artículos seleccionados para el análisis.	45

RESUMEN

OBJETIVOS: identificar los factores del entorno que afectan a las personas portadoras de una colostomía dificultando el nivel de adaptación a su nueva situación de salud y determinar las intervenciones enfermeras encaminadas a favorecer la adaptación de la persona colostomizada.

MÉTODO: revisión narrativa realizada mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, CINAHL, CUIDEN y en la Biblioteca Científica Electrónica en Línea Scielo.

RESULTADOS: tras las búsquedas realizadas, se obtuvieron 145 artículos, de los cuales se seleccionaron 28. Entre los factores que dificultan la adaptación destacaron los relativos al perfil del paciente y del entorno familiar. Las intervenciones educativas y de apoyo psicológico son las más demandadas por el paciente colostomizado a los profesionales enfermeros.

CONCLUSIONES: la adaptación al estoma es mayor y las complicaciones del estoma son menores cuando la enfermera estomaterapeuta realiza los cuidados de continuidad, sobre todo si el paciente no recibe información previa a la cirugía. La intervención educativa centrada en el cuidado del estoma y en las recomendaciones relacionadas con el nuevo estilo de vida favorece la adaptación del paciente, y el apoyo psicológico, antes y después de la cirugía, mejora la autoimagen, el autoconcepto y evita el rechazo del estoma. Ser conscientes de estos factores permitirá a las enfermeras anticiparse, evitando un afrontamiento ineficaz del paciente a su nueva situación de salud.

Palabras clave: factores condicionantes; impacto en la salud; adaptación; calidad de vida; colostomía; estoma; cuidados enfermeros.

ABSTRACT

OBJECTIVES: identify the environmental factors that make difficult the adaptation to new health situation to colostomized people and establish nursing interventions aimed to favor the colostomized person adaptation.

METHOD: narrative review performed through the bibliographic search in the Health Sciences databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN and at the Scielo Electronic Scientific Library Online.

RESULTS: 145 articles were obtained after the research, 28 were selected from them. Factors related with patient's profile and familiar surroundings stand out among the factors that difficult the adaptation. Educational interventions and for psychological support are the most demanded by the colostomized patients to nursing professionals.

CONCLUSIONS: stoma adaptation is higher and stoma complications are less when the enterostomist nurse makes the continuity care, especially when the patient didn't receive information before the surgery. Educative intervention focused on the stoma care and on recommendations related with the new lifestyle favour patient's adaptation. Psychological support, before and after surgery, improve self-image, selfconcept and it avoid stoma rejection. Being conscious of this factors will allow the nurses to anticipate, avoiding an unefficient facing from the patient to his new health situation.

Key words: conditioning factors; impact on health; adaptation; quality of life; colostomy; stoma; nursing care.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

El cáncer de colon

El cáncer colorrectal es una neoplasia maligna que evoluciona a partir de un pólipo en la mucosa del intestino grueso. El tipo de cáncer colorrectal más frecuente es el adenocarcinoma, apareciendo en un 90-95% de los casos (1-3).

En 2012, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de colon ocupó el cuarto lugar de las muertes por cáncer a nivel mundial, siendo el tercero en frecuencia en hombres y el segundo en mujeres (4). En los países occidentales ocupa el segundo lugar en incidencia, tanto en hombres como en mujeres, pero si se contempla a ambos sexos es el de mayor incidencia en Europa (5). Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) es también el tumor maligno de mayor incidencia en España (10-15%) y la segunda causa de muerte, detrás de las enfermedades del sistema circulatorio. Cada año se presentan entre 28.500 y 33.800 casos nuevos, siendo el segundo en frecuencia en mujeres y el tercero en hombres (2,3,5,6).

No existe una causa única y exacta para el desarrollo del cáncer de colon, aunque si existen diferentes factores de riesgo, modificables y no modificables, que hacen que la persona tenga más probabilidad o predisposición a padecerlo (1,2,5). Los factores de riesgo modificables son los relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la obesidad y la dieta rica en grasas y pobre en fibra. Los factores no modificables son la edad -siendo la media de presentación entre los 65-75 años-, el grupo étnico -frecuencia mayor en personas afroamericanas o de Europa oriental-, la historia personal y/o familiar de pólipos, la enfermedad inflamatoria intestinal o haber padecido previamente cáncer de colon, mama, útero u ovarios (1-3,5). La prevención juega un papel importante en este tipo de cáncer, ya que se puede incidir sobre los factores de riesgo modificables para reducirlos (2).

El cáncer de colon puede cursar de forma asintomática, detectándose de forma casual al realizar otras exploraciones o en una colonoscopia de cribado. No obstante, hay una serie de signos y síntomas que se suelen relacionar con una fase avanzada de la enfermedad y que dependen de la localización del tumor en el intestino grueso (3,5). Estas manifestaciones son el dolor tipo cólico y la molestia abdominal, cambios en el

ritmo intestinal (ritmo alternante de diarrea y estreñimiento), sangre en heces (rectorragia o melenas), heces delgadas, tenesmo rectal y síndrome constitucional (2,3,5).

Para un diagnóstico precoz de la enfermedad, se debe realizar el test de sangre oculta en heces que la persona podrá hacer en su propio domicilio cada dos años, con la posterior lectura por parte del personal sanitario. Si el resultado de esta prueba es positivo, se realizará una colonoscopia. La población diana de este cribado son hombres y mujeres de 50-69 años sin antecedentes familiares de colon, ya que la población con antecedentes personales y/o familiares será sometida a un seguimiento más estrecho. Este diagnóstico precoz posibilita que el 90% de los cánceres de colon se curen (2).

Si se sospecha cáncer de colon, las pruebas diagnósticas más habituales para detectarlo son el análisis de sangre y de orina, el tacto rectal, la colonoscopia y una biopsia. Si definitivamente se confirma el diagnóstico, se realizarán otras pruebas como la detección de marcadores tumorales, una ecografía y pruebas radiológicas que permitan estudiar mejor la enfermedad y llevar a cabo un tratamiento adecuado (2,5).

En general, el tratamiento depende del estadio en el que se encuentre el tumor, aunque también de su localización y del estado general del paciente, habitualmente se plantea con un enfoque multidisciplinar e individualizado (2). En estadios más bajos se realiza únicamente una extirpación del tumor y en estadios más avanzados se administran radioterapia y quimioterapia previas o posteriores a la cirugía. La intervención quirúrgica consiste en una colectomía, en la que se extirpa la porción de colon y los ganglios afectados. En algunos casos, en los que hay afectación del recto, es necesario realizar una colostomía (2,5).

La colostomía es una comunicación del colon con la pared abdominal por una apertura en el abdomen denominada estoma y por la que se expulsarán las heces a una bolsa colectora (2). La colostomía puede ser temporal o, con más frecuencia, permanente (como consecuencia de la extirpación del ano). Existen diferentes tipos de colostomías en función de su localización (Cuadro 1).

Cuadro 1. Tipos de colostomía (7)	
Transversa	Suele ser temporal, aunque puede ser definitiva si la parte inferior del colon no puede volver a adquirir una función intestinal normal o tiene que ser extirpada. Se realiza en la parte superior del abdomen en el centro o hacia el flanco derecho del cuerpo. La consistencia de las heces es variable entre personas e incluso en una misma persona. Hay dos tipos de colostomía transversa: en asa y de doble boca.
Ascendente	Se practica en el flanco derecho del abdomen. La consistencia de las heces es líquida y tan solo se deja activa una pequeña porción de colon, por lo que en muchos casos en vez de realizar esta técnica, se hace una ileostomía.
Descendente	Está situada en el lado izquierdo de la parte inferior del abdomen. En este caso la consistencia de la materia fecal es más sólida.
Sigmoidea	Es el tipo más común de colostomía. Su localización es tan solo unos centímetros más abajo que la colostomía descendente. Puesto que la mayor parte del colon es activa, la materia fecal tiene una consistencia mucho más sólida.

La cirugía siempre implica un acontecimiento estresante para el paciente, pero si además supone un cambio significativo en la imagen corporal, como es en el caso de que sea necesario practicar una colostomía, bien sea esta temporal o definitiva, puede provocar un mayor nivel de preocupación. De esta forma, la atención preoperatoria resulta fundamental para que la persona y su familia conozcan el procedimiento que se va a realizar y participen activamente en la planificación de los cuidados.

Para la preparación quirúrgica, además del estudio preoperatorio habitual, el paciente realizará una preparación del aparato digestivo con dieta y laxantes dos o tres días antes de la cirugía. El ingreso en el hospital, por lo general, es el día previo a la intervención, en el que la enfermera estomaterapeuta, especializada en esta competencia, realizará una visita para la valoración del nivel de conocimientos y del estado emocional del paciente, así como para la resolución de las dudas que éste le plantee en relación con la colostomía. Además, será también la que realice el marcaje de la ubicación del estoma, ya que diversas investigaciones indican que este marcaje reduce las complicaciones que pueden presentarse posteriormente en el estoma y en la piel periestomal (8).

La intervención se realizará con anestesia de tipo general y posteriormente, el paciente será atendido en la unidad de recuperación postanestésica hasta que se estabilice y sea trasladado nuevamente a la unidad de hospitalización (2,9). En el postoperatorio inmediato, el estoma deberá recibir los primeros cuidados y limpieza similares a los de cualquier herida quirúrgica y que serán realizados por la enfermera estomaterapeuta o

con su supervisión, por ser quien llevará a cabo el seguimiento del paciente desde este momento, ya que pueden presentarse complicaciones tales como edema, hemorragia, infección, isquemia y necrosis, retracción del estoma, dehiscencia y evisceración (2,8,10).

Posteriormente, la enfermera estomaterapeuta resolverá las dudas que le surjan al paciente y a su familia, enseñándoles cuál es la medida del estoma y la bolsa más adecuada, así como pautas y consejos para el cuidado y limpieza de la colostomía, que el paciente una vez dado de alta deberá comenzar a realizar cuanto antes, incorporándolos a su rutina diaria (2). Un estudio realizado en 2005 para conocer el grado de satisfacción del paciente respecto a la atención recibida tras la cirugía demostró que estaba relacionado con haber recibido información acerca del cuidado de la colostomía, sin embargo, gran parte de la insatisfacción era producida por la falta de oportunidad de hablar con la enfermera estomaterapeuta (8).

En el postoperatorio tardío el cirujano y la enfermera estomaterapeuta realizarán el seguimiento en consulta, ya que en este periodo pueden aparecer complicaciones tardías como estenosis, hernia, prolapso, ulceraciones y dermatitis periestomal. Posteriormente, será la enfermera del centro de salud la encargada de este seguimiento y de ayudar al paciente en esta adaptación y aprendizaje (2,8,11).

Vivir con una colostomía

Ser portador de una colostomía conlleva numerosos cambios en la vida de una persona, siendo necesario que tanto las enfermeras de la unidad de hospitalización como la enfermera estomaterapeuta resuelvan las dudas del paciente acerca del estoma y le ayuden a adaptarse a su nueva situación de salud, lo que requiere de un abordaje biopsicosocial (2,7).

En la dimensión física, respecto a su colostomía, el paciente deberá aprender a cuidarla, y lo más óptimo es que el aprendizaje se inicie en el proceso de recuperación de la cirugía, convirtiéndolo en un hábito cotidiano. Requiere de mucha práctica por parte del paciente y de una actitud positiva, considerando que la colostomía no es una herida sino una forma distinta de evacuación de las heces y el principal cambio es que el ano se encuentra en la región abdominal. Al principio de ser portador de una colostomía, no se tiene un control voluntario de ésta ni se puede saber con precisión la consistencia que tendrán las heces, por lo que es un proceso que requiere de aprendizaje. El control

voluntario del estoma dependerá del tipo de colostomía, de los hábitos de evacuación del paciente y de sus preferencias. El paciente no se debe preocupar acerca de cómo realizar su higiene diaria, ya que ni el agua ni el jabón dañan el estoma, aunque el jabón puede afectar a la adhesividad del dispositivo colector, por lo que se aconseja usar únicamente agua, o utilizar jabón aclarando el estoma adecuadamente (7).

El paciente no solo deberá aprender diferentes técnicas relacionadas con el cuidado de la colostomía y de su estoma, y cómo realizar el cambio de bolsa colectora, sino que además deberá aprender qué dispositivo se adecúa a sus necesidades y su uso. Hay una gran variedad de tipos de bolsas colectoras que difieren en el tamaño y estilo, aunque todas tienen un sistema de recolección y un disco (barrera cutánea, dobladillo u oblea) que es la parte adhesiva que hace de barrera para la piel, protegiéndola. En general se puede hablar de dos tipos (7):

- Sistemas de una pieza, en los que el disco y la bolsa forman una unidad.
- Sistemas de dos piezas, en los que el disco y la bolsa van por separado y por tanto en el cambio de bolsa recolectora únicamente se retira ésta, dejando el disco en la piel y colocando la nueva bolsa en él.

Ambos tipos tienen en común que el fondo de las bolsas colectoras puede ser abierto o cerrado, por lo que respectivamente, se vaciará la bolsa o se retirará colocando una nueva. También pueden tener o no un filtro para gases, pueden ser transparentes u opacas, tener impermeabilidad al olor, ser recortables o venir recortadas de fábrica. Por tanto, son muchos aspectos a tener en cuenta y que el paciente deberá interiorizar, no solo los tipos de dispositivos, sino también cómo se debe limpiar el estoma, cómo y cuándo realizar el cambio de bolsa o del dispositivo entero, cómo realizar una irrigación para ayudar a la evacuación, otros dispositivos que se pueden usar en función de si se realizan evacuaciones periódicas o no, las complicaciones que puede tener y cómo resolverlas, cuándo se debe acudir al médico o a la enfermera estomaterapeuta, cómo ducharse, el uso de una ropa adecuada, cómo recortar el adhesivo en función de la medida del estoma, etc. (7,12).

Por otra parte, el intestino grueso juega un papel importante en la absorción de líquidos y, por tanto, en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. Toda cirugía realizada en el tubo digestivo requiere de un cambio en la dieta hasta que el intestino se adapte a las nuevas circunstancias utilizando mecanismos de compensación. Este tiempo de

adaptación, hasta que se pueda realizar la dieta normal previa, es variable ya que depende del tramo de colon que se haya extirpado y de la extensión de la cirugía (7,10,12).

Por tanto, el paciente también deberá aprender a manejar su alimentación, debe fijarse cómo le afectan los alimentos a la colostomía, cuáles le producen gases, olor, diarrea, estreñimiento, etc. Una vez que se haya familiarizado con los alimentos que le favorezcan o perjudiquen, podrá tener mayor control voluntario de su intestino. El paciente debe incorporar nuevos hábitos alimentarios como son: beber 1,5 litros de agua al día, evitar alimentos muy grasientos o que provoquen flatulencia (legumbres y algunas verduras), no automedicarse ante los cambios del ritmo intestinal (acudir al médico), comer despacio y masticando bien los alimentos (reducirá los gases), y respetar unos horarios regulares en las comidas que deberán ser 5-6 en el día y en pocas cantidades. Con el tiempo, el estoma estará completamente curado y en correcto funcionamiento, las evacuaciones se producirán a un ritmo normal y se deberá seguir una dieta equilibrada que sea completa y variada (7,10,12).

La colostomía también afecta al paciente en la dimensión psicológica, se ha producido un cambio significativo en su vida al que debe adaptarse. Al principio tendrá pocos ánimos, puede que opte por el aislamiento, sentirá frustración, pesimismo, dificultad para concentrarse, incomodidad y además la incertidumbre que le creará vivir con una colostomía. Todo esto es normal y puede que le sirva de ayuda hablar con las personas que le rodean, de confianza, con alguna persona portadora de colostomía o convertirse en miembro de una asociación (7,10).

Una colostomía supone un gran impacto para el paciente, ya que se produce una ruptura del esquema corporal y es necesario aprender a convivir con una nueva imagen, reconociéndola (10). Esta imagen distorsionada es mayor en mujeres, que destacan el cambio de imagen como el aspecto más negativo tras la cirugía, y que pueden tardar en asimilar hasta 10 años (8). Es aconsejable realizar una exposición gradual al estoma al realizar los cuidados, observándolo y familiarizándose con él. Aunque al principio se retirará la vista, la persona tiene que hacer el esfuerzo de mirarse al espejo diariamente, observar el estoma en la ducha y tocarlo. En distintos estudios, se ha podido comprobar que es importante adoptar una actitud positiva y participar activamente en todo el proceso de cuidados (10).

Respecto a la búsqueda de información, no es eficaz que sea en exceso, sino la suficiente para asimilar la situación y siempre con ayuda del personal sanitario para aclarar las cuestiones que la persona se plantee. Es fundamental que exista una relación de confianza entre el personal de enfermería y el paciente, así como una adecuada comunicación, evitando la conspiración del silencio, y favoreciendo la expresión de emociones y dudas. Para ello, los profesionales deben conocer la cantidad de información que desea el paciente y responder a sus preguntas suavizándola y dosificándola para facilitar su adaptación. Es importante el papel de la enfermería ya que en muchas ocasiones el paciente no comprende la información que obtiene del médico y por la figura que éste representa junto con la dinámica hospitalaria, el miedo a la información y el estado emocional en el que se encuentra, hacen que no solicite aclaraciones de las dudas (10). Tan importante es la relación terapéutica que las organizaciones profesionales de enfermeras reconocen que es un aspecto imprescindible en la atención de enfermería (8). Por tanto, el médico y la enfermera son fuentes de información y apoyo para el paciente y, tal y como se ha comentado antes, también hablar con alguien que haya pasado por la misma experiencia, o participar en grupos de apoyo donde compartirá su vivencia, enriqueciéndose de la de los demás (7).

Por último, también se ve afectada la dimensión social, ya que las relaciones sociales del paciente se van a ver alteradas o modificadas. Gran parte de los pacientes piensan que ya no podrán tener la vida activa que tenían, ni realizar las actividades que realizaban previas a la cirugía. Tienden al aislamiento porque piensan que las personas miran su bolsa y les preocupa que se escape gas en eventos sociales. Sienten que pueden no ser aceptados por las personas que les rodean, sin embargo, lo que deberían hacer es informar a sus seres queridos sobre su colostomía con naturalidad, explicar cómo se sienten y pedir ayuda si es necesario (7,10).

En caso de tener una relación sentimental estable es aconsejable tratar con la pareja acerca de cómo la colostomía puede afectarles en su vida sexual. Es importante que la persona colostomizada mantenga la vida sexual que tenía previamente, aunque pasará por un periodo de adaptación. Por lo general, la función sexual del hombre se ve más afectada que la de la mujer por los tratamientos oncológicos, en el primero la disfunción sexual suele relacionarse con estrés y miedo al fracaso sexual, y en la mujer con falta de deseo sexual. El paciente colostomizado suele cohibirse y sentir ansiedad por el cambio de imagen corporal que le supone la colostomía, al igual que la pareja puede tener

miedo de lesionar el estoma o desprender la bolsa. Es fundamental que la pareja cuente con la información necesaria y así prevenir una depresión, por lo que es recomendable consultar dudas al médico o enfermera enterostomista, sobre todo en el caso de padecer una disfunción sexual, ya que los pacientes tienen un mayor grado de satisfacción si las enfermeras atienden los problemas sexuales (7,8,10).

Otro aspecto que preocupa es el hecho de volver al trabajo tras la cirugía, y para ello es importante el apoyo y la información que proporcione el personal sanitario. Es recomendable que la persona colostomizada hable sobre la colostomía a algún compañero de confianza, ya que informando a las personas que le rodean, éstas podrán aceptar la situación haciendo que sea más fácil la adaptación del paciente. Tener una colostomía no tiene por qué impedir la reincorporación al trabajo, no obstante, hay actividades que no pueden realizar como coger peso (por riesgo de hernia o prolapso del estoma) o tareas en las que se pueda golpear la zona abdominal (7,10).

Ser portador de una colostomía no impide hacer ejercicio, aunque es recomendable no practicar deportes de contacto o de levantamiento de peso que supongan un esfuerzo de la musculatura abdominal, siendo conveniente consultar con el médico. Respecto al tiempo de ocio, el paciente debe saber que por lo general se pueden realizar la mayoría de las actividades que se llevaban a cabo anteriormente. Es importante evitar el aislamiento ya que favorece la ansiedad y la depresión, por lo que es aconsejable estar activo. Tampoco impide realizar viajes, tan solo se debe llevar suficiente material para el cuidado de la ostomía y saber a qué lugar acudir en caso de algún problema, siguiendo unas pautas recomendadas por el personal sanitario (7).

En un estudio realizado por Haugen en 2006, para valorar la adaptación a largo plazo de los pacientes a la colostomía, en el que se utilizó la escala *Ostomy Adjustment Scale* (OAS), los pacientes que recibieron ayuda e información pre y postoperatoria tuvieron un mayor índice de adaptación a la colostomía y esta cifra era mayor cuando en la formación del paciente participó una enfermera estomaterapeuta. Persson y Larsson en 2005, también evidenciaron que había mayor grado de satisfacción en la atención recibida cuando ésta era prestada por una enfermera estomaterapeuta y Marquis, Marrel y Jambon en 2003, evaluaron la calidad de vida de estas personas, y concluyeron que era mayor cuando se había establecido una relación terapéutica entre la enfermera y el paciente (8).

Justificación del estudio

Adaptarse a una colostomía

El diagnóstico de cáncer de colon obliga a la persona a tener que enfrentarse en un período corto de tiempo a distintos acontecimientos que le generan ansiedad y temor. Además de la dureza del diagnóstico, las consecuencias de la colostomía le van a provocar una situación emocional muy comprometida, pero con la que tiene que iniciar el proceso de adaptación. Distintos profesionales van a ayudar al paciente a aprender a vivir con esta nueva situación de salud, pero la enfermera juega un papel primordial acompañando al paciente en este proceso.

El proceso de adaptación ha sido tratado por diversos autores, entre ellos Lazarus y Folkman (10) que desarrollaron la teoría del estrés y el afrontamiento en 1984. Según estos autores, el paciente sentirá falta de control sobre su enfermedad, su vida y los cambios que se han producido. Para manejar esta situación estresante el paciente crea respuestas de afrontamiento para superar las demandas que le suponen los acontecimientos vitales y reestablecer un equilibrio en su vida. El estrés sería el resultado de la valoración que realiza el sujeto entre los recursos que tiene para afrontar un acontecimiento y las demandas que le genera dicha situación, amenazas que exceden de sus capacidades. Los recursos de afrontamiento de la persona son sus respuestas para manejar una situación estresante, sus capacidades y habilidades (13).

Las respuestas de afrontamiento al estrés se clasifican atendiendo a distintos criterios. En función de si el individuo se acerca o se aleja de la amenaza, el afrontamiento puede ser aproximativo o evitativo. Las respuestas aproximativas generan estrés y la persona se acerca a la amenaza y a las emociones negativas que ésta le supone a través de estrategias cognitivas o comportamentales. Esto permite tener mayor control de la situación, ya que las personas que buscan información tienen una mejor adaptación, aunque tienen mayor nivel de estrés y preocupación. Son más eficaces a largo plazo, siempre que la situación sea controlable. Por otra parte, el afrontamiento puede ser evitativo, siendo aquel en el que el individuo elude la amenaza, escapando de ella y de las emociones negativas que ésta le produce. Es más eficaz en el periodo inicial, a corto plazo y si la situación es incontrolable, reduciendo el estrés y la ansiedad, aunque las personas que evitan información tienen una peor adaptación (13).

En función de la estrategia que la persona adopte para dar respuesta a la situación, el afrontamiento podrá ser comportamental, cuando la estrategia es la búsqueda de ayuda instrumental en la que el individuo para encontrar una buena solución contacta con un experto, o cognitivo, cuando el individuo reduce la importancia del problema pensando que no tardará en resolverse o que no merece la pena preocuparse por él, estrategia denominada minimización (13).

Otras formas de afrontamiento que permiten un mayor control de la situación son el afrontamiento centrado en el problema, que está orientado a la solución y manejo de la situación, y el afrontamiento centrado en la emoción, orientado a reducir las emociones negativas creadas por el acontecimiento (13).

Todas estas modalidades de afrontamiento no son excluyentes, por lo que el individuo puede hacer uso de ellas de forma aislada o lo más común, combinándolas (13). De Gouveia Santos, Chaves y Kimura (8), en 2006, compararon los estilos de afrontamiento entre las personas portadoras de colostomía temporal y permanente, llegando a la conclusión de que las primeras tendían a usar estrategias de evitación, mientras que las segundas tendieron a orientarse hacia la solución y manejo del problema.

Por otra parte, aunque los pacientes se enfrentan a retos psicológicos con una sensación de disminución del control personal, sobre todo en la recuperación postoperatoria inmediata, en diversos estudios los investigadores observaron que las intervenciones de las enfermeras para aumentar el automanejo de la ostomía por parte del paciente, sirvieron para que pudiera restablecer su vida normal tras la cirugía (8).

Por ello, también es destacable desde el marco enfermero la aportación del modelo de adaptación de Callista Roy, que desarrolló al observar la capacidad de los pacientes al recuperarse de grandes cambios físicos y psicológicos. Para esta autora, la persona es un sistema en interacción con un entorno cambiante, al que tiene que adecuarse para lograr un equilibrio. De esta manera, la salud sería un proceso en el que el ser humano vive en concordancia con su entorno y todos los cambios que puedan surgir, realizando una búsqueda de posibles soluciones. Las personas deben adaptarse a los factores que afecten a su salud para obtener bienestar, en este caso a la colostomía, ya que, siguiendo a Roy “Se mantiene la salud mientras las personas se adaptan”. El entorno es el marco donde se encuentran diversos factores que afectan a la vida de las personas, influyendo

en el nivel de adaptación de éstas y el cuidado es la ciencia que amplía la capacidad de adaptación de la persona, prestando un servicio asistencial en concordancia con el medio cambiante (14).

De acuerdo con este modelo de adaptación, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, autónomo, digno y libre, y la percepción que tiene de las situaciones a las que se debe enfrentar son individuales y por tanto diferentes para cada persona. Hay que evaluar a la persona como un todo, realizando una valoración física y psicosocial, conociendo así su estado de salud y la percepción de la situación que vive en ese momento y cómo afronta dicho cambio. De esta forma, la enfermera establece estrategias para promover la adaptación y, por tanto, el bienestar del paciente, disminuyendo las respuestas inefectivas como pudiera ser una mala adaptación a vivir con una colostomía (14).

Por otra parte, la consulta de las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) permite encontrar diferentes diagnósticos que la enfermera puede incorporar en el proceso de cuidados, así como criterios de resultados e intervenciones encaminados a lograr la adaptación del paciente en el postoperatorio. En el Cuadro 2 se han seleccionado algunos diagnósticos que podrían integrarse en el plan de cuidados de estos pacientes.

Resulta, por tanto, de gran importancia conocer los factores que influyen en la aparición de los distintos diagnósticos para planificar los cuidados más idóneos para cada paciente. Dado que, según Roy, el entorno es el marco donde se encuentran los factores que afectan a la vida de las personas, influyendo en el nivel de adaptación de éstas, se plantean como objetivos de este trabajo:

- Identificar los factores del entorno que afectan a las personas portadoras de una colostomía dificultando el nivel de adaptación a su nueva situación de salud.
- Determinar las intervenciones enfermeras encaminadas a favorecer la adaptación de la persona colostomizada.

Cuadro 2. Diagnósticos enfermeros de mayor prevalencia en el paciente colostomizado (15,16)

Dimensión física	[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
	[00046] Deterioro de la integridad cutánea
	[00014] Incontinencia fecal
	[00198] Trastorno del patrón del sueño
	[00059] Disfunción sexual
Dimensión psicosocial	[00126] Conocimientos deficientes
	[00118] Trastorno de la imagen corporal
	[00120] Baja autoestima situacional
	[00146] Ansiedad
	[00148] Temor
	[00052] Deterioro de la interacción social
	[00053] Aislamiento social
	[00060] Interrupción de los procesos familiares
	[00069] Afrontamiento ineficaz

MÉTODO

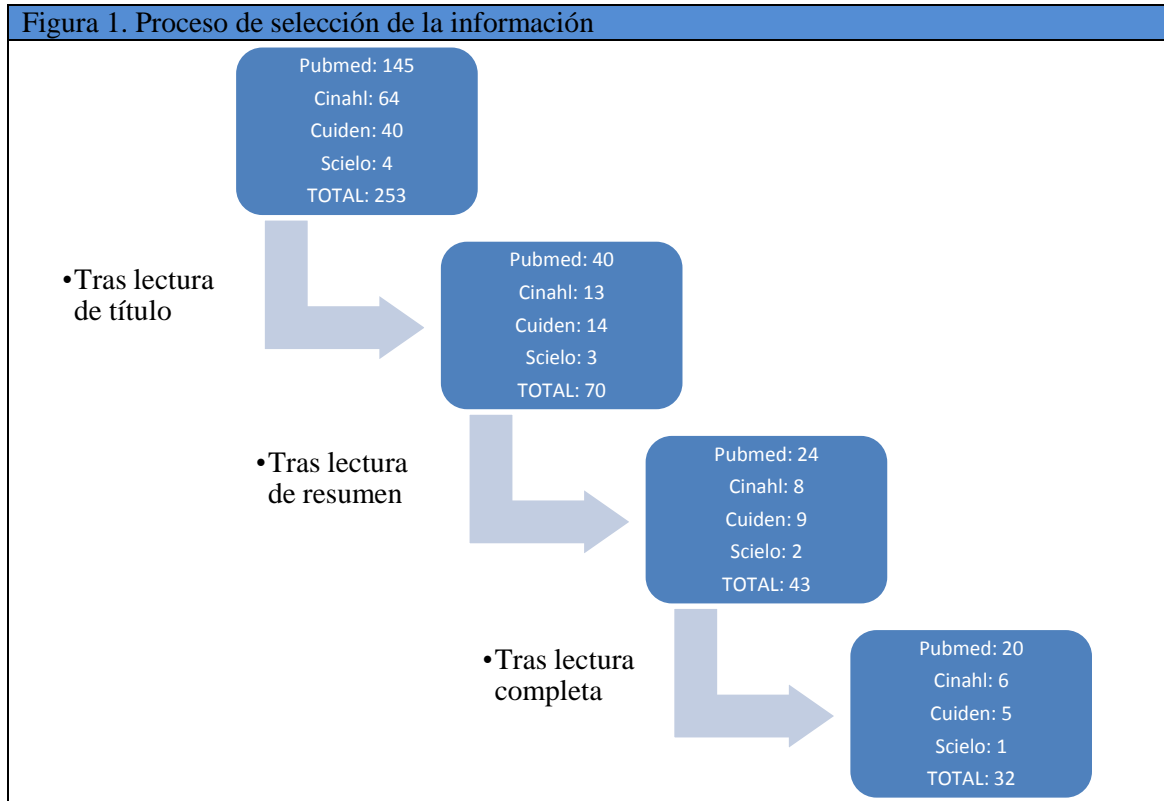
Revisión narrativa realizada mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, CINAHL, CUIDEN y en la Biblioteca Científica Electrónica en Línea Scielo. Para la búsqueda se ha utilizado el lenguaje controlado de los tesauros *Medical Subject Headlines* (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Lenguaje controlado	
MeSH	DeCS
Factors	Factores
Psychosocial factors	Factores psicosociales
Impact	Impacto
Adaptation	Adaptación
Colostomy	Colostomía
Nursing	Enfermería
Nursing care	Cuidados de enfermería

Para una mayor precisión en las búsquedas se ha hecho uso de operadores booleanos y filtros: periodo de publicación en los últimos 5 años (2012-2017), idiomas inglés-español y edad adulta. Para la selección de los artículos, se han utilizado como criterios de inclusión: que el título o el resumen contengan el término “colostomy” y que el resumen y el contenido traten aspectos relacionados con los objetivos de este trabajo. Los criterios de exclusión por los que se han descartado algunos artículos han sido aquellos en los que el contenido hiciera referencia a colostomías temporales o que trataran únicamente sobre otros estomas distintos de la colostomía.

En el Anexo I se presentan las estrategias de búsqueda y el número de artículos seleccionados en las distintas fuentes documentales y en la Figura 1 un diagrama de flujo que ilustra las etapas del proceso de selección.

Figura 1. Proceso de selección de la información



Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Al realizar la búsqueda se obtuvieron 32 artículos que cumplían los criterios de inclusión, de los cuales se seleccionaron 26 tras la lectura completa debido a su relación con los objetivos del trabajo. Los documentos analizados tienen distinta procedencia (10 son estudios realizados en Europa, de los cuales 4 son españoles, y el resto son 6 estudios de América, 8 de Asia y 2 de Oceanía) lo que ha permitido recoger distintos enfoques del tema de estudio según el país de origen. Desde el punto de vista metodológico, 6 estudios son cualitativos, 17 son cuantitativos, 2 son revisiones sistemáticas y 1 estudio es una revisión narrativa.

En el Anexo II se presentan los artículos seleccionados para el análisis, ordenados por año de publicación, indicando los autores y el país de origen, el diseño metodológico y una síntesis de los principales resultados. Respecto a los contenidos tratados en los artículos, la mayoría versan sobre los factores relacionados con la adaptación y la calidad de vida del paciente colostomizado, las áreas más afectadas en el paciente y las intervenciones que dan lugar a una mejor adaptación, si bien tras un análisis exhaustivo se organizaron en dos categorías que dieran respuesta a los objetivos de esta revisión: factores que dificultan la adaptación del paciente colostomizado e intervenciones enfermeras que favorecen la adaptación del paciente colostomizado.

Factores que dificultan la adaptación del paciente colostomizado

El impacto que el estoma produce en la calidad de vida del paciente es un aspecto más estudiado y reconocido cada día. Un estoma produce desafíos tanto físicos como sociales y psicológicos en la persona, ya que genera un cambio tanto en la apariencia física como en el estilo de vida (17). Por ello, ser conscientes de los factores que afectan la adaptación del paciente a la colostomía, ayudará a los profesionales sanitarios a anticiparse y realizar intervenciones dirigidas a mejorar el afrontamiento de esta nueva situación de salud. Estos factores se han clasificado en función de su relación con el perfil del paciente y con el entorno sociofamiliar.

Factores relativos al perfil del paciente

Diferentes autores como Kement et al. (17), han estudiado la relación entre los factores demográficos y la calidad de vida de los pacientes colostomizados. Para ello, utilizaron escalas sobre la orientación religiosa -Escala de Orientación Religiosa de Allport-Ross

(ROS)- y la calidad de vida -*Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36)*-, además de un cuestionario sociodemográfico, todo ello teniendo en cuenta los factores clínicos que de por sí puedan afectar a la calidad de vida de la persona. Entre los resultados que se obtuvieron, el género es un factor que influye en la adaptación de estas personas a la colostomía, ya que uno de los hallazgos del estudio fue que las mujeres presentaban menor puntuación que los hombres en la percepción general de la salud, tanto física como mental. No obstante, Theodoropoulos et al. (18), evidenciaron que los varones tuvieron una experiencia más negativa que las mujeres y Mahjoubi et al. (19) también hallaron diferencias entre hombres y mujeres, una de ellas que los varones aceptan mejor la nueva imagen corporal. Aunque las funciones sexuales y el disfrute sexual estuviese afectado en ambos, los varones tenían puntuaciones más altas, al igual que con las funciones físicas y emocionales (19). En el estudio realizado por Vonk-Klaassen et al. (20), también observaron que hombres y mujeres tienen diferencias en cuanto a los desafíos a los que se enfrentan. Todas estas diferencias respecto al sexo indican que sería aconsejable realizar intervenciones específicas para cada sexo y así obtener una mayor adaptación a la colostomía (19).

Otro factor que influye en la adaptación a la colostomía es la edad ya que las mujeres mayores aceptan mejor su imagen corporal, teniendo una mejor visión del futuro y menos problemas relacionados con el estoma. Además, existe una correlación entre la edad y el estado emocional, la función sexual y la participación social. Las mujeres más jóvenes tuvieron más problemas relacionados con el estoma, mayor deterioro de la función emocional y en su visión del futuro, más quejas relacionadas con la función gastrointestinal, mayor pérdida de apetito, aunque un mayor disfrute de la función sexual. En contrapartida, los hombres presentaron mejores funciones físicas y sexuales (19). Otro trabajo reflejó que los pacientes mayores son más vulnerables hasta los 6 meses, momento en que comienza a estabilizarse la calidad de vida, debido a una adaptación tardía a la enfermedad, por lo que las intervenciones también deberían tener en cuenta la edad del paciente (18). Cabe destacar, sin embargo, que en el estudio de Kement et al. (17) no se halló diferencia significativa en cuanto a la edad.

Otro factor que dificulta la adaptación del paciente colostomizado es la percepción de su imagen corporal ya que, como se ha comentado anteriormente, el tratamiento del cáncer produce una modificación en la apariencia del individuo, que también debe afrontar. La reacción que el paciente tenga a este cambio varía entre unos sujetos y otros, y no tiene

por qué estar relacionada con el tipo de cambio experimentado, al igual que puede variar dependiendo de la cultura del individuo. Las consecuencias de la alteración de la imagen corporal por cáncer, son la presencia de síntomas depresivos, evitación, ansiedad y aislamiento social, lo que afecta a su actividad laboral y a sus relaciones sociales. Esta autoevaluación que el individuo hace de su propio cuerpo provoca angustia y preocupación, un malestar por la nueva apariencia, que le conduce a un aislamiento que aumenta la probabilidad de morbilidad y mortalidad. Asimismo, presenta una disminución del funcionamiento físico y social, lo que afecta también a su autopercepción y valía (21).

También influyen de manera negativa en la adaptación del paciente a la colostomía la falta de conocimientos que este tenga sobre los cuidados del estoma y, por tanto, un menor autocuidado, así como las estrategias que el paciente utilice para afrontar la nueva situación. Los pacientes con un estoma digestivo tienen que hacer frente a dificultades asociadas a la presencia de un nuevo ano en el abdomen, a través del que se eliminarán heces y gases, y a la pérdida de control fecal. Esto puede hacerles pensar que no son completamente normales, ya que sus características corporales han cambiado, pensando muchos de ellos que tienen un cuerpo imperfecto que no cumple con los requerimientos sociales. Bonill de las Nieves et al. (22), quisieron describir las estrategias que estos pacientes llevan a cabo para hacer frente a esta nueva situación. Muchos entrevistados destacaron la importancia de las cuestiones relacionadas con el autocuidado, como es la irrigación, la higiene y el cuidado del estoma, el cambio de bolsas y uso de diferentes tipos de dispositivos y la alimentación. Cheng et al. (23) destacan que aún faltan muchos conocimientos por adquirir por parte de los pacientes, ya que uno de los aspectos peor puntuados fue la irrigación de la colostomía. Otros estudios también señalan la importancia del autocuidado para conseguir una mejor adaptación a la colostomía, resaltando la importancia del manejo del gas y la fuga de heces, las estrategias para la adaptación al cambio corporal y tanto la búsqueda de información y soporte en otras personas, como la autoayuda. Es por ello que todas las estrategias encaminadas a normalizar la nueva situación y lograr una gestión eficaz del estoma hacen que la persona tenga más confianza y control de su vida, favoreciendo su autonomía y reduciendo el temor al rechazo social, lo que facilita la adaptación a esta nueva situación de salud. Además, esta confianza de autogestión para el cuidado se ve a su vez influenciada positivamente por diversos factores como la edad joven, tener

empleo, presencia de apoyo social, el servicio de la enfermera estomaterapeuta, el tipo de dispositivo y haber sido sometido a una resección abdominal previa (22,24).

Aunque en el estudio realizado por Stott et al. (24), un 46% de las personas sentían falta de confianza, expresaban una alta satisfacción con el servicio de la enfermera estomaterapeuta, ya que favorece la disminución de la ansiedad y la depresión, aumentando la adaptación y la calidad de vida. Es importante que el paciente se sienta seguro con el dispositivo de bolsa, porque le permite recuperar la autonomía e independencia. La selección del dispositivo más adecuado a las necesidades propias mejora la salud psicológica del paciente, controlando los síntomas físicos y permaneciendo colocado el dispositivo de manera fiable. La confianza y el afrontamiento aumentan a medida que pasa el tiempo y la persona desarrolla habilidades y estrategias y se adapta a los cambios producidos en su cuerpo. Hay más estudios que apoyan la importancia de una adecuada prescripción de dispositivos para la colostomía considerando sus ventajas e inconvenientes y las indicaciones. Además de la revisión anatómica del abdomen, se debe tener en cuenta las dimensiones física, emocional y social de la persona, sin olvidar aspectos como el vestuario, el estilo de vida, la personalidad, las preferencias del paciente, la agudeza visual y la habilidad manual, el apoyo familiar, la etapa vital y el momento del proceso de afrontamiento en el que se encuentra, todo ello para conseguir una mayor adaptación (25).

Otros trabajos han evidenciado que los principales factores que influyen en la calidad de vida son el estadio tumoral, la quimioterapia y pertenecer al sexo masculino. La calidad de vida tiende a estabilizarse a los 3-6 meses tras la cirugía (sobre todo el estado emocional en el tercer mes y las dificultades funcionales en el sexto mes), por lo que es importante la evaluación de esta a lo largo del primer año de postoperatorio. Hubo otro estudio que comprobó que los pacientes se sentían más cómodos con el cuidado del estoma a partir del sexto mes, lo que coincide con la recuperación de las dificultades funcionales que se acaba de comentar (18,26).

El factor psicológico de las estrategias que el paciente utilice para afrontar la situación y mejorar la adaptación también es importante ya que la tasa de trastornos psicológicos aparece cuatro veces más en personas colostomizadas que en la población general, presentando ansiedad, depresión, baja autoestima, disminución de la libido, irritabilidad, ideación suicida, soledad, aislamiento social y en general, disminución de la calidad de

vida. Hay estudios que han relacionado el estado de salud, las percepciones de enfermedad y las estrategias de afrontamiento con la morbilidad psicológica, centrándose en la ansiedad y la depresión. Knowles et al. (27), comprobaron que el estado de salud influye en la percepción de la enfermedad, y esta a su vez es un factor que influye en el afrontamiento del paciente y por tanto en su adaptación a la nueva situación de salud y a su calidad de vida.

La persona colostomizada interpreta la colostomía como una brecha en su vida que marca “un antes y un después” ya que cambia su rutina, necesitando procesos cognitivos y comportamentales para la adaptación a esta nueva vida. Este proceso comienza en el hospital, recién hecha la cirugía, tal y como se muestra en el estudio de un caso realizado por Crespillo Díaz et al. (25). El paciente afronta su situación, normalmente con estrategias dirigidas a disminuir la carga emocional negativa, delegando los cuidados en algún familiar. En este momento se centra más en el cáncer que en la presencia de la colostomía y busca apoyo familiar. A los dos años, las estrategias van dirigidas a intentar controlar el problema y solucionarlo, además de estar centradas en las emociones. El paciente debe asumir los cuidados del estoma y la vuelta a todas las actividades que realizaba, como la incorporación al trabajo, actividades de ocio y reanudar la actividad sexual. En el caso del paciente entrevistado, el cambio de dispositivo colector fue un punto de inflexión que hizo que comenzara a ser autónomo en el cuidado del estoma. Es por ello que las estrategias más adecuadas para la adaptación de un paciente a la colostomía son las dirigidas a la solución del problema, como es la búsqueda de información y acudir a profesionales, aprender a manejar la colostomía y el autocuidado y prevenir complicaciones, con ellas, el paciente será autónomo y se reducirán las posibilidades de aislamiento social.

Cabe destacar como factor la importancia que tiene para algunos pacientes el bienestar espiritual y la religión en la adaptación a la colostomía. La espiritualidad es un recurso interno y de gran valor, ya que facilita la adaptación psicológica y mejora la calidad de vida para hacer frente al cáncer. Esto se refleja en menores demandas relacionadas con la enfermedad, menos incertidumbre y estados de ánimo negativos, menor desesperanza, ansiedad, depresión y desamparo, mejor adaptación psicosocial y salud mental, y altos niveles de calidad de vida. El bienestar espiritual facilita la curación y recuperación, al igual que la capacidad de afrontamiento, aumentando la energía y disminuyendo los síntomas depresivos y de angustia. En el estudio realizado por Li C-C

et al. (28), en el que la mayoría de los pacientes informaron grandes niveles de bienestar religioso, espiritual y existencial, llegaron a la conclusión de que el bienestar espiritual estaba asociado con una mayor adaptación psicosocial del paciente a la colostomía. No obstante, eran fuertes las relaciones familiares pero pobres las sexuales. También se encontró una relación positiva entre los ingresos y el bienestar existencial. Los pacientes que percibieron como severa su enfermedad o que se encontraban en mayor estadio, tenían un peor bienestar espiritual y existencial y por tanto mayor problema en la adaptación psicosocial. Es por ello que es importante el seguimiento de los pacientes que perciben su enfermedad como grave, siendo en este caso el cáncer de colon (28). En el estudio de Kement et al. (17) no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la adaptación dependiendo de la orientación religiosa.

Otro factor que influye en la adaptación del paciente a la colostomía es la presencia de otro tipo de enfermedades o de complicaciones de la propia colostomía. Hay estudios que demuestran que la presencia de estoma invertido es un factor que dificulta la adaptación a la colostomía (22).

Vonk-Klaassen et al. (20), observaron que muchos pacientes colostomizados a largo plazo dejan de tener un seguimiento y por tanto se desconoce cómo se ocupan de los problemas relacionados con su colostomía y cómo estos afectan a su vida. No obstante, pudieron llegar a la conclusión de que los problemas mayoritarios son los gases, el estreñimiento, el cambio de ropa, las dificultades para viajar, el cansancio, la depresión, la insatisfacción con la apariencia y los problemas sexuales. Todos estos problemas y la propia colostomía y el tipo de ésta, tienen un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Un dato curioso es que los pacientes que tenían una colostomía tras padecer cáncer de colon, estaban mejor adaptados y tenían mejor calidad de vida que los que la tenían por un proceso benigno. Kenderian et al. (29), llegaron también a esta misma observación, ya que los pacientes que tenían una colostomía por cáncer tenían mejor calidad de vida que los que la tenían sin haber padecido cáncer o los que no tenían colostomía pero sí incontinencia fecal. Al igual que otro estudio, que llegó a la conclusión de que esto sucedía debido a que las personas colostomizadas por cáncer de colon, al inicio de la adaptación tenían más miedo y daban más importancia al cáncer que a la colostomía, quedando esta en un segundo plano (25).

Factores del entorno sociofamiliar

Es destacable la región donde resida el paciente, teniendo mayor calidad de vida y más fácil adaptación los pacientes que residen en grandes ciudades, quizás por la falta de apoyo y recursos para manejar el estoma en las áreas rurales (17). Se ha comprobado que los pacientes que viven en zonas rurales se beneficiaron más de la terapia de educación en grupo que los pacientes de zonas urbanas debido a la influencia de los factores socioeconómicos que, al ser reducidos en el primer grupo no permitían el acceso a la información ni a las terapias (30). Es por ello que el factor económico y, por tanto, tener un trabajo también influyen en la adaptación, ya que las personas pueden beneficiarse de más información. Sin embargo, pese a la importancia que tiene una estabilidad económica en estos pacientes, en un estudio realizado por Mahjoubi et al. (19), de 54 pacientes que trabajaban antes de la cirugía, solo 10 permanecieron en sus trabajos, ya que 12 fueron jubilados y otros 12 comenzaron a trabajar a tiempo parcial. De los 10 pacientes que antes de la cirugía tenían un trabajo a tiempo parcial, el 80% perdió su empleo después de esta, lo que influye negativamente en la adaptación a la colostomía. En otro estudio, los pacientes refirieron no realizar la irrigación de su colostomía, técnica que podría facilitar su adaptación tanto psicosocial como a la colostomía y aumentar su calidad de vida al establecer un tránsito intestinal regular, debido a sus condiciones económicas. No obstante, muchos de los pacientes provenían de áreas rurales, teniendo muy poco contacto con una enfermera estomaterapeuta, lo que puede reducir la puntuación en conocimientos sobre el estoma (23).

El entorno social del paciente es un factor que claramente interviene en la adaptación de este a su colostomía. Golicki et al. (31), evaluaron la calidad de vida de los pacientes ostomizados, habiendo una alta representación de pacientes colostomizados (70,7 %). En esta investigación, las enfermeras estomaterapeutas realizaron una encuesta de satisfacción del paciente al alta y el cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF) a los tres meses de la cirugía. La mayoría de los pacientes (59%) evaluaron su calidad de vida como buena o muy buena, incluso por encima de los pacientes hospitalizados en medicina interna, al igual que fue alto el grado de satisfacción del paciente con el estoma al alta. Las áreas mejor percibidas fueron el apoyo social, las relaciones personales, el entorno familiar, el entorno físico y la accesibilidad a la asistencia sanitaria. Sin embargo, las áreas más problemáticas fueron la actividad sexual, la movilidad, la capacidad para trabajar, los recursos financieros, la

dependencia del tratamiento médico y la satisfacción y participación en la salud. Por lo general, tuvieron una evaluación baja el funcionamiento físico y el mental, no obstante valoraron altamente las relaciones sociales y las condiciones del medio ambiente. Un estoma puede originar una sensación de discapacidad, además de un sentimiento de exclusión de la familia y, en general, de la sociedad.

Un factor importante que influye en la adaptación es la situación familiar, ya que la calidad de vida de los pacientes que viven solos se ve afectada negativamente (17). Hay diversos estudios que correlacionan la aceptación de la discapacidad (y por tanto una mayor adaptación a la nueva situación de salud) con la calidad de las relaciones sociales. Zhang et al. (32), utilizaron una escala de aceptación de la discapacidad y otra sobre las relaciones sociales de calidad, llegando a la conclusión de que existía una correlación positiva entre la aceptación de la discapacidad y tener relaciones sociales de calidad. Los pacientes colostomizados tienden a evitar las relaciones sociales ya que les preocupa la fuga de heces y el olor de estas, devalúan su salud y renuncian a sus intereses, lo que les reduce su capacidad de aceptación. Aceptar esta discapacidad conlleva un proceso parecido a la aceptación de una pérdida. Respecto a los resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes había estado ocultando su estoma por más de 5 años, aunque el valor más alto fue de 24 años. Las puntuaciones de aceptación de la discapacidad fueron bajas y hubo pacientes que sentían que sus familiares rechazaban o repudiaban su estoma, aunque la mayoría sentían que su familia era capaz de aceptarlo. Gran parte de los sujetos cuidaban su estoma sin ayuda. Todos sentían que la familia era el apoyo más importante, aunque las amistades también, mejorando su adaptación y calidad de vida, ya que en los sujetos que tienen una red de apoyo social adecuada, disminuye la evaluación negativa que hacen de sí mismos teniendo mayor confianza y, por tanto, siendo menor la exclusión social y la vergüenza por su apariencia física (32). Hay más estudios que han comprobado la importancia del apoyo familiar, como el realizado por Bonill de las Nieves et al. (33), para estos autores la familia es un recurso terapéutico esencial en este tipo de pacientes, ya que los cambios que se producen no solo afectan al colostomizado sino a su entorno familiar. La familia es una fuente de apoyo en todo el proceso de recuperación y adaptación que fomenta la salud, el bienestar, mejora el aspecto emocional al favorecer la expresión de sentimientos, promueve la aceptación del paciente de su nueva imagen corporal y el desarrollo de habilidades y competencias para el autocuidado al implicarse en él.

No obstante, hay más investigadores que han estudiado en esta misma línea, como es el caso de Leyk et al. (34), que quisieron evaluar la influencia del apoyo social en la calidad de vida llegando a la conclusión de que existía una relación significativa entre ellas, por lo que a mayor nivel de apoyo social, mayor será la calidad de vida. Esto no se cumplía por igual en todos los casos, ya que en los pacientes colostomizados de menos de un año no existía esta relación, por lo que el tiempo transcurrido desde la cirugía es un factor que a medida que aumenta favorece la influencia del apoyo social en la calidad de vida. Cheng et al. (23), quisieron comprobar la asociación entre la adaptación psicosocial y la calidad de vida, para ello, realizaron un estudio descriptivo en el que se correlacionaba el conocimiento del estoma y la capacidad de autocuidado con la adaptación psicosocial, teniendo en cuenta también los datos sociodemográficos de los sujetos de estudio. Se pudo llegar a la conclusión de que las personas con alto nivel de conocimiento sobre el estoma e independencia para su cuidado tenían un nivel de adaptación psicosocial alto. El nivel de conocimiento relacionado con el estoma fue tendente a alto, sin embargo, de 54 personas 20 tuvieron capacidad de autocuidado sin ayuda, 30 con ayuda y 4 necesitaban atención completa por parte de un cuidador. El nivel de adaptación psicosocial del estudio se encontraba en un nivel medio. En el estudio realizado por Person et al. (35), el cuidado del estoma de un 49,5% de los pacientes fue proporcionado por el cónyuge, en un 25,7% de los casos por parte de los hijos, un 15,2% de los pacientes tuvieron capacidad de autocuidado, y en el porcentaje restante por otros cuidadores.

También es beneficioso para la adaptación tener la oportunidad de hablar con otros iguales en un grupo de autoayuda (26). Tan importante es la terapia de grupo que hay estudios que se centran en cómo la educación impartida en grupos favorece la calidad de vida, como es el caso de Altuntas et al. (30), quienes diseñaron un programa de educación grupal, haciendo que los pacientes respondieran a una encuesta antes de la intervención y a los 3 meses tras esta por llamada telefónica. La educación y el apoyo que aportó la enfermera tanto al paciente como a los familiares fue fundamental para comprender el cuidado del estoma, la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con este, mejorar la calidad de vida y promover la aceptación del estoma, haciendo que la familia se involucre en el cuidado. Se llegó a la conclusión de que la educación en grupo mejoraba la calidad de vida, ya que los pacientes comprenden que hay casos similares al suyo, expresan sus dudas y sentimientos, comparten experiencias

y establecen relaciones con otros pacientes. Respecto a los grupos de pacientes que más se beneficiaron de esta educación grupal, fueron los casados, ya que recibieron el apoyo de sus cónyuges, que también habían participado en la terapia. Obtuvieron mejoras en la salud general y mental, en el desempeño de los roles y en el dolor corporal.

Otro factor relacionado con el entorno sociofamiliar que favorece la adaptación a la colostomía es la presencia de pareja estable. Los pacientes con cáncer de colon reciben tratamientos como la radioterapia, la quimioterapia y la colostomía que aumentan los problemas sexuales. Milbury et al. (36), buscaron identificar la relación entre los factores demográficos, médicos y psicosociales con la disfunción sexual, ya que la colostomía se asocia con un alto deterioro de la función sexual y emocional (19). Respecto a los factores demográficos, una edad avanzada aumenta el riesgo de sufrir disfunción sexual, menor deseo y disfrute sexual. Los factores médicos también juegan un papel importante ya que en hombres se daban más casos de disfunción sexual cuanto más destructiva fuese la cirugía, y en el caso de las mujeres las que tuvieron radioterapia pélvica adyuvante, sobre todo presentando dispareunia. Por último, respecto a los factores psicosociales se puede añadir que tenían tasas mayores de función sexual los pacientes con relaciones comprometidas que los solteros. Cabe destacar que las mujeres tuvieron mayor tendencia a la depresión que los hombres. La calidad de vida juega un papel importante ya que está asociada a una mayor función sexual, ya que por ejemplo si una persona tiene problemas de función intestinal que disminuyan su calidad de vida, esto hará que sea más propensa a sufrir disfunción sexual. El bajo nivel de apoyo social también se relacionó con una menor función sexual. Respecto a la imagen corporal, no se asoció tanto con los problemas sexuales como la angustia por tener colostomía e incontinencia fecal. No obstante, los factores psicosociales son los que menos contribuyeron a la disfunción sexual. En términos generales, los hombres con edad avanzada, niveles bajos de apoyo social y una intervención quirúrgica destructiva tuvieron mayor disfunción sexual. En el caso de las mujeres fue la edad avanzada y la menor tasa de calidad de vida las que produjeron una peor función sexual (36). Además, contar con el apoyo y aceptación de la pareja se ha relacionado con un mayor restablecimiento de las relaciones sexuales (33).

Por último, otro factor importante que influye en la adaptación del paciente colostomizado a su nueva situación de salud es el papel de la enfermera y su intervención para mejorar dicha adaptación. Diversos estudios inducen a la reflexión

sobre el rol que juega la enfermera, ya que un 75% de los pacientes no habían recibido información previa a la cirugía sobre la colostomía y sus complicaciones, y es en estos pacientes donde los problemas relacionados con el estoma fueron más altos (19). Para la gestión de la nueva situación de salud los pacientes llevan a cabo estrategias que favorecen la adaptación. Estas estrategias deben formar parte de la enseñanza que debe impartir la enfermera estomaterapeuta, aumentando la autonomía de la persona y disminuyendo el miedo al rechazo social (22).

En el estudio de Ito et al. (37), se evaluó la calidad de vida antes de la cirugía y a los 2, 6 y 12 meses tras esta, ya que en otros estudios no se tuvo en cuenta la información previa a la cirugía. Las puntuaciones de calidad de vida a los 2 meses de la cirugía fueron inferiores a las anteriores a esta, aunque a los 6 meses mejoraron y a los 12 se recuperaron casi al mismo nivel previo a la cirugía. Es importante destacar que el apoyo psicosocial por parte de un profesional con experiencia en colostomías antes y después de la cirugía, sobre todo en el primer año, mejora la adaptación del paciente a la colostomía.

Intervenciones enfermeras que favorecen la adaptación del paciente colostomizado

Hay diferentes intervenciones enfermeras que se pueden llevar a cabo para favorecer la adaptación del paciente, teniendo en cuenta los factores que se han descrito en el apartado anterior, que se pueden englobar en dos grupos: intervenciones educativas y de apoyo psicológico, pudiendo trabajar en ambas con el paciente y la familia.

Intervenciones educativas

Las intervenciones de educación son de gran importancia en este tipo de pacientes ya que la presencia de un estoma supone numerosos cambios en el día a día y son muchos los aspectos que deben aprender tanto del cuidado del estoma como del nuevo estilo de vida.

Entre las intervenciones educativas destaca el aprendizaje de los cuidados del estoma que debe realizar el paciente. En un estudio se evidencia el gran papel que tiene el personal de enfermería en la adaptación del paciente a su nueva situación de salud, ya que tras realizar una intervención educativa los pacientes habían adquirido mayor conocimiento sobre prácticas de autocuidado como el manejo del estoma, la alimentación y la prevención de complicaciones, lo que mejoró la adaptación y la calidad de vida de estos pacientes (38).

Por tanto, hay diferentes cuestiones que son de gran importancia para el paciente para hacer frente a su nueva situación de salud. Los pacientes necesitan llevar a cabo diferentes estrategias que tienen que ver con desarrollar técnicas de autocuidado para adaptarse a su colostomía, en las que la enfermera estomaterapeuta juega un papel importante por sus labores de enseñanza. Para los pacientes la irrigación es una actividad de gran importancia en su adaptación, ya que les permite lograr un mayor nivel de autonomía e independencia al controlar los movimientos intestinales y la continencia de las heces, pudiendo realizar mayor número de actividades durante el día sin preocupación (22).

Debido a que las personas que tienen mayor conocimiento sobre su estoma e independencia en su cuidado tienen un alto nivel de adaptación psicosocial, uno de los objetivos de enfermería debería consistir en proporcionar conocimientos y enseñanza sobre el autocuidado del estoma (23). Aunque hay diferentes problemas relacionados con la colostomía que reducen la calidad de vida de la persona, deberían realizarse más investigaciones para detectarlos y, sobre todo, las necesidades de atención que generan. Esto resulta conveniente, ya que muchos pacientes a largo plazo, cuando les surgen complicaciones relacionadas con su colostomía, esperan demasiado tiempo para acudir a un profesional o directamente no acuden (20). La enfermera estomaterapeuta reduce la probabilidad de complicaciones y problemas como fuga, irritación de la piel, dolor, preocupaciones por la ropa, problemas de adaptación y necesidad de bolsas de alto coste personalizadas al realizar una evaluación del abdomen para realizar el marcaje del estoma en la ubicación más óptima posible, lo que también aumentará la independencia y la calidad de vida. Además, su asesoramiento pre y postquirúrgico alivia los temores de estos pacientes y ayuda a su adaptación en el periodo postoperatorio. También realizará un seguimiento acerca del estoma y los problemas asociados (35). Sin embargo, pese al valor que tiene este tipo de enfermera, en un estudio realizado por Davidson et al. (26), el 46% de los entrevistados no habían sido valorados por la enfermera estomaterapeuta manifestando una necesidad de seguimiento regular, el 54% restante habían recibido su visita en el hogar, encontrando esto como muy útil un 95% de los pacientes. Parece que esta atención en el hogar es la más rentable y beneficiosa, tanto para la persona colostomizada como para el servicio de salud. Por todo ello, existe la necesidad de apoyo profesional especializado para aumentar la capacidad de autocuidado para alcanzar la independencia, desarrollar nuevas habilidades, reducir la

ansiedad y mejorar las estrategias de afrontamiento y de adaptación a una nueva imagen corporal y a la sociedad. Además, la enfermera también educará para que el paciente identifique las complicaciones que pueda tener (39). Tan importante es que para el personal médico y de enfermería el objetivo principal en pacientes colostomizados sea favorecer la adaptación del paciente para aumentar la calidad de vida de éste, que en países como Polonia existe un modelo de atención para personas ostomizadas en el cual se tiene acceso a personal médico y de enfermería especializado y a psicólogos para que esto sea posible (31).

Al paciente se le presentan diversas dificultades debido a las alteraciones biológicas (cambios en la dieta, en la higiene, pérdida de control de esfínteres), psicológicas (afectación de la imagen corporal y de la autoestima) y sociales (dificultad en la reinserción laboral e integración social) que sufre tras la cirugía. Los enfermeros deben conocer cómo la persona percibe su enfermedad y cuál es su estado emocional, ofreciendo un cuidado holístico en el que se tenga en cuenta el cuidado del estoma, la adaptación a un nuevo estilo de vida, el apoyo psicológico para adaptarse a la nueva imagen corporal y resolver dudas. Los cuidados enfermeros en las consultas de estomatoterapia hacen que los pacientes estén informados acerca de los cuidados del estoma, les ayudan a convivir con él, reducen los gastos de material al conseguir una mejor adaptación al dispositivo y menos complicaciones, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, y además son un apoyo que reduce el estrés ya que pueden consultar dudas cuando necesiten (40).

Por tanto, otro tipo de intervenciones de educación a realizar son las que tienen que ver con la adaptación al nuevo estilo de vida. La enfermera debe realizar intervenciones educativas para que el paciente aprenda aspectos relacionados con la alimentación, ya que evita complicaciones como la salida de olores y la producción de gases, además de también controlar los movimientos intestinales y la consistencia de las heces. Esto es importante, ya que sobre todo al inicio causa sentimientos de vergüenza que se escuchan los gases o que haya probabilidad de fuga de heces (22).

También se sigue un proceso de aprendizaje respecto a la higiene, el cuidado de la piel y el cambio de bolsa. La enfermera estomaterapeuta deberá enseñar técnicas para llevar a cabo estas actividades, así como para elegir un adecuado dispositivo en función de la situación. Actualmente, las personas colostomizadas pueden encontrar gran variedad de

tipos de dispositivos para que elijan el que más se ajuste a sus necesidades, como bolsas de inhibición de los olores, y diferentes productos personalizados que facilitan la adaptación a la colostomía. Los pacientes que realizan la irrigación pueden hacer uso de un obturador que inhibe el ruido y permite no llevar una bolsa que abulte en el abdomen, aunque puede ejercer presión sobre el estoma y haber problemas de fugas. También pueden hacer uso de bolsas de capacidad mínima, más pequeñas que las normales y evitando el problema de fugas al dar tiempo a ir a un baño en caso de movimiento intestinal (22). Uno de los diagnósticos enfermeros más predominantes que se relacionan con estos aspectos es la gestión ineficaz de la salud debido a la complejidad del régimen terapéutico y a la gran cantidad de información que deben aprender acerca de los autocuidados, dieta y ejercicio. También pueden presentar afrontamiento ineficaz, deterioro de la integridad cutánea por el contacto de la piel periestomal con las heces y trastorno del patrón del sueño debido a la preocupación por fugas del dispositivo (40).

Otras intervenciones enfermeras que se deben llevar a cabo para la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida, aparte de la enseñanza de una adecuada alimentación e higiene, es educarle para que vuelva a realizar las actividades cotidianas, de ocio y trabajo que llevaba a cabo antes de la cirugía. En el estudio realizado por Kjaergaard Danielsen et al. (41), se quiso explorar el impacto de la colostomía en la vida cotidiana y la necesidad de recibir enseñanza profesional antes y después del tratamiento. Se realizaron entrevistas en grupo y se llegó a la conclusión de que la creación de la colostomía provocó aislamiento y preocupación por evitar la revelación de la presencia del estoma entre las personas que les rodean. El estoma fue percibido como un tabú. Manifestaron ponerse límites en las actividades de la vida diaria para no ser “descubiertos”, actuando de diferentes maneras y con diferentes ropas para disimular la presencia de la bolsa colectora con actitud vigilante durante la actividad. Refirieron la existencia de estigma acerca de personas colostomizadas y presenciar sentimientos de molestia si se producía ruido u olor al interactuar con otros. El manejo de la ostomía y el autocuidado fue percibido como central para su vida cotidiana tras la cirugía. Un hecho importante es la referencia de que los profesionales de la salud les habían hecho creer “unos cuentos” poco realistas acerca de una vida no problemática con el estoma, además la educación recibida en el hospital no concordaba con sus necesidades al regresar a casa. Es por ello que manifestaron la necesidad de tener contacto con

profesionales de la salud y recibir información adecuada, fiable y de confianza sobre la vida con la ostomía, por lo que propusieron sesiones de grupo después del alta hospitalaria, impartidas por personas portadoras de colostomía. Otro estudio también manifiesta el sentimiento por parte de los pacientes de no recibir la información adecuada. Refirieron haber obtenido folletos de información sobre la vida con una colostomía en los que se explicaban pocos cambios respecto a ropa y alimentación, algo que no veían reflejado en la realidad (26). Toda esta falta de información que no se adecúa a las necesidades de los pacientes, conlleva a que cada vez sean más los que realicen a través de internet una búsqueda de información y resolución de dudas, lo que favorece el miedo al poder ser información incorrecta. Es por ello que la enfermera estomaterapeuta debe informar y educar al paciente evitando así la búsqueda de información, que puede ser errónea, en internet. No obstante, muchos pacientes destacan haber leído acerca de este tipo de enfermera, pero no han tenido la oportunidad de conocerla, y han tenido que buscar toda la información ellos mismos. Además de todas estas intervenciones que la enfermera debe realizar, también sirve de nexo a la hora de contactar con grupos y asociaciones de personas con estoma donde el paciente pueda compartir sus experiencias y resolver dudas tanto emocionales como técnicas en un grupo de iguales. El aprendizaje de todos estos aspectos facilita la vida cotidiana del paciente, mejorando su calidad de vida y adaptación a la colostomía (22).

Para los hombres, el mayor problema que les supone el tratamiento del cáncer de colon es la disfunción eréctil, por tanto, es importante que el personal médico y de enfermería incidan en él, por lo que será una intervención de enseñanza a llevar a cabo. Con la cirugía, los nervios que dirigen el flujo de sangre y que hacen posible la erección se ven dañados, además, la quimioterapia también juega un papel importante en la disfunción sexual masculina. Todo esto hace que las tasas de disfunción eréctil sean muy altas sobre todo a largo plazo (59-90%). Respecto a la disfunción sexual femenina se sabe menos, principalmente porque muchas de las mujeres que se incorporan a estudios son reacias a responder a las preguntas sobre problemas sexuales. No obstante, se conoce que son más propensas a renunciar a la actividad sexual que los hombres después del tratamiento para el cáncer de colon, y que presentan síntomas como atrofia vulvovaginal, sequedad, pérdida de deseo sexual, incontinencia fecal durante el sexo, estenosis vaginal y, sobre todo, dispareunia. En las mujeres la radioterapia pélvica adyuvante influye en una peor función sexual. Por tanto, para los hombres la disfunción

sexual aumenta con la edad avanzada, cirugías más destructivas y con apoyo social deficiente. En mujeres influye la edad avanzada y la menor calidad de vida. Conociendo estos factores que hacen que se produzca la disfunción sexual, se puede incidir en ellos identificando a los pacientes de alto riesgo a sufrir este tipo de problemas para mejorar su funcionamiento sexual, ya que es poco probable su resolución por sí mismos y tienden a ser duraderos. Se debe informar a los pacientes sobre este tipo de problemas antes de los tratamientos para el cáncer de colon e identificarlos tras este en las visitas de seguimiento para la rehabilitación sexual, para lo que es muy importante la confianza entre el profesional y el paciente (36). No hay que olvidarse de que los pacientes colostomizados tienen una familia que convive con ellos diariamente y que también necesitan atención sanitaria. Hay pocos estudios que se centren en los cónyuges de estos pacientes y en cómo la colostomía también les afecta, teniéndose que adaptar a ella y dar apoyo a su familiar colostomizado. En el estudio de Silva et al. (42), se comparó un grupo de cónyuges de pacientes colostomizados con un grupo control de cónyuges de personas no colostomizadas. Los resultados fueron que el comportamiento sexual del cónyuge fue significativamente mejor en el grupo control, así como el desempeño sexual, y se detectó una menor frecuencia de actividad sexual en el grupo de casos. Respecto al interés sexual, no encontraron diferencias entre ambos grupos. Hubo mayor insatisfacción con el rendimiento sexual del cónyuge en el grupo de casos. Un tercio de los pacientes con estoma ya no tuvieron relaciones sexuales, reemplazando su actividad sexual por sentimientos de respeto, compañerismo, amor e incluso devoción religiosa. Es por ello que el efecto de la cirugía y de los diferentes tratamientos sobre la función sexual debe ser tratado por el personal sanitario, informando al paciente y al cónyuge, tanto en la fase pre como postoperatoria, incluyendo a ambos en las intervenciones enfermeras.

Apoyo psicológico

Debido al gran impacto psicosocial al que son sometidos este tipo de pacientes y todas las nuevas cuestiones que deben aprender sobre el autocuidado y la nueva situación de salud que se les plantea, esta dimensión debería ser un punto a tratar por parte de los profesionales. Sin embargo, Kenderian et al. (29), exploraron si los oncólogos médicos reconocen la existencia de la colostomía en sus evaluaciones postoperatorias del seguimiento del paciente. Muchos pacientes revelaron una insatisfacción con la asistencia sanitaria que se les ofrecía, sobre todo en aspectos como los procesos de toma

de decisiones y la oportunidad de tratar temas sobre problemas sexuales relacionados con la colostomía. Los resultados fueron que la presencia de una colostomía no se mencionó en el registro del médico de la primera visita en un 17% de los casos, en un 6% se mencionó como parte del examen físico realizado al paciente, y en un 2% no se llegó a mencionar. Lo mismo ocurrió con las complicaciones del estoma, ya que de 17, solo fueron mencionadas 8. Esto induce a pensar que los profesionales de la salud deberían ser conscientes de la dimensión psicosocial del paciente y tratarla, ya que aún falta mucho para que estos pacientes sean adecuadamente atendidos en todas sus esferas. Las enfermeras enterostomistas son de gran importancia en este aspecto ya que ayudan e informan a los pacientes antes y después de la cirugía. Si se reconoce la presencia de la colostomía en estos pacientes, y se tratan los asuntos psicosociales, se podrá tener una relación empática con el paciente que aumentará la confianza y ayudará a tratar también problemas tan enmascarados como la disfunción sexual (29).

Es importante realizar intervenciones enfermeras que aporten un apoyo psicológico a los pacientes y que favorezcan la adaptación. Una de ellas es mostrar apoyo ante el rechazo del estoma que el paciente pueda tener. Es necesario realizar intervenciones psicológicas para identificar y trabajar con las percepciones de la enfermedad, ya que influyen en el afrontamiento de la misma y, por tanto, pueden ocasionar morbilidad psicológica, como la ansiedad o la depresión (27). Además, es aconsejable que existan protocolos que evalúen la calidad de vida en estos pacientes para poder conocer el afrontamiento y la adaptación que llevan a cabo (19).

Uno de los apoyos más importantes para muchos pacientes es la religión y la espiritualidad. Es importante saber que se carece de las herramientas adecuadas para hacer una evaluación clínica de espiritualidad a los pacientes, existiendo la necesidad de planes de cuidados enfermeros que ayuden a tratar este aspecto. El bienestar espiritual se puede mejorar informando a los pacientes acerca de la progresión del cáncer, enseñando habilidades de autocontrol, mejorando la percepción que tienen de la enfermedad y del significado de la vida, fortaleciendo sus habilidades en el cuidado de la ostomía y potenciando el apoyo de familiares y amigos (28).

Otras intervenciones tienen que ver con el autoconcepto y la autoimagen que el paciente tenga de sí mismo. Debido a que existe una correlación positiva entre la aceptación de la discapacidad y el poseer relaciones sociales de calidad, es un hecho que el personal de

enfermería no debería dejar a un lado los cuidados que supongan intervenciones psicológicas que ayuden a los pacientes a mejorar la calidad de las relaciones sociales para así promover una aceptación de la discapacidad y por tanto mayor adaptación por parte de éste. Para ello, hay que animar al paciente para que participe en actividades sociales (32). Otros autores como Cheng et al. (23), apoyan la idea de que el personal médico y de enfermería debe reconocer los problemas sociales potenciales del paciente para ayudarlo a resolverlos. Es importante incluir a la familia en el plan de cuidados del paciente, así como incorporar actividades que fomenten la implicación familiar, ya que esto mejorará la adaptación del paciente y su autonomía en el cuidado, dada la importancia de la familia en el proceso de adaptación (33).

Se produce un cambio en la imagen corporal y una reducción de la autoestima que implica un bajo nivel de autoaceptación (31). Este cambio de la imagen corporal debe afrontarse, por lo que muchas estrategias están encaminadas a cambiar la forma en la que se visten, dejar el uso de bikini sustituyéndolo por traje de baño, no usar ropa ajustada y dejar de hacer actividades en las que otras personas descubran la presencia de la bolsa de colostomía con el fin de ocultarla. No obstante, el uso de la irrigación y de diferentes dispositivos como el obturador (aspectos que la enfermera estomaterapeuta debe valorar pautar y enseñar al paciente), facilitan esta adaptación al poder disimular la presencia del estoma y disminuir la preocupación de fugas (22). Todo esto indica diagnósticos de enfermería como trastorno de la imagen corporal, con expresión de sentimientos negativos y miedo a la reacción de los demás, y baja autoestima situacional, debida a esta alteración en la imagen corporal, presentando impotencia por la dificultad del automanejo de la colostomía. Además, también está presente el diagnóstico de aislamiento social, por miedo al rechazo de los demás (40).

Respecto a la alteración de la imagen corporal es importante que las enfermeras tengan en cuenta los tres conceptos principales que caracterizan esta afectación. Uno de ellos es la autopercepción de un cambio en la apariencia y el consiguiente descontento por este. Otro, es la disminución en un área de función y, finalmente, la angustia psicológica por los cambios de la apariencia y/o de la función. Estos pacientes presentarán diferentes síntomas depresivos, ansiedad y aislamiento social. Realizando una valoración de estos atributos que presentan los pacientes, la enfermera deberá identificar la alteración de la imagen corporal y tratarla para que no evolucione a un aislamiento social (21).

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

El cáncer colorrectal es el segundo en incidencia en los países del entorno occidental, su tratamiento depende del estadio y habitualmente se plantea con un enfoque multidisciplinar e individualizado. En los casos en los que hay afectación del recto es necesario realizar una colostomía.

La colostomía provoca en la persona desafíos tanto físicos como sociales y psicológicos, ya que genera un cambio en la apariencia física y en el estilo de vida (17). En esta revisión se ha investigado sobre los factores que condicionan la adaptación de los pacientes colostomizados a su nueva situación de salud.

Entre los factores que pertenecen al perfil del paciente destacan el sexo, la edad, la percepción de la imagen corporal, el nivel de conocimientos sobre el cuidado del estoma, el tipo de personalidad, el sentimiento de religiosidad, las enfermedades del paciente y las complicaciones del estoma.

Las mujeres por lo general tienen una percepción de la salud más baja que los hombres, quienes suelen aceptar de forma más óptima la nueva imagen corporal. No obstante, las mujeres mayores aceptan mejor el cambio de imagen y presentan menos problemas con el estoma y una mejor visión del futuro que las mujeres jóvenes. Sin embargo, los pacientes mayores son más vulnerables hasta los 6 meses, ya que tienen una adaptación más tardía a las enfermedades. Por tanto, a la hora de realizar intervenciones enfermeras se deben tener en cuenta estas características (17-19).

La imagen corporal produce ansiedad, depresión y aislamiento social, entre otras afecciones, perjudicando a muchas esferas del paciente colostomizado y dificultando su adaptación (21). Respecto a la falta de conocimientos por parte del paciente acerca del estoma, dificulta la independencia a la hora de realizar un autocuidado adecuado, y la esfera psicológica del individuo hace que desarrolle un tipo de estrategias u otro para afrontar la nueva situación de salud (22). También se puede considerar un factor la personalidad del individuo así como su espiritualidad y religión, ya que será un apoyo que aumenta la adaptación psicosocial (28).

Por último, las enfermedades del paciente y las complicaciones del estoma también afectan a la adaptación de este a su colostomía. De esta forma, la presencia de estoma

invertido dificulta la adaptación del paciente y los pacientes con estoma debido a cáncer de colon tienen una mejor adaptación que los pacientes que lo tienen debido a un proceso benigno (20,22).

Respecto a los factores que tienen que ver con el entorno sociofamiliar, uno de ellos es la región, ya que los pacientes que viven en zonas rurales tienden a tener una menor adaptación a la colostomía y menor calidad de vida, por lo que son pacientes objetivo para realizar terapia de grupo, ya que no tienen gran acceso a información ni a terapias de este tipo (17,30). Por ello, el factor económico y tener trabajo son elementos que hacen que la persona tenga una mejor adaptación, aunque muchos de estos pacientes pierden el empleo tras la cirugía (19).

El entorno social, es decir, familia, amistades y pareja, es un factor que interviene en esta adaptación, ya que sirve de apoyo y ayuda al paciente para interiorizar todos los cuidados referentes a la colostomía y el nuevo estilo de vida, además de aceptar la nueva situación de salud (32). La situación familiar es un factor importante ya que los pacientes que viven acompañados realizan una mejor adaptación, así como la presencia de pareja, ya que las tasas de función sexual son mayores en los pacientes con relaciones de pareja que en los solteros (17,36). Si además cuentan con el apoyo y aceptación de la pareja, el restablecimiento de las relaciones sexuales es aún mayor (33). No obstante, cuanto mayor sea la edad, mayor es la presencia de problemas de disfrute sexual (19).

Por último, la enfermería también juega un papel importante en esta adaptación, ya que es peor en los pacientes que no reciben la visita de la enfermera estomaterapeuta y las complicaciones del estoma son mayores, sobre todo si no reciben información previa a la cirugía (19). Además, el apoyo psicosocial previo y posterior a la cirugía mejora la adaptación del paciente (37).

Ser conscientes de estos factores ayudará a que el personal de enfermería se anticipe a una mala adaptación a la colostomía y pueda realizar intervenciones para mejorar dicha adaptación. Estas intervenciones serán educativas, centradas en el cuidado del estoma y la adaptación al nuevo estilo de vida, y de apoyo psicológico para mejorar la autoimagen, autoconcepto y el rechazo al estoma.

Como limitaciones de este trabajo es destacable la dificultad para extraer los diferentes condicionantes de la adaptación del paciente colostomizado, ya que muchos artículos relacionaban más de un factor, obstaculizando el análisis. También pueden ser discutibles los criterios de selección de los artículos o que al tratarse de una revisión narrativa no se hayan encontrado otros estudios también relevantes o que puedan existir otros enfoques posibles. El tiempo de consulta de las fuentes es también un factor limitante, así como la interpretación de la información, ya que la mayoría de los artículos seleccionados están escritos en inglés, por lo que la comprensión de estos ha podido no ser la adecuada.

Basándose en este trabajo, se pueden señalar diferentes propuestas de aplicación en la práctica como la necesidad de continuidad de cuidados en los pacientes colostomizados, preferiblemente por parte de la enfermera estomaterapeuta y, si esto no es posible, por la enfermera comunitaria, así como la necesidad de terapias grupales. También sería oportuno realizar protocolos o guías clínicas para este seguimiento del paciente, y que se basaran en los factores que predisponen a la persona a una peor adaptación a su colostomía.

Respecto a las propuestas para nuevas líneas de investigación en el futuro, se puede sugerir que se realicen mayor número de trabajos o estudios que relacionen la adaptación del paciente a la colostomía con diferentes factores de su entorno, pero quizás centrándose en un solo factor relacionado con el fin de profundizar en su conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Medlineplus.gov [Internet]. EEUU: MedlinePlus; 2015 [actualizado 4 Abr 2017; citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2lX2bII>
- 2- AECC: Asociacion Española Contra el Cancer [Internet]. Madrid: AECC; 2014 [actualizado 16 Dic 2014; citado 2 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pjwxDH>
- 3- Cuidateplus [Internet]. España: Unidad Editorial Revistas, S.L.; c2017 [actualizado 30 Mar 2017; citado 2 abr 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oxEI23>
- 4- OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: OMS; 2015 [citado 3 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1il315R>
- 5- SEOM: Sociedad Española de Oncologia Medica [Internet]. España: SEOM; [actualizado 1 Mar 2017; citado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oN3VBI>
- 6 INE: Instituto Nacional de Estadistica [Internet]. España: INE; 2016 [actualizado 30 Mar 2016; citado 5 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1qP45Zn>
- 7- Cancer.org [Internet]. EEUU: American Cancer Society; 2014 [actualizado 2 Dic 2014; citado 5 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pjn4vM>
- 8- RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario. Guia de buenas practicas clinicas: Cuidado y manejo de la ostomia. [Internet]. Canada: RNAO; 2009 [citado 12 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pmNUpb>
- 9- CPMC: California Pacific Medical Center [Internet]. EEUU: CPMC; c2014 [actualizado Mar 2015; citado 12 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pmO7IZ>
- 10- AECC: Asociación Española Contra el Cancer [Internet]. Madrid: AECC; 2014 [citado 2 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2nCJHdN>
- 11- OMS: Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978 [citado 8 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/21LKPrC>
- 12- Carballo Chinarro AI. Guia rapida de colostomia. [Internet]. España: Fundacion te cuidamos; c2008. [citado 8 nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pjksSw>
- 13- Rodriguez-Marin J, Pastor MA, Lopez-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema [Internet]. 1993 [citado 3 dic 2016]; 5:349-372. Disponible en: <http://bit.ly/2q7bEvj>
- 14- Diaz de Flores L, Duran de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gomez Daza B, Gomez de Obando E, Gonzalez de Acuña Y, et al. Analisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 [citado 3 dic 2016];2(2):19-23. Disponible en: <http://bit.ly/2oxpgCW>

- 15- Calderon Moreno B. Cuidados enfermeros al paciente colostomizado. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2014. [citado 3 dic 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qfV8YZ>
- 16- Crespo Villazan L. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013. [citado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2q8LZ8c>
- 17- Kement M., Gezen C, Aydin H, Haksal M, Can U, Aksakal N, et al. A descriptive survey study to evaluate the relationship between socio-demographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy. *Ostomy Wound Manage.* 2014;60(10):18-23.
- 18- Theodoropoulos GE, Karantanos T, Stamopoulos P, Zografos G. Prospective evaluation of health-related quality of life after laparoscopic colectomy for cancer. *Tech Coloproctol.* 2013;17(1):27-38.
- 19- Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, Jafarinia M, Zahedi-Shoolami L. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10(1):136.
- 20- Vonk- Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy- related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res.* 2016;25:125-33.
- 21- Rhoten BA. Body image disturbance in adults treated for cancer - a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2016;72(5):1001-11.
- 22- Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Hueso Montoro C, Morales Asencio JM, Rivas Marin C, Cuevas Fernández Gallego M. Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(3):394-400.
- 23- Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang YN. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Manage.* 2013;59(7):35-8.
- 24- Stott C, Graaf L, Morgan P, Kittscha J, Fairbrother G. Confidence in managing new stoma and satisfaction with stomal therapy service upon hospital discharge. *World Council of Enterostomal Therapists Journal.* 2013;33(1):8-11.
- 25- Crespillo Díaz AY, Martín Muñoz B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso. *Index enferm.* 2012;21(1/2):43-7.
- 26- Davidson F. Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *Br J Nurs.* 2016;25(17):S4–12.

- 27- Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *J Crohns Colitis*. 2013;7(10):e471–e478.
- 28- Li C-C, Rew L, Hwang S-L. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment in Taiwanese Patients With Colorectal Cancer and a Colostomy. *J Wound, Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(2):161–9.
- 29- Kenderian S, Stephens EK, Jatoi A. Ostomies in rectal cancer patients: what is their psychosocial impact? *Eur J Cancer Care*. 2014;23(3):328–32.
- 30- Altuntas YE, Kement M, Gezen C, Eker HH, Aydin H, Sahin F, et al. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care*. 2012;21(6):776-81.
- 31- Golicki D, Styczen P, Szczepkowski M. Quality of life in stoma patients in Poland: multicentre cross-sectional study using WHOQOL-BREF questionnaire. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(3):491-6, 589-93.
- 32- Zhang TL, Hu AL, Xu HL, Zheng MC, Liang MJ. Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support. *Chin Med J*. 2013;126(21):4124-31.
- 33- Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdran Mañas M, Rivas Marin C, Sanchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index Enferm*. 2013;22(4):209–13.
- 34- Leyk M, Ksiaz'ek J, Habel A, Dobosz M, Kruk A, Terech S. The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *J Wound, Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(6):581–8.
- 35- Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(7):783–7.
- 36- Milbury K, Cohen L, Jenkins R, Skibber JM, Schover LR. The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(3):793-802.
- 37- Ito N, Ishiguro M, Uno M, Kato S, Shimizu S, Obata R, et al. Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study. *J Wound, Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(2):172-7.
- 38- Almendarez-Saavedra JA, Landeros-Lopez M, Hernandez-Castañon MA, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernandez MT. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(2):91-8.

- 39- Modolo Martins L, Megumi Sonobe H, De Siqueira Vieira F, Silva De Oliveira M, De Felicio Bortucan Lenza N, Aparecido Da Silva Teles A. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. *British Journal of Nursing*. 2015;24(22):S4-S11.
- 40- Rivas Calvete O. Caso Clínico. Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colostomía transversa. *Metas enferm*. 2015;18(9):12-18.
- 41- Kjaergaard Danielsen A, Elgaard Soerensen E, Burcharth K, Rosenberg J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(4):407-12.
- 42- Silva AL, Monteiro PS, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease*. 2014;16(12):O431-O434.

ANEXO I: estrategia de búsqueda.

PUBMED				
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados (por título)	Nº artículos seleccionados (por resumen)	Nº artículos seleccionados (tras lectura crítica)
Colostomy AND Psychosocial factors	41	24	15	13
Colostomy AND Psychosocial factors AND Adaptation	7	0	0	0
Colostomy AND Impact	50	10	6	4
Colostomy AND Psychosocial factors AND Impact	12	0	0	0
Colostomy AND Nursing care AND Adaptation	6	0	0	0
Colostomy AND Nursing care	29	6	3	2
CINAHL				
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados (por título)	Nº artículos seleccionados (por resumen)	Nº artículos seleccionados (tras lectura crítica)
Colostomy AND Adaptation AND Nursing	3	3	2	1
Colostomy AND Factors AND Nursing	10	1	1	1
Colostomy AND Factors AND Adaptation	3	1	1	0
Colostomy AND Nursing care	7	0	0	0
Colostomy AND Nursing care AND Adaptation	2	0	0	0

CINAHL (cont.)				
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados (por título)	Nº artículos seleccionados (por resumen)	Nº artículos seleccionados (tras lectura crítica)
Colostomy AND Nursing	36	8	4	1
Colostomy AND Nursing AND Adaptation	3	0	0	0
CUIDEN				
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados (por título)	Nº artículos seleccionados (por resumen)	Nº artículos seleccionados (tras lectura crítica)
Colostomy AND Adaptation	10	8	6	3
Colostomy AND Adaptation AND Nursing	3	0	0	0
Colostomy AND Nursing care	8	4	2	0
Colostomy AND Nursing care AND Adaptation	3	0	0	0
Colostomy AND Nursing	13	2	1	0
Colostomy AND Nursing AND Adaptation	3	0	0	0
SCIELO				
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados (por título)	Nº artículos seleccionados (por resumen)	Nº artículos seleccionados (tras lectura crítica)
Colostomy AND Adaptation	2	2	2	1
Colostomy AND Impact	1	0	0	0
Colostomy AND Nursing	1	1	0	0

ANEXO II: artículos seleccionados para el análisis.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review.	Vonk-Klaassen SM et al.	2016	Holanda	Revisión sistemática	14 estudios transversales predominantemente descriptivos	La colostomía influye negativamente en la calidad de vida.
Body image disturbance in adults treated for cancer - a concept analysis.	Rhoten BA.	2016	EE.UU.	Revisión narrativa	23 artículos de diseño cuantitativo	Las intervenciones realizadas cuando existe una alteración de la imagen corporal, mejoran la calidad de vida.
Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates.	Davidson F.	2016	Irlanda	Cuantitativo descriptivo	256 personas con estoma	Es necesario un seguimiento por parte de una enfermera para el cuidado del estoma, servicio que es variable según el lugar de residencia.
Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería	Almendarez-Saavedra JA, et al.	2015	México	Cuasiexperimental pre y post	13 pacientes colostomizados	Tras la intervención educativa de enfermería, aumentaron los conocimientos sobre autocuidado, promoviendo la adaptación y mejorando la calidad de vida del paciente.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy.	Modolo Martins L, et al.	2015	Brasil	Cualitativo etnográfico	15 pacientes colostomizados en rehabilitación	El apoyo profesional y la implementación de estrategias para atender las necesidades de los pacientes, les prepara para vivir con una colostomía, tanto en la esfera privada, como pública.
Caso Clínico. Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colostomía transversa	Rivas Calvete O.	2015	España	Caso clínico	1 paciente colostomizado	El desarrollo de un plan de cuidados individualizado y el seguimiento del paciente en la consulta de estomatoterapia, hace que mejore la calidad de vida del colostomizado.
A descriptive survey study to evaluate the relationship between socio-demographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy.	Kement M, et al.	2014	Turquía	Cuantitativo descriptivo	44 pacientes con estoma permanente	El sexo, el lugar de residencia y la situación familiar están relacionados con la calidad de vida del paciente.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality.	Bonill de las Nieves C, et al.	2014	España	Cualitativo descriptivo basado en la fenomenología	21 pacientes colostomizados	Las estrategias de adaptación utilizadas por los pacientes para adaptarse a la colostomía fueron: autocuidado, adaptación al cambio corporal y autoayuda. Estando vinculadas con la autonomía y el manejo del estoma.
Ostomies in rectal cancer patients: what is their psychosocial impact?	Kenderian S, et al.	2014	EE.UU.	Revisión sistemática	50 estudios	El impacto psicosocial de estos pacientes suele verse reflejado en un aislamiento social, privación del sueño, preocupaciones financieras e inhibición sexual. Además, se ha detectado que es insuficiente la información aportada al paciente.
The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy.	Leyk M, et al.	2014	Polonia	Cuantitativo descriptivo transversal	128 personas colostomizadas	El apoyo social está relacionado con un aumento de la calidad de vida de la persona.
Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team.	Silva AL, et al.	2014	Brasil	Cuantitativo analítico de casos y controles	36 parejas de pacientes colostomizados	Los cónyuges de los pacientes colostomizados expresan insatisfacción sexual, sin percibir una adecuada atención por parte de los profesionales de la salud.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Prospective evaluation of health-related quality of life after laparoscopic colectomy for cancer.	Theodoropoulos GE, et al.	2013	Grecia	Cuantitativo descriptivo	85 pacientes colostomizados en preoperatorio	La calidad de vida mejora durante el primer año tras la cirugía. Los factores que afectan a esta calidad de vida son el sexo masculino, la quimioterapia y el estadio del tumor.
The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study.	Cheng F, et al.	2013	China	Cuantitativo analítico correlacional	54 pacientes colostomizados	Las personas con mayor conocimiento sobre la colostomía e independencia en su cuidado, tienen una mayor adaptación psicosocial.
Confidence in managing new stoma and satisfaction with stomal therapy service upon hospital discharge.	Stott C, et al.	2013	Australia	Ensayo controlado y aleatorizado	52 pacientes colostomizados al alta hospitalaria	La confianza del paciente en el manejo del estoma está relacionada con la edad joven, implicarse y la resección abdominal previa.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: a preliminary study with IBD stoma patients.	Knowles SR, et al.	2013	Australia	Cuantitativo analítico de cohortes	83 personas con estoma (58 con colostomía)	El estado de salud influye en la percepción de la enfermedad, y ésta en el afrontamiento. La percepción de la enfermedad y una mala adaptación son precursoras de ansiedad y depresión.
Quality of life in stoma patients in Poland: multicentre cross-sectional study using WHOQOL-BREF questionnaire.	Golicki D, et al.	2013	Polonia	Cuantitativo descriptivo transversal	737 pacientes portadores de colostomía, ileostomía y urostomía	La calidad de vida de los pacientes en general fue evaluada como buena. Las áreas mejor percibidas fueron el apoyo social y familiar, y las áreas más problemáticas fueron la función sexual, la movilidad, la capacidad para trabajar y la dependencia del tratamiento médico.
Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support.	Zhang TL, et al.	2013	China	Cuantitativo analítico correlacional	111 pacientes colostomizados de cuatro hospitales en Guangzhou	Existe una relación entre la calidad de vida y la aceptación de discapacidad y las relaciones sociales de calidad.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar.	Bonill de las Nieves C, et al.	2013	España	Cualitativo descriptivo fenomenológico	21 pacientes colostomizados	Es de gran importancia la aceptación de la colostomía por parte del entorno familiar, así como el apoyo para favorecer la autonomía de la persona y reestablecer las relaciones sexuales.
The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer.	Milbury K, et al.	2013	EE.UU.	Cuantitativo analítico	261 pacientes de cáncer rectal	La disfunción sexual está relacionada con factores demográficos, médicos y psicosociales. En hombres, es más prevalente en edad avanzada y cuando hay déficit de apoyo social. En mujeres, se asocia con la edad avanzada y la mala calidad de vida.
Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs.	Kjaergaard Danielsen A, et al.	2013	Dinamarca	Cualitativo fenomenológico con enfoque hermenéutico	15 personas colostomizadas	Las personas portadoras de colostomía a menudo se aíslan, manifiestan preocupación por revelar su situación y necesidad de recibir más información y mayor contacto con profesionales sanitarios.
A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran.	Mahjoubi B, et al.	2012	Irán	Cuantitativo descriptivo transversal	96 pacientes colostomizados	La colostomía se asocia con un deterioro de la función emocional y sexual.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso	Crespillo Díaz AY, et al.	2012	España	Estudio de un caso con vertiente fenomenológica	1 paciente colostomizado	Es necesario atender al paciente desde una dimensión biopsicosocial, haciendo un cuidado individualizado.
The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy.	Li C-C, et al.	2012	Taiwán	Cuantitativo descriptivo transversal	45 pacientes colostomizados	El bienestar espiritual está relacionado con la adaptación psicosocial.
The role of group education on quality of life in patients with a stoma.	Altuntas YE, et al.	2012	Turquía	Cuantitativo cuasiexperimental pre y post	72 pacientes con colostomía, ileostomía y urostomía	Los pacientes casados y residentes en regiones rurales tienen mayor calidad de vida. Además, la educación en terapia de grupo es más beneficiosa para este tipo de pacientes.

Título	Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Principales resultados
The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence.	Person B, et al.	2012	Israel	Cuantitativo descriptivo retrospectivo	105 pacientes colostomizados	El marcaje preoperatorio mejora la calidad de vida de los pacientes, promueve su independencia y reduce complicaciones postoperatorias, siendo de gran importancia el papel de la enfermera enterostomista.
Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study.	Ito N, et al.	2012	Japón	Cuantitativo longitudinal prospectivo	18 pacientes colostomizados de 2 hospitales de Tokio	Los pacientes colostomizados, precisan apoyo médico previo a la cirugía y durante el primer año tras esta para una calidad de vida óptima.