

Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa¹

Natália Michelato Silva²
Manoel Antônio dos Santos³
Sara Rodrigues Rosado⁴
Cristina Maria Galvão⁵
Helena Megumi Sonobe⁶

Objetivo: analizar las evidencias sobre los aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales. **Métodos:** revisión integrativa, con la búsqueda de estudios primarios en las bases de datos, PsycINFO, PubMed, CINAHL y WOS y en el portal de periódicos SciELO. Fueron adoptados como criterios de inclusión: estudios primarios publicados en el período de diez años, en los idiomas portugués, español o inglés, disponibles en la íntegra y en los cuales se respondió a la pregunta guía de la revisión. **Resultados:** después de la lectura analítica, 27 estudios privados fueron seleccionados, cuyos resultados señalaron la necesidad de abordar los pacientes antes de las cirugías para prevenir complicaciones, angustias y miedos suscitados por la ostomía. La producción científica nacional e internacional sobre las vivencias del paciente ostomizado en el perioperatorio es escasa. **Conclusión:** se sugiere invertir en los profesionales de salud en la conducción de investigaciones de intervenciones dirigidas a las principales demandas psicológicas del paciente ostomizado en el perioperatorio, respetando su autonomía sobre las decisiones a ser tomadas en relación a su estado de salud/enfermedad y tratamiento.

Descriptor: Ostomía; Sistema Digestivo; Atención Perioperatoria; Adaptación Psicológica; Rehabilitación; Revisión.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Pacientes em tratamento cirúrgico por patologias colorretais crônicas: proposição de protocolo de atendimento psicológico", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Maestría, estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, Beca de doctorado en el Programa Enfermagem Fundamental.

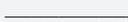
³ Libre docente, Profesor Asociado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Maestría, Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, Beca de doctorado en el Programa Enfermagem Fundamental.

⁵ Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

⁶ Doctor, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil

Cómo citar este artículo

Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2950. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>. mes día año

URL

Introducción

El aumento de la prevalencia del Cáncer Colorrectal (CCR), junto con las Enfermedades Intestinales Inflamatorias (DII), acarrea la necesidad de establecer abordajes que integren los aspectos psicológicos a las demás dimensiones del cuidado en salud de esa población, en decurrencia de tales patologías. Ambas enfermedades son caracterizadas como condiciones crónicas potencialmente incapacitantes, que presentan los mismos factores de prevención y de riesgo⁽¹⁾.

Como factores de prevención de los riesgos, asociados a las enfermedades mencionadas, tenemos la actividad física y el consumo de alimentos que contienen fibra dietética, o sea, aquellos de origen vegetal, tales como frutas, hortalizas (legumbres y verduras) y cereales integrales. Como factores de riesgo se conoce el consumo de carne roja, carnes procesadas, bebidas alcohólicas, tabaquismo, gordura corporal y abdominal. La historia familiar de CCR, la predisposición genética al desarrollo de enfermedades crónicas intestinales y la edad también constituyen factores que influyen en el aumento de la incidencia y de la mortalidad de ese cáncer⁽²⁾.

Como modalidad de tratamiento, tanto para CCR como para DII, es indicada la intervención quirúrgica, que puede resultar en la necesidad de confección de ostomía intestinal. Ese procedimiento consiste en el desvío temporario o definitivo del efluente colónico, siendo la porción exteriorizada el íleo (ileostomía) o colon (colostomía). Como resultado de esa cirugía, se hace necesario el uso de equipamiento colector de feces⁽²⁾.

El paciente tendrá por delante el desafío de adquirir habilidades para convivir con el cuerpo alterado y experimentará transición psicosocial. El uso del equipamiento colector está asociado a los sentimientos negativos, como miedo, angustia, tristeza y desamparo, que pueden movilizar vivencias autodepreciativas, vinculados a los sentimientos de mutilación, pérdida de la salud y de la autoestima, además de la autoeficacia reducida y sentido de inutilidad e incapacidad crónica, entre otras emociones. Los pacientes ostomizados viven cambios en sus vidas, principalmente las relacionadas a su red social (trabajo y ocio) y a la sexualidad, que pueden acentuar sus sentimientos de inseguridad y temor de rechazo⁽³⁾.

Debido a los posibles resultados psicológicos negativos y a las cuestiones emocionales decurrentes de la ostomía, es fundamental que el paciente reciba asistencia integral, con abordaje interdisciplinario y especializado de las necesidades del paciente y de su familia, con miras a la plena recuperación física, emocional y social, rumbo a la rehabilitación. Para eso, es necesario preparar al paciente, principalmente durante el perioperatorio, en el cual él experimenta momentos de exacerbación de la ansiedad y de la angustia ante lo desconocido – la “ostomía”. Esa preparación consiste

en la enseñanza pre-operatoria, la demarcación de la ostomía y de la enseñanza del autocuidado, tanto para el paciente como para su familia, en el pos-operatorio, así como el encaminamiento al Programa de Asistencia a los Ostomizados del Sistema Único de Salud (SUS).

El programa asistencial es volcado para el ofrecimiento de soporte profesional especializado al paciente fuera del medio hospitalario, auxiliándolo en la transición del cuidado hospitalario para el domiciliario. Diferentes estrategias son utilizadas para auxiliarlo en el desarrollo de habilidades para el autocuidado, así como le son suministrados los materiales necesarios. Por eso, es imperativo que el equipo interdisciplinario conozca las características socioculturales y clínicas de esa clientela para que, así, pueda planificar adecuadamente la asistencia y la implementación de estrategias efectivas para ese abordaje⁽⁴⁾.

Por lo expuesto, se destaca que el individuo con patología colorrectal crónica necesita de apoyo psicológico y, en algunos casos, intervención de psicoterapia, cuyo objetivo es ofrecer espacio para trabajar los aspectos que puedan colaborar para el fortalecimiento del enfrentamiento de la enfermedad, para que le ayude en la elaboración y en el proceso de enfermedad, por medio de acompañamiento y orientación constantes⁽⁵⁾.

Ante la complejidad de la temática y de la intensa movilización de vivencias emocionales, decurrentes de la necesidad de convivir en condición limitante en la vida cotidiana, en este estudio el objetivo fue analizar las evidencias sobre los aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales.

Método

La Revisión Integrativa (RI) es el método apropiado para alcanzar el objetivo propuesto, para analizar y sintetizar investigaciones de manera sistematizada, para contribuir en la toma de decisión, profundización de la temática y mejoría de la práctica clínica⁽⁶⁾.

Para realizar la RI, se siguieron las siguientes etapas: identificación del tema y selección de la cuestión de investigación; establecimiento de criterios para inclusión y exclusión de estudios; categorización de los estudios; evaluación de los estudios incluidos en la revisión integrativa; interpretación de los resultados y síntesis del conocimiento de los principales resultados evidenciados en el análisis de los artículos incluidos⁽⁶⁾.

La cuestión guía de la presente revisión integrativa fue: cual es la producción científica reciente sobre los aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales?

Para la búsqueda de los estudios primarios, se utilizó el portal de periódico *online* Scientific Eletronic Library Online (SciELO) y las siguientes bases de datos, consideradas importantes en el contexto de la salud y disponibles *online*: American Psychological Association

(PsycINFO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y Web of Science (WOS).

La búsqueda fue realizada el junio de 2017, concomitantemente, en el portal de periódicos y en las tres bases de datos, con utilización de descriptores controlados (vocabulario específico de cada base de datos). Así, en el portal de periódico SciELO y en la base de datos CINAHL fueron utilizados los descriptores: *psychological and colostomy*; en la base PsycINFO se empleó: *psychological adjustment / emotional adjustment and colostomy*; en la base PubMed: *psychological (adaptation psychological) and colostomy*; y en la WOS: *psychological and colostomy and surgery*. Tales descriptores fueron combinados, utilizando el operador booleano "and", hasta que se obtuviesen los estudios correspondientes a los criterios de inclusión y exclusión delimitados.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: estudios primarios, publicados en el período de 2006 a 2016, en los idiomas portugués, inglés y español y disponibles en la íntegra. Los criterios de exclusión adoptados fueron: revisiones de literatura, estudios secundarios (por ejemplo, revisión sistemática), cartas, editoriales, relatos de experiencia, estudios de caso, estudios primarios cuyos participantes eran niños y/o adolescentes.

La selección de los estudios primarios fue realizada por dos revisores con experiencia en la actividad, siendo posteriormente comparados los resultados, para la delimitación de la muestra de la revisión. Para la extracción de las informaciones de los estudios incluídos en la revisión, se utilizó instrumento, el cual contempló los siguientes items: identificación del estudio, características metodológicas y evaluación del rigor metodológico⁽⁷⁾.

Los estudios primarios fueron clasificados en cuanto al Nivel de Evidencia (NE). En la clasificación empleada, el autor considera que, de acuerdo con la cuestión clínica del estudio, existe jerarquía de evidencias, siendo que, para la cuestión clínica de Intervención/Tratamiento o Diagnóstico/Test, la fuerza de la evidencia es clasificada en siete niveles (nivel I – más fuerte: evidencias de revisión sistemática o metanálisis de todos los ensayos clínicos aleatorizados relevantes). Cuando la cuestión clínica es de Pronóstico/Predicción o Etiología, los autores proponen la clasificación de la fuerza de la evidencia en seis niveles (nivel I – evidencias de síntesis de estudios de cohorte o de caso-control). En el caso de cuestión clínica sobre Significado, la fuerza de la evidencia es clasificada en seis niveles (nivel I – evidencias de metasíntesis de estudios cualitativos)⁽⁸⁾.

La forma descriptiva fue adoptada para el análisis de los resultados evidenciados, en la cual se presentó la síntesis de cada estudio incluído en la revisión, así como comparaciones entre las investigaciones.

Resultados

Fueron identificados, preliminarmente, 107 registros por medio de la búsqueda en las bases de datos seleccionadas y en el portal de periódicos. Después de la lectura del título, fueron excluídos 51 artículos, pues dos artículos focalizaban niños, cinco artículos eran de revisión integrativa, 29 artículos por no abordar la temática estudiada, tres artículos por no corresponder al corte temporal establecido para la revisión y 13 artículos duplicados. Después de esa etapa, fue realizada la lectura de los resúmenes de 52 artículos, de los cuales fueron excluídos 17 artículos, pues nueve artículos no contemplaban el tema de la revisión, uno se trataba de estudio de caso y siete no estaban disponibles gratuitamente en la íntegra. Por medio de la lectura en la íntegra de 35 artículos, fueron excluídos seis, siendo una disertación, un artículo de revisión, un editorial, un relato de experiencia, un estudio de caso, dos artículos de revisión y un artículo en francés, el cual estaba fuera de los idiomas especificados para esta revisión. De esa forma, 27 estudios primarios compusieron la muestra de la presente RI. La selección de los estudios primarios fue realizada conforme el fluxograma descrito en la Figura 1.

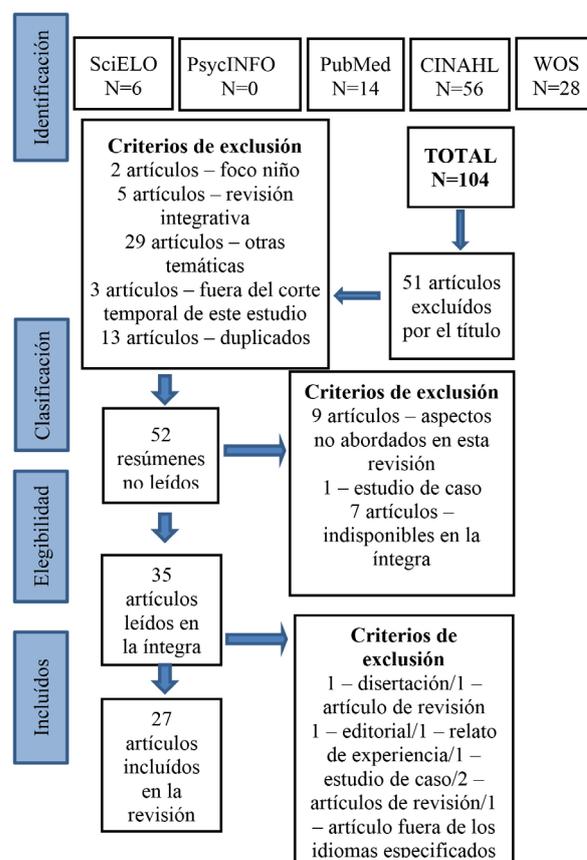


Figura 1 – Adaptación del *Flow Diagrama* del proceso de selección de artículos de la revisión integrativa⁽⁹⁾, de acuerdo con el *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)

Con relación a la caracterización de los estudios primarios, cuatro fueron desarrollados en Brasil, seis en China, dos en España, dos en Turquía, dos en Suecia y uno en cada país siguiente: Cuba, Taiwan, Australia, Irlanda, Escocia, Inglaterra, Bosnia y Herzegovina, Estados Unidos y Alemania, siendo 22 investigaciones publicadas en inglés, dos en portugués y tres en español. En cuanto a la institución de origen de los autores, todos eran vinculados a universidades. En lo que atañe al año de publicación, una investigación fue publicada en 2006, una en 2008, dos en 2007, tres en 2009, cuatro en 2010, dos en 2011, tres en 2012, tres en 2013, cuatro en 2014 y cuatro en 2016.

Los estudios primarios fueron agrupados en tres categorías de análisis, debido a la similitud temática, a saber: 1. "factores asociados al ajuste en la transición para una vida con colostomía" (n=16), 2. "efectos de diferentes estrategias de intervención para optimización de ajuste psicosocial" (n=4), 3. "comprensión de la experiencia subjetiva de la enfermedad" (n=7). En las Figuras 2, 3 y 4 se presentan las características de los estudios primarios incluidos en la revisión, de acuerdo con cada categoría delimitada.

Los estudios analizados en la revisión integrativa fueron categorizados en tres ejes temáticos: "factores

asociados al ajuste en la transición para una vida con colostomía", "efectos de diferentes estrategias de intervención para optimización del ajuste psicosocial" y "comprensión de la experiencia subjetiva de la enfermedad/del estar enfermo".

En el eje temático "factores asociados al ajuste en la transición para una vida con colostomía", fueron vinculados ocho artículos primarios, como es descrito abajo.

En un estudio, de Inglaterra, se evaluó la aceptación de la ostomía y la interacción social en 51 individuos, evidenciando fuertemente la autoeficacia en el cuidado con el estoma, la aceptación de la condición de ostomizado, el relacionamiento interpersonal y la localización del estoma con la adaptación. De esa forma, se concluye por la necesidad de abordar preocupaciones psicosociales, atentándose a los pensamientos negativos e incentivando las interacciones sociales⁽¹⁰⁾.

En estudio de los Estados Unidos, con 239 ostomizados intestinales, se describieron importantes relaciones entre factores demográficos, edad, estado civil, renta financiera y clínicos, tipo de ostomía, con complicaciones que influenciaron a empeorar la calidad de vida. Esos resultados refuerzan la necesidad del atendimento individualizado del paciente en relación a los aspectos biopsicosociales⁽¹¹⁾.

Autor	Año/país	Tipo de estudio	Nivel de evidencia/ cuestión clínica
1. Simmons et al. ⁽¹⁰⁾	2007/Inglaterra	Estudio descriptivo, cuantitativo	IV (Significado)
2. Pittman et al. ⁽¹¹⁾	2008/Estados Unidos	Estudio descriptivo, transversal, método mixto	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
3. Trninié et al. ⁽¹²⁾	2009/Bosnia y Herzegovina	Ensayo clínico aleatorizado	II (Pronóstico/Predicción/Etiología)
4. Smith et al. ⁽¹³⁾	2009/Estados Unidos	Estudio descriptivo, cuantitativo	IV (Significado)
5. Siassi et al. ⁽¹⁴⁾	2009/Alemania	Estudio descriptivo, cuantitativo	IV (Significado)
6. Mitchell et al. ⁽¹⁵⁾	2007/Estados Unidos	Estudio transversal, correlacional	IV (Significado)
7. Carlsson et al. ⁽¹⁶⁾	2010/Suecia	Estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo	IV (Significado)
8. Souza et al. ⁽¹⁷⁾	2010/Brasil	Estudio descriptivo, cuantitativo	IV (Significado)
9. Batista et al. ⁽³⁾	2011/Brasil	Estudio descriptivo, cualitativo	II (Significado)
10. Ferro et al. ⁽¹⁸⁾	2011/Cuba	Estudio analítico, observacional, prospectivo y longitudinal	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
11. Pereira et al. ⁽¹⁹⁾	2012/Brasil	Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
12. Li; Rew; Hwang ⁽²⁰⁾	2012/Taiwan	Estudio descriptivo-exploratorio, transversal	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
13. Cheng et al. ⁽²¹⁾	2013/China	Estudio correlacional	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
14. Knowles et al. ⁽²²⁾	2014/Australia	Estudio descriptivo	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
15. Hu et al. ⁽²³⁾	2014/China	Estudio cuantitativo, transversal	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)
16. Ran et al. ⁽²⁴⁾	2016/China	Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal	IV (Pronóstico/Predicción/Etiología)

Figura 2 – Características de los estudios primarios agrupados en la categoría "factores asociados al ajuste en la transición para una vida con colostomía". Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2017

Autor	Año/país	Tipo de estudio	Nivel de evidencia/ cuestión clínica
17. Cheng et al. ⁽²⁵⁾	2012/China	Estudio descriptivo, cuantitativo, de comparación de un grupo único	III (Intervención/Tratamiento o Diagnóstico/Test)
18. Zhang et al. ⁽²⁶⁾	2013/China	Estudio cuantitativo, aleatorizado, controlado	II (Intervención/Tratamiento o Diagnóstico/Test)
19. Ang et al. ⁽²⁷⁾	2013/China	Estudio cuantitativo, casi experimental	III (Intervención/Tratamiento o Diagnóstico/Test)
20. Karabulut; Layla; Karadag ⁽²⁸⁾	2014/Turquía	Estudio longitudinal, casi experimental, cuantitativo	III (Intervención/Tratamiento o Diagnóstico/Test)

Figura 3 – Características de los estudios primarios agrupados en la categoría “efectos de diferentes estrategias de intervención para optimización del ajuste psicosocial”. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2017

Autor	Año/país	Tipo de estudio	Nivel de evidencia/ cuestión clínica
21. Mckenzie et al. ⁽²⁹⁾	2006/Escocia	Estudio descriptivo, cuantitativo	IV (Significado)
22. Gun; Asa; Siv ⁽³⁰⁾	2010/Suecia	Estudio descriptivo, cualitativo	II (Significado)
23. Violin; Sales ⁽³¹⁾	2010/Brasil	Estudio cualitativo, con abordaje fenomenológico-existencial	II (Significado)
24. Bonill de las nieves et al. ⁽³²⁾	2014/España	Estudio descriptivo, cualitativo	II (Significado)
25. Davidson ⁽³³⁾	2016/Irlanda	Estudio descriptivo cuantitativo	IV (Significado)
26. Manzanares; Gálvez; Quintana; Jiménez; Casas ⁽³⁴⁾	2016/España	Estudio observacional controlado	II (Pronóstico/Predicción/ Etiología)
27. Vural et al. ⁽³⁵⁾	2016/Turquía	Estudio cualitativo, con abordaje fenomenológico-existencial	II (Significado)

Figura 4 – Características de los estudios primarios agrupados en la categoría “comprensión de la experiencia subjetiva de la enfermedad/del estar enfermo”. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2017

En otro estudio, de Bosnia y Herzegovina, también fue evaluada la calidad de vida de tres grupos de pacientes sometidos a la cirugía por CCR, un grupo con colostomía, un grupo sin confección de colostomía y un grupo control. El grupo control presentó mejores funcionamientos físico, cognitivo y social en comparación con los pacientes con CCR, además de menor frecuencia de diarrea y constipación. El funcionamiento emocional y la imagen corporal del grupo con colostomía fueron desfavorables en relación al grupo control, y entre los pacientes con CCR, aquellos con estoma tuvieron peores resultados, sugiriendo que la psicología debe integrar el plano terapéutico⁽¹²⁾.

Para evaluar la calidad de vida relacionada a la adaptación del equipamiento colector, en un estudio realizado en los Estados Unidos se compararon dos grupos, uno con estoma definitivo y otro temporal. Hubo satisfacción general y la calidad de vida aumentó a lo largo del tiempo para los pacientes con estoma definitivo. La temporalidad de la ostomía puede interferir en la adaptación, pero hay una situación paradójica en que personas que están mejor físicamente, están peor interiormente⁽¹³⁾.

En otro estudio, de Alemania, con 79 pacientes sometidos a la cirugía colorrectal, se evaluó la correlación de la calidad de vida con aspectos de la personalidad y se concluye que la personalidad ejerce efecto fuerte y duradero en la calidad de vida después de la cirugía, destacándose la influencia de las variables clínicas⁽¹⁴⁾.

En Estados Unidos, se identificaron, en otro estudio, características demográficas, clínicas y las variables de calidad de vida relacionadas a la vergüenza de personas que viven con bolsa de colostomía y se concluye que el sentimiento de vergüenza puede impactar negativamente la calidad de vida de la persona⁽¹⁵⁾.

En otro estudio de Suecia, los investigadores evaluaron la calidad de vida relacionada a las preocupaciones pre-operatorias, para la confección del estoma, y los primeros seis meses de pos-operatorio, en 57 pacientes. Hubo menor calidad de vida de los participantes en el primer mes de pos-operatorio comparativamente a los seis meses, en decurrencia de la adaptación al equipamiento colector, siendo que factores como buenas relaciones sociales, actividades de ocio y la ausencia de problemas psicológicos y otros problemas de salud contribuyeron para la mejor calidad de vida. De esa manera, se concluyó que la cirugía aumenta las preocupaciones y perjudica profundamente la calidad de vida de los pacientes en los primeros meses⁽¹⁶⁾.

En otro estudio, realizado en Brasil, los pacientes ostomizados (n=19) fueron caracterizados según variables sociodemográficas, identificándose sus necesidades. Los resultados de la investigación indicaron que los pacientes se encontraban en riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la colostomía, en caso de que no tuviesen soporte de profesionales de

salud de diversas especialidades, que actuasen de forma integrada y multiprofesional⁽¹⁷⁾.

En otro estudio, también de Brasil, de abordaje cualitativo, se analizó la percepción de diez pacientes con colostomía en relación al uso de bolsa colectora. Los resultados mostraron que la convivencia con la bolsa de colostomía suscita sentimientos conflictivos, preocupaciones y dificultades en lidiar con la nueva situación⁽³⁾.

En investigación, realizada en Cuba, fue comparada la adaptación entre pacientes de dos grupos: pacientes con ileostomía y otros con sigmoidostomía. Se observó que aquellos con ileostomía presentaron retorno más rápido a la vida social, con menos prejuicios psicológicos, diferentemente de aquellos con colostomía, que fueron más afectados emocionalmente, por sentir rechazo de su familia o del compañero sexual. Así, los profesionales, durante la planificación quirúrgica, deben incluir las alternativas técnicas que favorezcan la adaptación del paciente⁽¹⁸⁾.

En investigación brasilera, se identificaron factores sociodemográficos y clínicos de pacientes con estomía intestinal definitiva, secundaria al cáncer colorrectal, correlacionándolos a la Calidad de Vida (QV). Los componentes de la QV más afectados en los pacientes con ostomía intestinal definitiva fueron: dominio *psicológico*, con destaque para el sexo femenino, los individuos que tenían menor renta y aquellos que no habían recibido orientación sobre la ostomía; dominio *social*, principalmente en los pacientes que no tenían compañero sexual y que presentaban metástasis y, por fin, el dominio *físico*, sobre todo en aquellos que no fueron orientados antes de la cirugía sobre la ostomía y los que no tenían compañero sexual⁽¹⁹⁾.

En un estudio de Taiwan, se examinaron las relaciones entre características sociodemográficas y clínicas, bienestar espiritual y ajuste psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal y con colostomía. El bienestar espiritual, en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a la colostomía, fue significativamente asociado al ajuste psicosocial. Cuatro predictores (cambio de renta después de la cirugía, la gravedad de la enfermedad, el tiempo decurrido desde la cirugía y el bienestar espiritual) fueron responsables por 53% de la variación observada en el ajuste psicosocial⁽²⁰⁾.

En otra investigación, realizada en China, se evaluó el impacto del conocimiento sobre la ostomía y de la capacidad de autocuidado en el ajuste psicosocial de 54 colostomizados permanentes. Los resultados evidenciaron que la colostomía puede afectar negativamente la vida social del paciente, siendo que el ajuste psicosocial está correlacionado a la calidad de vida y al conocimiento del paciente sobre la ostomía.

Los pacientes con niveles más elevados de conocimiento sobre los cuidados alcanzaron mejor adaptación a la colostomía, comparados a las personas con menos conocimiento y mayor dependencia de otras personas, para ejecutar los cuidados⁽²¹⁾.

En otro estudio, realizado en Australia, se empleó el modelo Sentido Común (*Common Sense*) para evaluar las percepciones de la enfermedad, la autoeficacia de la ostomía y las estrategias de enfrentamiento, y tentar explicar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con ostomía fecal. Las percepciones de la enfermedad, desde el momento anterior a la cirugía, para la confección de la ostomía, hasta la adaptación pos-quirúrgica, influenciaron las estrategias de enfrentamiento que los pacientes adoptaron. Los resultados confirmaron la necesidad de planificación de intervenciones psicológicas para comprender las percepciones individuales sobre la enfermedad, en vez de focalizar exclusivamente los modos de enfrentamiento utilizados por los pacientes con ostomía⁽²²⁾.

En otro estudio, se evaluaron pacientes chinos con colostomía y se describieron las relaciones entre adaptación, capacidad de autocuidado y apoyo social. Los resultados indicaron correlación positiva entre la capacidad de autocuidado y el apoyo social, vinculados a la adaptación de la ostomía. Por otro lado, las preocupaciones con el olor y el posible rechazo que la ostomía podría causar en las otras personas de la convivencia del paciente contribuyeron, significativamente, para menor ajuste a la ostomía⁽²³⁾.

En China, en otro estudio, se investigó la calidad de vida, el acceso al conocimiento y las necesidades de autocuidado con colostomía en 142 pacientes con cáncer colorrectal y se concluyó que la enseñanza del autocuidado, con lenguaje y métodos vehiculados de manera clara y objetiva, favorece el aprendizaje y, consecuentemente, la calidad de vida⁽²⁴⁾.

Cuatro artículos primarios fueron categorizados en el eje temático "efectos de diferentes estrategias de intervención para optimización del ajuste psicosocial".

Fueron evaluados los efectos de una intervención en estudio con pacientes chinos con colostomía permanente, que frecuentaban un programa de apoyo. En ese estudio, se mostró que el apoyo social es fundamental para la mejor adaptación del paciente con colostomía permanente y que la participación en programa para ostomizados provee una red de apoyo, que promueve mejoras significativas en el conocimiento, autoeficacia, autogestión y ajuste psicosocial a la colostomía⁽²⁵⁾.

En otra investigación, realizada en China, se evaluó el efecto del acompañamiento por teléfono (*follow-up*) por la enfermera estomaterapeuta y los niveles de ajuste de pacientes con colostomía, que habían recibido alta

hospitalaria. El acompañamiento, por medio de llamadas telefónicas, realizado después del alta hospitalaria, fue eficaz en la mejoría de la satisfacción con el atendimento, en la reducción de complicaciones en la colostomía, mejoría de la habilidad en el autocuidado y aumento de la autoconfianza del paciente para lidiar con su propia colostomía. El acompañamiento, mismo que realizado a distancia, se tornó factor extremadamente importante para la mejor adaptación a la bolsa de colostomía y, consecuentemente, para el alcance del ajuste social⁽²⁶⁾.

En otra investigación, también conducida en China, fue testada la eficacia de un programa de manejo del estrés en pacientes ostomizados. El pos-operatorio del paciente ostomizado puede desencadenar síntomas de estrés, ansiedad y depresión, por constituir período de transición, lo que exige ajuste a la nueva condición física. Después de la participación en el programa, fueron evidenciados resultados satisfactorios de reducción de las manifestaciones de estrés, depresión y ansiedad en los pacientes ostomizados⁽²⁷⁾.

En otro estudio, se testó la respuesta de los pacientes a un tipo de intervención de apoyo, que recuerda algunas características del modelo evaluado en otra investigación realizada en China⁽²⁵⁾. En ese estudio, de Turquía, fueron investigados los efectos de la interacción grupal en el ajuste social de personas con ostomía intestinal. Como resultados, se verificó que la interacción con otros pacientes ostomizados es importante, ya que la vivencia en grupo y el intercambio de experiencias con otras personas que comparten situaciones semejantes favorecen una mejor adaptación en relación a la ostomía⁽²⁸⁾.

En el eje temático "comprensión de la experiencia subjetiva de la enfermedad/del estar enfermo", fueron categorizados cinco artículos primarios, conforme a la descripción a seguir.

En estudio escocés, se evaluó la correlación entre los cambios ocurridos debido a la bolsa de colostomía y los aspectos psicológicos del paciente, en muestra de 86 pacientes, en el período de uno a cuatro meses de pos-quirúrgico. Mitad de los participantes relataron la sensación de no tener más control del propio cuerpo y por eso evitaban las actividades sociales y de ocio, siendo que el olor motivó ese aislamiento social. La asistencia especializada por un estomaterapeuta, juntamente con apoyo psicológico, auxilian en la readaptación de esos pacientes⁽²⁹⁾.

El objetivo del estudio⁽³⁰⁾, realizado en Suecia, fue describir la experiencia de las mujeres de vivir con colostomía después de la cirugía de cáncer rectal. Los resultados de la investigación señalaron que el diagnóstico de cáncer remite a las pacientes a pensamientos recurrentes de vida y muerte, sin

embargo, el vivir con la colostomía, para esas mujeres, significó "victoria" y "alivio", por haber sobrevivido a la enfermedad estigmatizada y con sentencia de muerte. De esa forma, la cirugía para la resección del tumor fue resignificada como recurso salvador. Tal sentimiento favoreció mejor adaptación a la bolsa de colostomía, con mayor consideración y adhesión a las orientaciones proporcionadas por el equipo de enfermería⁽³⁰⁾.

En otro estudio, desarrollado en Brasil, realizado con el objetivo de comprender las vivencias de personas ostomizadas por cáncer, la pregunta guía de la investigación fue "qué cambió en su vida después de la cirugía con la confección de la estomía?". En la interpretación de los discursos emergieron algunos sentimientos convergentes, los cuales develaron la temática existencial: la *temporalidad de existir en el mundo ostomizado*. Los análisis revelaron que la colostomía, en decurrencia de cáncer colorrectal, impone al paciente importantes modificaciones físicas, emocionales y sociales, con necesidad de trascender las restricciones impuestas por la enfermedad para adaptarse al uso de la bolsa de colostomía y retomar las actividades de vida diaria⁽³¹⁾.

En investigación, realizada en España, se describieron las estrategias desarrolladas por los pacientes para lidiar con la estomía. El análisis de contenido de las entrevistas reveló tres categorías, en torno de las cuales fueron desarrolladas las diferentes estrategias: autocuidado, adaptación al cambio corporal y autoayuda. Los investigadores concluyeron que descubrir las estrategias utilizadas puede ser fundamental para que los profesionales de enfermería puedan ofrecer atendimento de alta calidad, centrado en las reales necesidades de los pacientes, en el decorrer de su proceso de adaptación a la estomía⁽³²⁾.

En Irlanda, fue realizada una investigación en que se tuvo por objetivo comprender como los ostomizados percibían su vida y las principales preguntas enfrentadas, y se concluye que los pacientes ostomizados tienen la salud mental perjudicada, además de disfunciones sexuales, cuando son comparados a la población general. Para amenizar esos síntomas fue recomendada la convivencia con otras personas ostomizadas y el seguimiento con enfermero estomaterapeuta, para evitar complicaciones con la estomía⁽³³⁾.

En investigación desarrollada en España, se tuvo como objetivo verificar la ocurrencia de diferencia en relación a la QV entre individuos con estomía temporaria y definitiva. Los resultados no evidenciaron diferencias estadísticamente significantes sobre QV entre esos pacientes. Es relevante considerar que el constructo de QV es definido como la percepción subjetiva del individuo acerca de su posición en el mundo y, como tal, refleja la

apreciación del propio sujeto sobre su vida, pudiéndose inferir, a partir de ese estudio, que la perspectiva de convivir para el resto de la vida con la estomía no es factor que impacta negativamente la autoevaluación, por lo menos en los tres primeros meses del pos-operatorio⁽³⁴⁾.

En un estudio en Turquía, con 14 pacientes ostomizados hace dos meses, los autores describieron las experiencias de esas personas relacionadas a la función sexual y sus percepciones y expectativas sobre los enfermeros estomaterapeutas. Se observó que las personas con estomías experimentaron cambios en la imagen corporal, con disminución del deseo sexual, siendo que evitaron la relación sexual y se abstuvieron de dormir con sus parejas. Los entrevistados masculinos describieron la disfunción eréctil y las entrevistadas relataron dispareunía. Los participantes declararon necesidad de recibir más informaciones de los enfermeros estomaterapeutas sobre la sexualidad y desafíos después de la estomía⁽³⁵⁾.

Discusión

Las evidencias sobre los aspectos psicológicos de pacientes ostomizados, durante el tratamiento quirúrgico, son escasas en la literatura nacional e internacional, sobre todo en relación al período pre-operatorio, que implica la preparación física y emocional para la cirugía, y el pos-operatorio mediato, con estabilización fisiológica, asistencia especializada y preparación para el alta hospitalaria.

La demanda psicológica, mediante el análisis de esta muestra, evidenció que la necesidad de vivir 24 horas por día conectado a una bolsa de colostomía despierta sentimientos negativos, repercutiendo en todos los aspectos de la vida del paciente. Esas alteraciones pueden o no ser irreversibles, dependiendo de la condición clínica de cada paciente, del soporte profesional, del apoyo de la familia y de la utilización de estrategias de enfrentamiento^(3,17,21).

Para el alcance de la rehabilitación por el paciente, la asistencia especializada deberá ser interdisciplinaria, incluyéndose la enseñanza perioperatorio, acogida con soporte profesional y terapéutico individualizado, para favorecer más satisfactoriamente la aceptación de la nueva condición⁽³⁵⁾. La utilización de estrategias de enfrentamiento, por el paciente, atenúa el impacto de estar enfermo y la mejoría de su bienestar psicológico.

A pesar de los resultados consistentes sobre las repercusiones para los ostomizados, hay laguna de estudios en que se focalice el impacto psicológico del tratamiento quirúrgico con estomía, durante el período de internación hospitalaria. Ese hecho puede

ser considerado limitación para el alcance del análisis completo de los aspectos, que caracterizan la dimensión psicológica del paciente en ese momento de crisis.

Los pacientes ostomizados, en los primeros meses de pos-quirúrgico, presentaron peor calidad de vida, cuando se compara al pos-operatorio de seis meses, explicitando que la adaptación y la aceptación requieren tiempo y asistencia interdisciplinaria, englobando aspectos psicológicos, cuidados con el estoma y equipamiento colector, con prevención de complicaciones, y soporte para el enfrentamiento de la ostomización^(16,24,29).

La asistencia para esa clientela debe ser planeada contemplando los aspectos del cuidado fisiológico conjuntamente con el psicológico, en la perspectiva de la integralidad de la demanda de necesidades. Para eso, es primordial que todos los profesionales implicados participen efectivamente del proceso de atendimento, caracterizado como seguimiento continuo durante la hospitalización para el tratamiento quirúrgico.

En esa perspectiva, los resultados en esta revisión confirmaron la necesidad de planear intervenciones psicológicas pre y pos-operatorias, o sea, antes de la cirugía, para la confección hasta la adaptación a la estomía. Eso posibilita conocer las percepciones individuales sobre enfermedad/estar enfermo, en vez de centrar exclusivamente sobre las estrategias de enfrentamiento que los pacientes utilizan después del procedimiento quirúrgico⁽²²⁾.

Los resultados evidenciaron, también, que los sentimientos negativos, como ansiedad, depresión y angustia, surgen concomitantemente a las preocupaciones sobre la vida social y la inseguridad por reintegración de papeles y funciones sociales previos. De esa manera, los profesionales de salud deben reconocer y auxiliar/estimular a los pacientes en sus esfuerzos para disminuir esas preocupaciones, ofreciendo soporte profesional para el desarrollo de habilidades instrumentales, expresivas y sociales. Primordialmente, deberá ser estimulada la capacidad de realizar los cuidados con la estomía y piel periestoma, la competencia para identificar problemas y complicaciones, además de buscar soluciones apropiadas, de carácter físico y psicossocial^(21,25,30).

Estrategias de interacción grupal de pacientes con la misma experiencia pueden ser utilizadas en la práctica clínica, principalmente para mayor proximidad y enfoque de cuestiones psicossociales. Esa recomendación fue verificada en varios estudios, en los cuales se muestra la importancia del seguimiento especializado, después del alta hospitalaria, con énfasis en el autocuidado, acogimiento de sus necesidades emocionales para

amenizar las barreras y dificultades en la vuelta a su vida cotidiana^(3,17,31).

También es necesario reflexionar sobre la organización del sistema de salud para cubrir la asistencia adecuada a los pacientes ostomizados, de forma de integrarlos a la sociedad como ciudadanos e incluir nuevas demandas de cuidados. Para que eso ocurra, no es suficiente reconocer apenas los cambios relacionados a la dimensión física y corporal, es preciso que los profesionales de salud ofrezcan el soporte para la inclusión de ellos en la sociedad. La adaptación después del alta hospitalaria puede ser favorecida mediante el enfrentamiento efectivo de situaciones de vergüenza, con acogimiento de sus angustias, miedos y dudas, durante el tratamiento quirúrgico, desde la preparación física y psicoemocional hasta el alcance de adaptación a la ostomía y a los cambios en su vida. El atendimiento de los profesionales de la salud debe ir mucho más allá de suministrar *kits*, cartillas y enseñanza del autocuidado con la colostomía y equipamientos colectores, con ampliación de las posibilidades de ellos para tener vida social activa, a pesar de la necesidad de adaptaciones. Además, espacios de discusiones sobre los preconceptos y estigmas sociales pueden ser difundidos en la sociedad para la implementación de asistencia integral⁽³¹⁾.

La mayor parte de esos estudios fue realizada con pacientes ambulatoriales en pos-operatorio. Sin embargo, los resultados que componen esta revisión señalan la importancia de realizar seguimiento perioperatorio, pues, en el pre-operatorio, deben ser aclaradas las dudas sobre la cirugía y sus consecuencias, así como el autocuidado para minimizar miedos y angustias, durante el tratamiento quirúrgico y en la prevención de complicaciones futuras^(19,21,25). Consecuentemente, hay necesidad de estudios futuros en que sean abordados los aspectos psicológicos durante el tratamiento quirúrgico, para comprobación científica sobre la importancia de la asistencia interdisciplinaria.

Ante los resultados en este análisis, se verifica la necesidad de mejoría de la asistencia a los pacientes ostomizados, durante el período de internación hospitalaria, por medio de proposición de protocolo de seguimiento psicológico, como contribución de la psicología en el equipo interdisciplinario.

Conclusión

Con esta revisión, fue posible identificar escasez de producción científica que aborde pacientes ostomizados durante la hospitalización en el pre y pos-operatorio mediato, siendo que ningún estudio contemplaba directamente ese período, pero, sí, el período después al alta hospitalaria, con pacientes en seguimiento

ambulatorial. Fueron identificadas, por lo tanto, lagunas en la producción de conocimiento sobre los aspectos psicológicos vinculados al tratamiento quirúrgico y a la asistencia interdisciplinaria.

En algunos estudios, los autores reconocieron la importancia del enfoque del paciente en el pre-operatorio, con inclusión de los aspectos psicológicos, para la disminución de posibilidades de complicaciones pos-operatorias, contribuyendo para la adaptación y enfrentamiento de la ostomización por el paciente y el alcance de su rehabilitación física y psicosocial.

La planificación de la asistencia perioperatoria debe contemplar acogida y enseñanza sobre la cirugía y sus consecuencias, con la inserción y la implicación de los familiares, además de posibilitar la participación efectiva del paciente en la toma de decisiones en situaciones clínicas. En esa planificación, se resalta la necesidad de la inclusión de los aspectos emocionales, sociales, culturales y espirituales.

Referências

1. Azevedo MFC, Carlos AS, Milani LR, Oba J, Damião AOMC. Inflammatory bowel disease. *RBM Rev Bras Med*. [Internet]. 2014 Dec [cited Apr 4, 2017]; 71(12):46-58. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5958
2. Menezes CCS, Ferreira DBB, Faro FBA, Bomfim MS, Trindade LMDF. Colorectal cancer in the brazilian population: mortality rate in the 2005-2015 period. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016 Apr/June; 29(2): 172-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p172>.
3. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Junior FJGS. Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag. *Rev Bras Enferm*. 2011 Nov/Dec; 64(6):1043-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>.
4. Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS. The teaching of self-care to ostomy patients and their families: an integrative review. *Rev Bras Promoção Saúde*. [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited May 15, 2016]; 26(1):138-45. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988019.pdf>.
5. Silva NM, Piassa MP, Oliveira, RMC, Duarte, MSZ. Depressão em adultos com câncer. *Ciênc Atual*. [Internet]. 2014 [cited Mar 3, 2017]; 2(1):02-14. Available from: <http://inseer.ibict.br/cafsj/index.php/cafsj/article/view/48/pdf>.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão, CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Oct/Dec; 17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

7. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006 Jan/Feb; 14(1):124-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
8. Bacon F. Asking, Compelling, Clinical Questions. In: Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 2th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
9. Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Sistematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009 July; 62(10):1006-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2700>
10. Simmons KL, Smith JA, Bobb K, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*. 2007 Jul; 60(6):627-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x>
11. Pittman J, Rawl SM, Schimidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans With an Ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008 Sept/Oct; 35(5):493-503. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000335961.68113.cb>
12. Trininié Z, Vidacak A, Vrhovac J, Petrov B, Setka V. Quality of Life after Colorectal Cancer Surgery in Patients from University Clinical Hospital Mostar, Bosnia and Herzegovina. *Coll Antropol*. [Internet]. 2009 Dec [cited Jul 2, 2017]; 33(Suppl.):1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20120395>
13. Smith DM, Loewenstein G, Jankovich A, Ubel P. Happily hopeless: Adaptation to a permanent, but not to a temporary, disability. *Health Psychol*. 2009 Nov; 28(6):787-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0016624>.
14. Siassi M, Weiss M, Hohenberger W, Losel F, Matzel K. Personality rather than Clinical Variables Determines Quality of Life after Major Colorectal Surgery. *Dis Colon Rectum*. 2009 Apr; 52(4):662-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e31819ecf2e>.
15. Mitchell KA, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Baldwin CM, et al. Demographic, Clinical, and Quality of Life Variables Related to Embarrassment in Veterans Living With an Intestinal Stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007 Sept/Oct; 34(5):524-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000290732.15947.9e>
16. Carlsson E, Berndtsson I, Hallén A, Lindholm E, Persson E. Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010 Nov/Dec; 37(6):654-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f90f0c>.
17. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Epidemiological profile of patients seen and enumerated in The Center Paraibano of Ostomized João Pessoa (Brasil). *Gerokomos*. [Internet]. 2010 [cited July 25, 2016]; 21(4):183-90. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400007.
18. Ferro JV, Díaz JDD, Hernández JCL, Espinosa JFB, Morejón LS. Primary suture and transcecal ileostomy in surgical emergencies of left colon. *Rev Cienc Med Pinar Rio*. [Internet]. 2011 Apr/June [cited May 15, 2016]; 15(2):13-33. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200003.
19. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JC. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Jan/Feb; 20(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100013>.
20. Li CC, Rew LL, Hwang SL. The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012 Mar/Apr; 39(2):161-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e318244afe0>.
21. 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*. [Internet]. 2013 July [cited Feb 10, 2016]; 59(7):35-8. Available from: http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWM_July2013_Meng.pdf.
22. Konowles SR, Triblick D, Comell WR, Castle D, Salzberg M, Kamm MA. Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Stoma Patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Nov/Dec; 41(6):573-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000073>.
23. Hu A, Pan Y, Zhang M, Zhang J, Zheng M, Huang M, et al. Factors influencing adjustment to a colostomy in chinese patients: a cross-sectional study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Sept/Oct; 41(5):455-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000053>.
24. Ran L, Jiang X, Qian E, Kong H, Kong X, Liu Q. Quality of life, self-care knowledge access, and self-care needs in patients with colon stomas one month post-surgery in a Chinese Tumor Hospital. *Int J Nurs Sci*. 2016 Sept; 3(3):252-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.004>.

25. Cheng F, Xu Q, Dai XD, Yang LL. Evaluation of the expert patient program in a Chinese population with permanent colostomy. *Cancer Nurs.* 2012; 35(1):27-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e318217cbe9>.
26. Zhang J, Wong FK, You LM, Zheng MC, Li Q, Zhang BY, et al. Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nurs.* 2013; 36(6):419-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb>.
27. Ang MSG, Klainin-Yobas P, Chen HC, Siah CJ, Goh ML, Cheong CP, et al. Research in brief - Testing the efficacy of "Stress management for stoma patients" intervention for patients following colostomy or ileostomy surgery: A pilot study. *Nurs J Singapore.* [Internet]. 2013 [cited Dec 10, 2016]; 40(1):49-52. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/84565001/research-brief-testing-efficacy-of-stress-management-stoma-patients-intervention-patients-following-colostomy-ileostomy-surgery-pilot-study>
28. Karabulut HK, Layla D, Karadag A. Effects og planned group interactions on the social adaptation of individuals with na intestinal stoma: a quantitaive study. *J Clin Nurs.* 2014 Oct; 23(19):2800-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12541>.
29. Mckenzie F, White CA, Kendail S, Urquiiart AFM, Williams I. Psyciological impact of colostomy poucii ciange and disposal. *Br J Nurs.* 2006 Mar; 15(6):308-16. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2006.15.6.20678>.
30. Gun A, Asa E, Siv S. A chance to live- Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *Int J Nurs Pract.* 2010 Dec; 16(6):603-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x>.
31. Violin MR, Sales CA. Daily experiences of cancer-colostomized people: an existential approach. *Rev Electronica Enferm.* 2010 Apr/June; 12(2):278-86. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5590>.
32. Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014 May/June; 22(3):394-400. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429>.
33. Davidson F. Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *Br J Nurs.* 2016 Mar; 25(17):4-12. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.S4>.
34. Manzanares MEG, Gálvez ACM, Jimenéz PDQ, Casas GV. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. *Estudio Stoma Feeling. Metas Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Dec 10, 2016]; 18(10):24-31. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80840/>
35. Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C, et al. The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016 Jul/Aug; 43(4):381-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000236>.

Recibido: 6.4.2017

Aceptado: 27.8.2017

Correspondencia:
 Natália Michelato Silva
 Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem
 Avenida Bandeirantes, 3900
 Bairro: Monte Alegre
 CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 E-mail: nmichelato@usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.