



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

TRABAJO FIN DE GRADO

INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS PORTADORAS DE UNA COLOSTOMÍA.

Alumna: Padrón López Sandra

Tutor: Catalina López Martínez
Departamento: Enfermería

Mayo, 2022

ÍNDICE

Resumen

Abstract

1. Introducción.....	4
1.1 Enfermedades intestinales.....	4
1.2 Cáncer de colon.....	5
1.2.1 Prevalencia del cáncer de colon.....	7
1.2.2 Terapias.....	8
1.3 Colostomías.....	9
1.3.1 Magnitud de personas portadoras de una colostomía.....	10
1.3.2 Características de las personas portadoras. Perfil.....	10
1.3.3 Cuidados de la colostomía.....	10
1.3.3.1 Educación del paciente y familiares.....	10
1.3.3.2 Cuidados. Higiene. Dispositivos.....	12
1.4 Calidad de vida.....	13
1.4.1 Definiciones y dimensiones de la calidad de vida.....	13
1.4.2 Modelos de calidad de vida.....	15
1.4.3 Cuestionarios de evaluación para la calidad de vida.....	15
1.4.4 Influencia de la colostomía en la calidad de vida.....	16
1.5 Apoyo social.....	17
1.5.1 Definición y dimensiones de apoyo social.....	17
1.5.2 Modelos de apoyo social.....	18
1.5.3 Cuestionarios de evaluación del apoyo social.....	20
1.5.4 Relación del apoyo social y la calidad de vida.....	21
1.6 Justificación.....	21
2. Objetivos.....	22
3. Metodología.....	23
3.1. Diseño.....	23
3.2. Criterios de inclusión.....	23
3.3. Estrategia de búsqueda.....	23

3.4. Descripción de los resultados de la búsqueda.....	25
3.5. Método de análisis empleado.....	26
4. Resultados.....	27
5. Discusión.....	34
6. Conclusiones.....	40
7. Bibliografía.....	41

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar la influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud de personas portadoras de una colostomía.

Metodología: Consiste en una revisión sistemática llevada a cabo tras analizar 15 artículos. Estos artículos fueron encontrados en distintas bases de datos a través de la búsqueda con cadenas bibliográficas en Pubmed, Cinahl, Cuiden, Nursing & Allied Health Premium, Scopus y Wos. Se establecieron unos criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de artículos. **Resultados:** De los distintos artículos estudiados se encontraron resultados que hacían referencia a las características de población estudiada, al nivel de apoyo social en personas portadoras de colostomía, a la influencia de la colostomía en la calidad de vida y por último la relación del apoyo social y la calidad de vida de las personas portadoras de colostomía. Sobre el apoyo social encontramos que las personas portadoras de ostomía valoran sobre todo el apoyo social, siendo insignificante la relación de calidad de vida de personas portadoras de colostomías con el apoyo percibido por parte de terapias de apoyo. Respecto a la calidad de vida se halló como la dimensión de la calidad de vida más afectada por la colostomía fue la social. Y por último respecto a la influencia del apoyo social en la calidad de vida de las personas portadoras de colostomías, todos los estudios indicaron una relación significativa y positiva del apoyo social y la calidad de vida, menos uno. **Conclusiones:** Se obtuvieron las siguientes conclusiones: al aumentar el apoyo social por parte de redes de apoyo cercanas al paciente, aumentan los niveles de calidad de vida. El apoyo por parte de los profesionales de salud aumenta la calidad de vida y mejora el afrontamiento de la colostomía.

Palabras clave: colostomía, apoyo social, calidad de vida, cáncer de colon.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to analyze the influence of social support on health-related quality of life in people with a colostomy. **Methodology:** It consists of a systematic review carried out after analyzing 15 articles. These articles were found in different databases through a search with bibliographic strings in Pubmed, Cinahl, Cuiden, Nursing & Allied Health Premium, Scopus and Wos. Inclusion criteria were established and taken into account for the selection of articles. **Results:** From the different articles studied, we found results referring to the characteristics of the population studied, the level of social support in colostomy carriers, the influence of colostomy on quality of life and finally the relationship between social support and quality of life of colostomy carriers. Regarding social support, we found that ostomy carriers value above all social support, the relationship between the quality of life of colostomized persons and the perceived support from support therapies being insignificant. With respect to quality of life, it was found that the dimension of quality of life most affected by colostomy was the social dimension. And finally regarding the influence of social support on the quality of life of colostomized persons, all but one study indicated a significant and positive relationship of social support and quality of life. **Conclusions:** The following conclusions were obtained: as social support by support networks close to the patient increases, quality of life levels increase. Support from health professionals increases quality of life and improves colostomy confrontation.

Key words: colostomy, social support, quality of life, colon cancer.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Enfermedades intestinales.

Las enfermedades intestinales son un conjunto de patologías que afectan al tracto intestinal. Existen diferentes tipos de patologías intestinales, pero todas ellas afectarán a la función de absorción de agua, nutrientes y electrolitos de los alimentos ya digeridos anteriormente. De esta manera son enfermedades que alteran el hábito

intestinal normal de la persona. Las enfermedades intestinales más comunes, son las siguientes (1):

- Enfermedades inflamatorias intestinales.

Son una serie de patologías que afectan al intestino causando una inflamación de este. La causa de esta inflamación es multifactorial, ya que se han detectado factores inmunológicos, ambientales y genéticos que afectan al padecimiento de este tipo de enfermedades (1).

Las más comunes son la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn. La Colitis ulcerosa suele afectar principalmente al recto, aunque la inflamación puede ir avanzando de manera continua por el colon. La inflamación es superficial. Sin embargo, la Enfermedad de Crohn puede aparecer en cualquier parte del tracto digestivo dañando el intestino de manera transmural y causando la inflamación de varios tejidos progresivamente. A diferencia de la Colitis en la Enfermedad de Crohn aparecen fístulas y estenosis de manera común (1).

- Enfermedad perianal

Es una complicación derivada de una enfermedad inflamatoria intestinal. La aparición de complejas fístulas perianales va a causar una infección e inflamación del tracto intestinal (2).

- Existen otras afecciones intestinales de carácter urgente como son:

- El traumatismo abdominal que, puede causar el desgarro del colon y por tanto la salida de heces al peritoneo, causando una peritonitis fecaloidea.

- En algunos casos los tumores de colon pueden producir una obstrucción intestinal e incluso llegar a la perforación de este. Esto causaría una peritonitis.

- Existen enfermedades, como son la diverticulitis y la aparición de fístulas complejas cuyas complicaciones derivan en una urgencia. En estos casos, el divertículo se rompería y la fístula se infectaría causando igualmente una peritonitis (2).

1.2 Cáncer de colon.

El cáncer de colon es un tipo de neoplasia que aparece a nivel colorectal dañando los tejidos y funciones del colon. Su aparición comienza con pequeños grupos de células que crecen desde la pared abdominal hacia la luz del colon, denominadas

pólipos. Dependiendo de la histología de estas células, los pólipos pueden ser neoplásicos o no. Entre el 70-80% de los pólipos del colon son neoplásicos, estos son denominados adenomas, que pueden ser tubulares, vellosos o tubulo-vellosos. La gran mayoría de casos de cáncer de colon se deben a alteraciones genéticas que transforman el epitelio intestinal debido a una reproducción acelerada de estas células malignas y la transformación de los adenomas en adenocarcinomas (2,3).

La aparición de esta enfermedad no se manifiesta con síntomas, pero con el tiempo pueden aparecer: rectorragia, molestias y dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal y tenesmo rectal (2).

El cáncer colorectal se clasifica clásicamente en 3 segmentos, colon, recto y ano. Siendo los más comunes en España la neoplasia de recto y la neoplasia de ano (2, 4).

- Neoplasia de colon

Las células malignas se encuentran a lo largo del colon. Los síntomas son diferentes dependiendo de la frecuencia y presencia de estas células, la posición anatómica, el género y edad del paciente. Aquellas neoplasias que aparecen en el colon ascendente causan anemia, pérdida de peso y predomina en las mujeres. Suelen ser tumores de un tamaño mayor y peor evolución. El cáncer de colon que aparece en la zona descendente suele presentar rectorragia, obstrucción intestinal, está más influenciado por la dieta y aparece más en hombres (4)

- Neoplasia de recto

Consiste en la aparición de un adenocarcinoma en el recto. Normalmente suele aparecer en personas mayores de cuarenta años, y se manifiesta por igual en hombres y mujeres. Los principales síntomas son dolor en la zona anal, sangre en heces y tenesmo rectal. El tratamiento curativo conlleva cirugía, dependiendo del estadio de la enfermedad se realizará al inicio o bien tras sesiones de radio/quimioterapia. Para extirpar el tumor de forma segura se deberá extirpar hasta 2 cm distales al tumor. En ocasiones, cuando estos centímetros no se pueden respetar o bien el tumor se encuentra cerca del esfínter anal, no se podrá eliminar el tumor sin eliminar los esfínteres, por lo que se realizará una amputación abdominoperineal, en la cual se cierra el ano y en la que será imposible restaurar el tránsito intestinal por lo que será

necesario realizar una colostomía que derive el contenido intestinal al exterior (2).

- Neoplasia de ano.

En este caso se trata de una tumoración de adenocarcinoma que aparece en el canal del ano. Sus síntomas son dolor en la zona perianal y rectorragia. El tratamiento de este tipo de cáncer también conlleva la realización de una colostomía. Dado que el tumor afecta a los esfínteres del ano, será necesario extirparlos y realizar una amputación abdominoperineal (2).

1.2.1 Prevalencia del cáncer de colon.

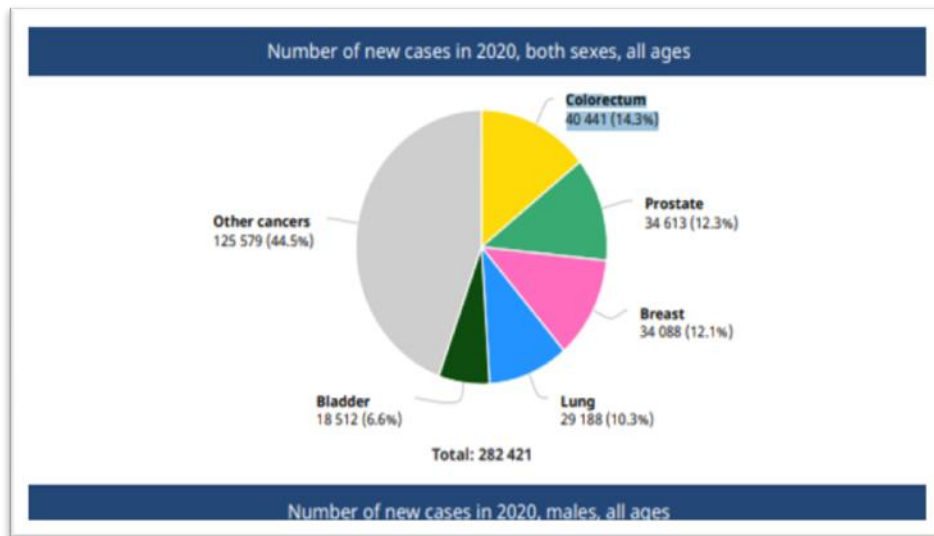
En 2018 el cáncer de colon se encontraba en el tercer puesto a nivel mundial en ambos sexos (5). Según los datos de la Organización Mundial de la salud, en 2020 el cáncer colorrectal fue el segundo tipo de cáncer en causar más muertes en el mundo, dando lugar a 935.000 muertes (6).

En 2019, el cáncer colorrectal fue el cáncer más incidente en España con 44.937 nuevos casos, siendo el segundo tipo de cáncer más diagnosticado en mujeres y en hombres (5).

En un estudio realizado en 2004, se muestra que la prevalencia del cáncer colorrectal en 2002, durante un año, tenía la cifra de 9951 casos (4).

Según la OMS y los últimos registros de GLOBOCAN en 2020 en España (Figura 1), la incidencia del cáncer colorrectal es de 40.441 nuevos casos (6).

Figura 1: Incidencia del cáncer colorrectal en España (2020).



Fuente: Globocan 2020.OMS.

El cáncer de colon es el tercer tipo de cáncer más prevalente en el mundo, se ha visto que los últimos años el número de personas afectadas por este tipo de cáncer ha ido en aumento.

1.2.2 Terapias.

Dependiendo de lo avanzado que esté el cáncer, el tumor y los tejidos dañados, los tratamientos y terapias variarán de un paciente a otro.

Cuando nos encontramos un cáncer en etapa temprana, que está localizado y donde el área dañada es pequeña, lo más común es la extirpación de pólipos mediante una colonoscopia (7).

Cuando este cáncer afecta a más de un pólipo y ha dañado parte del revestimiento interno del colon, se practicará una resección endoscópica de mucosas que retirará los pólipos y el revestimiento del intestino dañado. En ocasiones existen pólipos que no se pueden extirpar por colonoscopia. En este caso se realizará la extirpación mediante una cirugía laparoscópica (7).

Cuando nos encontramos con un cáncer más avanzado, que ha llegado a dañar distintos tejidos del colon, se practicará una colectomía. Esta práctica consiste en extirpar aquella parte del colon que está dañado. Para mantener el tracto intestinal y su función, se tratará de volver a conectar las partes de colon saludables. Esta terapia se suele acompañar con sesiones de quimioterapia o radioterapia, asegurando así la eliminación completa de células cancerosas (7).

En ocasiones, tras realizar la colectomía, no se pueden volver a conectar estas partes de colon separadas. Por lo que será necesario realizar una ostomía.

Una ostomía es una práctica quirúrgica, derivada de enfermedades gastrointestinales y sus complicaciones. Esta técnica consiste en la abertura de la pared abdominal con el fin de dar salida a una víscera del organismo. Los principales tipos de ostomías: son la colostomía, cuando es el colon lo que se exterioriza a través de la pared abdominal y la ileostomía, cuando es el íleon lo que abocamos a la pared abdominal. Ambas prácticas son realizadas con el fin de dar salida al contenido intestinal a través de esta abertura denominada estoma (2).

Como se ha explicado antes, en el apartado 1.2 Cáncer de colon, son varias las enfermedades intestinales cuyo tratamiento deriva en una colostomía, pero son las neoplasias de colon, recto y ano las principales causas de la colostomía (2).

1.3 Colostomía

Una colostomía es la exteriorización de una sección del colon a través del abdomen, con el fin de dar salida al contenido fecal por esta abertura llamada estoma. Es una práctica realizada en aquellas ocasiones en las que el tránsito normal de las heces por el intestino no es posible por diversas causas.

Las colostomías pueden ser: terminales, cuando es para siempre a consecuencia de la extirpación del ano o bien temporales, cuando es reversible y se necesita únicamente durante un periodo de tiempo. Dependiendo de su localización las colostomías pueden ser de cuatro tipos:

- Ascendente: aquella que se realiza en el colon ascendente, por lo que se localiza en el flanco derecho. La consistencia de las heces será líquida.
- Transversal: se realiza en el colon transversal. Se localiza en la parte superior del abdomen. Suele ser temporal, aunque dependiendo de si la parte inferior del intestino vuelve a adquirir su función normal. En caso de que no vuelva a funcionar puede pasar a ser terminal. La consistencia de las heces es variable.
- Descendente: realizada en el colon descendente, por lo que se localiza en el lado izquierdo e inferior del abdomen. La consistencia será más sólida.
- Sigmoides: realizada en el colon sigmoideo. La localización será inferior a la colostomía descendente. La consistencia de las heces será más sólida (8)

1.3.1 Magnitud de personas portadoras de una colostomía.

En 2018 el número de personas ostomizadas en el mundo era de 1,9 millones. En España, los últimos datos epidemiológicos indican que el número de personas portadoras de una ostomía es de 70.000 aproximadamente, con una incidencia de 16.000 casos al año (9).

En España se puede observar que el cáncer de colon es el principal motivo para la realización de una colostomía, un 80% de personas con cáncer terminan portando una colostomía. Como se ha mencionado antes, el cáncer de colon en España va en aumento por lo consiguiente, el número de personas colostomizadas también va en aumento (9).

1.3.2 Características de personas portadoras de colostomías. Perfil.

Un estudio realizado en el Centro Paraibano de Ostomizados-João Pessoa, de Brasil, nos muestra las características y perfil predominante de las personas colostomizadas. Así mayoritariamente la franja de edad de personas portadoras de colostomías, variaba entre los 38 y 56 años (10). Respecto al sexo, se puede afirmar que existe un porcentaje mayor de mujeres portadoras de colostomías, un 51,45% de población estudiada, frente a un 48,55% de población que eran hombres (10).

Otro estudio centrado en el perfil de los pacientes ostomizados en Cuba, en La Habana, muestra también que la mayor parte de casos de colostomías eran mujeres, siendo un 57,8% de la población. Respecto a la edad vemos como la mayoría se encontraba en una franja de 20 a 59 años. Además, se destacó un bajo nivel educativo de la mayor parte de los participantes y se vio como un 42,3% de la población colostomizada eran ya jubilados (11).

1.3.3 Cuidados de la colostomía.

1.3.3.1 Educación del paciente y familiares.

La recuperación de esta intervención y su aceptación, va a requerir de la ayuda y atención del equipo de enfermería ya que será este el encargado de educar al

paciente en los cuidados de la colostomía y de guiarlo a través de este complejo camino de cambios (2).

Este proceso de educación se deberá hacer de manera individualizada y holística, ya que cada paciente es único y su estoma también. Además de esto se deberá llevar un seguimiento del paciente y familia de manera que el cuidado sea continuo (2).

Educar al paciente para que sea autónomo en el cuidado de su estoma va a aumentar su autoestima, ya que hará que este se sienta más activo y autosuficiente, mejorando el desarrollo personal y mejorando la satisfacción (2).

Pero hay que saber que, en este tipo de pacientes, la educación no debe centrarse solo en los cuidados del estoma. Los profesionales de enfermería deben saber que es importante guiar al paciente en la aceptación y afrontamiento de todos los cambios que conlleva portar una colostomía (2).

Es por esto que también debemos de guiar al paciente en su reinserción en la sociedad, saber cuáles son sus miedos y sus limitaciones y trabajar para que el paciente pueda participar de manera activa en la sociedad llevando así una vida normal (12).

En el estudio “Necesidades de educación al cuidador de pacientes con ostomía reciente en casa” realizado por la Facultad de Ciencias de la Salud de Enfermería, de Medellín, Colombia, se muestra la influencia de la educación para la salud en la calidad de vida de personas portadoras de colostomías. En este estudio observamos como aquellas personas que habían recibido una buena educación por parte del equipo sanitario tenían una mejor calidad de vida, ya que se mostraban autónomos en su cuidado y más activos en la sociedad (12). La colostomía no solo va a afectar al paciente, sino que también afecta a los familiares más cercanos. Es por esto que el proceso de educación también hay que llevarlo a cabo con los familiares. Uno de los grupos de apoyo considerado más relevante es la familia. La familia es considerada el mejor ambiente para el crecimiento y desarrollo personal. Existe evidencia que afirma que cuando un miembro de la familia enferma, esto afecta a toda la familia cambiando su dinámica. El proceso de enfermedad requiere de una aceptación por parte de todos sus miembros, si esto es así y con el apoyo mutuo de los familiares, la calidad de vida mejorará. Es fundamental que la familia apoye, acepte y conozca la colostomía tanto como el paciente (13,12).

Así educando al paciente y a los familiares pretendemos que este abandone el hospital conociendo toda la información necesaria para realizar el autocuidado de su estoma sin ninguna duda, que conozca los dispositivos colectores y, que afronte su estoma de una manera positiva. Además se facilita un teléfono para que contacte con enfermería en caso de dudas o cualquier tipo de problema (2).

1.3.3.2 Cuidados. Higiene. Dispositivos.

Respecto al cuidado del estoma, lo primero que debe entender el paciente es que no es una herida, si no una abertura por la que se eliminan las heces. Esta abertura funcionará como un ano situado en el abdomen. La única diferencia es que en el estoma no existe esfínter que controle la evacuación de heces. El paciente deberá saber que por lo menos al principio y dependiendo del estoma no va a poder controlar la salida de sus deposiciones y no podrá saber con certeza la consistencia de estas. Con el tiempo y con el control de la alimentación el paciente irá poco a poco conociendo más su estoma y el tipo de deposiciones (14).

Para la higiene diaria el estoma se lavará con agua y jabón. No se recomienda utilizar ningún otro producto desinfectante. El jabón y el agua limpian el estoma sin dañarlo. Es importante que tras utilizar jabón se aclare y seque bien la zona periestomal, para conseguir una correcta adherencia del disco.

Además de la higiene el paciente deberá conocer el proceso de cambio de bolsa y los distintos dispositivos colectores. Cada estoma es diferente, al igual que la piel periestomal del paciente. Es por esto que existen gran cantidad de dispositivos diferentes y complementos para que cada paciente utilice el que mejor se adapte a su colostomía y a sus necesidades (14).

Existen 2 tipos de bolsas colectoras:

- Bolsas de 2 piezas: en la que el disco que va pegado a la piel va por separado de la bolsa. De esta manera sólo habrá que cambiar la bolsa evitando despegar y dañar la piel de manera innecesaria.
- Bolsa de 1 pieza: la bolsa viene pegada al disco directamente en una única pieza (14).

Ambos tipos de bolsas pueden ser transparentes u opacas. Al principio cuando la persona ha sido recién intervenida conviene utilizar las bolsas transparentes para observar la consistencia de las heces y sus cambios. Además las bolsas contienen un

~ 12 ~

filtro que elimina los gases e impermeabiliza el olor. Las bolsas también pueden ser abiertas o cerradas por la parte terminal. Las bolsas abiertas pueden vaciarse sin necesidad de despegarlas de la piel y suelen ser utilizadas cuando las heces son más líquidas. Los discos suelen ser recortables, como he mencionado anteriormente cada estoma es de una manera y estos no suelen tener una forma redonda perfecta, por lo que se pueden recortar los discos adaptando su forma a la del estoma (14).

Además de todo esto debemos de informar al paciente de que a partir de ahora deberá de realizar un cambio en su dieta. Tras una cirugía intestinal, el intestino debe de adaptarse a este nuevo funcionamiento, que conlleva un cambio en la alimentación y la necesidad de observar qué alimentos le producen diarrea, qué alimentos le estreñen, cuales le producen gases, olor... hasta averiguar el tipo de dieta que favorece su tránsito intestinal (14).

Como vemos es mucha información la que debemos de dar al paciente. Es importante hacerlo de manera pausada y sin dar mucha información de golpe ya que esto podrá agobiar al paciente causándole ansiedad y por tanto un mal afrontamiento de su estoma (14).

1.4 Calidad de vida.

1.4.1 Definiciones y dimensiones de la calidad de vida.

Los primeros estudios sobre la calidad de vida se realizan por equipos de sociología en los años 70. En estos primeros estudios, se comienzan a integrar más términos en este concepto de calidad de vida, como son las emociones de felicidad y satisfacción personal. Se amplió el concepto que primeramente sólo relacionaba la calidad de vida con el nivel económico, social y laboral (12).

Es a partir de los años 80 cuando aparece el término de calidad de vida relacionada con la salud. Esto es debido al descubrimiento de diferentes aspectos relacionados con la atención hospitalaria que podían ser evaluados por el individuo de una manera subjetiva. Mostrando la influencia del proceso de enfermedad en las distintas dimensiones subjetivas de la calidad de vida (12).

No existe una única definición para este concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Cómo podemos leer en la Colección Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional, ~ 13 ~

elaborada por Yanguas L et, al (15), la calidad de vida relacionada con salud será la integración de las definiciones de calidad de vida y salud. Podemos encontrar diferentes definiciones creadas por varios científicos:

Patrick y Erickson (15) definen la calidad de vida relacionada con la salud como *“el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política”* (p.109).

Según Lawton (15) *“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto”* (p.111).

Robert Schalock (15), experto en el estudio de la discapacidad intelectual, sostiene que *“hay ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad: Bienestar emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos”* (p.116).

De estas definiciones podemos sacar varias conclusiones:

- Una enfermedad, una estancia hospitalaria, una intervención quirúrgica... van a tener repercusión en la calidad de vida del individuo.
- La calidad de vida es algo que solo puede ser valorado por el propio individuo.
- La enfermedad va a causar unos cambios en la vida del paciente y estas alteraciones tanto a nivel físico, social, psicológico y económico, son los que van a influir en la calidad de vida (15).

Según Lawton (15), la calidad de vida se puede clasificar en 4 dimensiones:

- La calidad de vida física. Hace referencia a los aspectos biológicos y fisiológicos del ser humano.
- La calidad de vida percibida. Consiste en la sensación de satisfacción percibida de manera subjetiva por el individuo en el ámbito de las relaciones, el tiempo y la economía.
- La calidad de vida social. Las relaciones con el entorno, con la familia, amistades y el ámbito laboral.

- La calidad de vida psicológica. Que hace referencia a un aspecto más general de la calidad de vida, teniendo en cuenta las emociones y sentimientos del individuo (15).

1.4.2 Modelos de calidad de vida.

Existen gran cantidad de modelos de calidad de vida. Entre ellos podemos observar que los más trabajados y estudiados son el Modelo Ecológico, el Modelo Comportamental y el Modelo del Bienestar (15).

Lawton (15) hablaba del Modelo Ecológico. En este modelo Lawton habla de calidad de vida como un concepto subjetivo y multidimensional, que se basa en criterios internos al individuo y externos, debido a la relación con el entorno, el tiempo actual, pasado y futuro. Además, explica que este modelo se puede medir en 4 áreas: satisfacción personal global, entorno objetivo, comportamiento y calidad de vida percibida.

Kapla C R, et al. (15), hablaban del Modelo comportamental. En el que se defiende que la calidad de vida no solo depende de la satisfacción personal y salud mental, sino que en su mayoría depende de las acciones y comportamientos de los humanos para vivir bien. Mencionan la experiencia y que la calidad de vida se mide a través de nuestras acciones y experiencias. En este modelo se defendían 5 variables en la calidad de vida: salud, pensamientos positivos, los recursos materiales, el apoyo social y las capacidades relacionales (15).

Por último, encontramos El modelo del Bienestar. En este modelo se defiende que la salud, el bienestar mental y material son los aspectos que posibilitan la mejora de la calidad de vida. Además de esto menciona que la personalidad es un aspecto importante interno en cada uno que hace que sintamos, actuemos y pensemos de tal manera que influye en nuestra calidad de vida. Este modelo se basa en la idea de que el hecho de alcanzar los objetivos y deseos, dependen del nivel de vida de una persona (15).

1.4.3 Cuestionarios de evaluación subjetiva para la calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida podemos encontrar varios cuestionarios. Uno de ellos, diseñado por la Organización Mundial de la Salud, es el cuestionario
~ 15 ~

WHOQOL-BREF. Contiene 26 puntos que cuestionan sobre salud/enfermedad, aspectos psicológicos, relaciones sociales y el entorno.

Se ha aplicado tanto en personas enfermas como personas sanas y se ha utilizado para comparar los cambios en la calidad de vida, pero centrándose en la satisfacción expresada de manera subjetiva por la persona sobre actividades cotidianas (16).

Existe otro cuestionario llamado MOSSF-36 que tiene una alta fiabilidad por lo que es muy usado. Este cuestionario se centra en 3 aspectos que son: la capacidad funcional física, el bienestar y la satisfacción de salud en general. Evalúa 8 dominios: funcionamiento físico, funcionamiento social, funcionamiento según el rol, funcionamiento emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y percepciones de salud en general (17).

Además, existe evidencia de que es importante tener en cuenta la salud mental y el funcionamiento cognitivo a la hora de evaluar la salud y la calidad de vida en general. Es por esto que, al usar el cuestionario mencionado anteriormente, se complementa la valoración con otros cuestionarios como son: la escala de Goldberg y la prueba neuropsicológica Mini-Mental State Examination (17).

1.4.4 Influencia de la colostomía en la calidad de vida.

Una vez el paciente ha sido intervenido, debe de enfrentarse a un conjunto de cambios que van a producirse no solo a nivel fisiológico, si no a nivel de su imagen corporal, relaciones sociales, laborales, etc. La autoestima se verá afectada por estos cambios. La imagen corporal cambia por lo que las personas tienden a sentir rechazo e inseguridad. Respecto a esto es común que disminuyan las prácticas sexuales, debido al miedo a ser rechazado por la pareja y por el pensamiento de mantener las relaciones con la bolsa de colostomía (18).

Relacionado con esta disminución de autoestima e inseguridad, los pacientes tienden a retrasar la vuelta a la rutina laboral. Sienten inseguridad a la hora de volver al entorno social, a realizar actividades de su día a día. Esto también es debido a la pérdida del esfínter anal y el miedo a la aparición de olores o gases en público, provenientes de la bolsa colectora (18). Según el estudio realizado por Alcalá Gutiérrez (19), se puede observar como el principal factor que afectaba a los pacientes portadores de colostomías es el desconocimiento del manejo de

~ 16 ~

dispositivos, la mayoría de la población estudiada mostraba miedo sobre los olores de la bolsa, miedo a que esta se llenara, a los ruidos y a las limitaciones en su vestimenta. Debido a este miedo de volver al entorno social estas personas tienden a aislarse socialmente, de manera que este ámbito de su vida se verá afectado (18).

Además de esto también se observa que las personas colostomizadas habían limitado sus relaciones sociales, sus roles en el entorno e incluso indicaron sentirse poco atractivos y tener miedo a la hora de crear nuevas relaciones (19).

Por otro lado se observa que las áreas menos afectadas por la colostomía eran las del descanso y energía. La población estudiada afirmaba sentirse bien a lo largo del día y con niveles de energía normales para el desarrollo de su día a día (19).

En el área familiar se mostró un porcentaje bajo de una disminución de la calidad de vida. Las relaciones familiares se mantenían igual e incluso mejor en ocasiones. El pequeño porcentaje de personas afectadas en el ámbito familiar coinciden en la preocupación de ser una carga para sus familiares (19).

1.5 Apoyo social

1.5.1 Definición y dimensiones de apoyo social.

El apoyo social es un término del cual podemos encontrar gran cantidad de definiciones. Fue en los años 70 cuando se comenzó a estudiar por primera vez este concepto en relación a la salud. Dos de las definiciones más utilizadas son las de los científicos Thoits y Bowling (15).

Según Thoits (15), el apoyo social es la manera en que las personas satisfacen sus necesidades sociales mediante la relación con los demás. Thoits mencionaba que las necesidades sociales eran: el aprecio, la afiliación, el sentimiento de pertenencia a un grupo, la seguridad y la aceptación.

Bowling (15) por otro lado entiende el apoyo social como un suceso interactivo a través del cual una persona adquiere ayuda a nivel material o psicológico de sus relaciones sociales.

Clásicamente se definen dos dimensiones del apoyo social:

1. Apoyo estructural o cuantitativo. Hace referencia a la cantidad de relaciones interpersonales con las que puede contar el individuo si necesita ayuda, y al

tipo de conexión de estas redes. En esta dimensión hablaremos de número de relaciones, frecuencia de contacto, tamaño, parentesco y fuerza.

2. Apoyo cualitativo o funcional. Esta dimensión es de carácter subjetivo y abarca las sensaciones de integridad, cuidado, valoración, amor y pertenencia que puede sentir el individuo respecto a su entorno relacional. Y habla de los siguientes componentes:

- Apoyo emocional: es aquel que hace referencia al cariño y empatía. Es el tipo de apoyo más común y efectivo.

- Apoyo informativo: la información ofrecida a una persona necesitada, para resolver un problema.

- Apoyo instrumental: son aquellas ayudas materiales que benefician de forma directa a quien las recibe.

- Apoyo afectivo: son aquellas aportaciones de afecto que el individuo recibe.

- Interacción social positiva: representa la frecuencia y calidad de las relaciones, el tiempo de ocio y distracción (15).

Existe un diagrama elaborado por Tardy (20), en el que se indican 4 dimensiones diferentes a través de las cuales se puede evaluar el apoyo social:

- Dirección, el apoyo social se puede dar en varias direcciones, puede ser dado o recibido. La mayoría de estudios evalúan el apoyo recibido, es decir la percepción subjetiva de la persona que recibe el apoyo. Aunque en la actualidad es de gran interés comparar el punto de vista de la persona proveedora del apoyo tanto como de la receptora de este apoyo.
- Disposición, hace referencia a la diferencia del apoyo al cual se puede acceder y el apoyo real que se está recibiendo o dando en un tiempo determinado.
- Descripción/Evaluación: la descripción del apoyo hace referencia al tipo de apoyo, las acciones en sí. Mientras que el apoyo evaluado hace referencia a la satisfacción o efectividad de estos apoyos.
- Redes: hace referencia al tipo de relación que presta este apoyo, las diferentes fuentes o relaciones interpersonales (20).

1.5.2 Modelos de apoyo social.

El apoyo social es importante e influye en el proceso de aceptación de enfermedades crónicas. El hecho de tener apoyos puede eliminar reacciones

~ 18 ~

psicológicas adversas, la negación de la enfermedad, el estrés y el abandono propio de la persona (20).

El estudio que abarca la influencia del apoyo social en el proceso de aceptación de su enfermedad, ha hecho que se hable de dos modelos explicativos del apoyo social:

- El modelo de efecto principal. Este modelo se centra en el efecto directo del apoyo social sobre la salud mental y física. Explica que la participación de un individuo en la sociedad varía según cómo afectan los apoyos recibidos en la salud del individuo. Además, explica cómo el apoyo social puede aportar al individuo sentimientos de pertenencia, seguridad, autonomía y motivación. También habla de cómo el acceso a diferentes entornos sociales puede hacer que la persona tenga más información útil en su proceso de enfermedad (15).

- El modelo amortiguador. A diferencia del modelo anterior, en el modelo amortiguador los apoyos sociales no ejercen una mejora directa en la salud. Si no que influye en la manera de actuar de los individuos ante factores estresantes. Es decir, estos apoyos guían la respuesta y actuación de un individuo ante un acontecimiento contrario a la salud. Indica que gracias a estos apoyos una persona puede ver los factores estresantes desde otra perspectiva y de esta manera hacerles frente de forma más eficaz, ya que amortiguan las conductas desadaptativas de una persona con sentimientos de estrés y agobio. Influyendo de manera indirecta en la mejora de la salud, puesto que el individuo tomará mejores decisiones al respecto (15).

Podemos encontrar otra teoría, conocida como Teoría de la necesidad. Sostiene que la calidad de vida depende de la satisfacción que tenga la persona respecto a sus necesidades de apoyo y el apoyo social realmente recibido. Entendiendo que pueden existir necesidades materiales o psicológicas y emocionales, que estas pueden tener distinta duración, siendo una necesidad diaria o de crisis. Dentro de este modelo se hablan de 2 categorías del apoyo social, que se dividen en otras 2 a su vez:

- Apoyo instrumental. Hace referencia a las necesidades materiales, pero estas pueden ser diarias o de crisis.
- Apoyo psicológico. Hace referencia al ámbito psicosocial, e igualmente puede ser una necesidad diaria o de crisis (16).

1.5.3 Cuestionarios de evaluación del apoyo social.

Encontramos cuestionarios que evalúan el apoyo social siguiendo las dimensiones descritas por Tardy, que hemos mencionado anteriormente. De manera que evalúan la dimensión de Disposición y redes, formulando preguntas de situaciones hipotéticas relacionadas con los hechos de sentirse respetado, amado, etc. Aplicando esto, encontramos el cuestionario SS-B, desarrollado en 1987 por Vaux, Riedel, et al. (20), que recogen información sobre las acciones que realizan amigos o familiares para ayudar a un individuo.

Otros cuestionarios describen las dimensiones de Descripción/ Evaluación. Son instrumentos que reflejan las diferentes formas de apoyo de manera que evalúan la satisfacción personal frente a ese apoyo. Revenson (20) creó un cuestionario en 1991 que realizaba preguntas con el fin de evaluar la satisfacción personal frente a los apoyos. En este cuestionario encontrábamos cuestiones que describen el apoyo recibido, cómo “Me escucha”, “Me sabe aconsejar”, “Me ayuda a decidir por mí mismo”, etc. Respecto a la dimensión de evaluación, encontramos el MSPSS creado por Eker y Arkar (20) en 1994 que cuestionaba sobre la adecuación de los apoyos sin entrar en las formas de apoyo.

El cuestionario más utilizado por personal sanitario para evaluar el apoyo social en pacientes, es el llamado MOS. Es un cuestionario breve creado para personas con enfermedades crónicas. Esta herramienta se centra en 5 aspectos: apoyo afectivo, apoyo instrumental, apoyo emocional, apoyo informacional y la interacción social positiva. Este cuestionario ha sido estudiado y validado en diferentes países, gracias a él se puede tener en cuenta el apoyo percibido además del funcional. Existen evidencias de que este cuestionario obtiene datos de alta confiabilidad (16).

Otro instrumento utilizado para estudiar el apoyo percibido de manera subjetiva es el cuestionario de Apoyo Funcional Duke-UNK-11. Este es un cuestionario que se centra en 2 ítems: el apoyo confidencial, es decir la posibilidad de tener personas con las que comunicarse; y el apoyo afectivo que hace referencia a la empatía y relaciones amorosas. Esta herramienta es utilizada para personas con patologías crónicas (21).

1.5.4 Relación del apoyo social y la calidad de vida.

Uno de los trabajos que relacionó la influencia de las relaciones sociales en la calidad de vida fue una Tesis Doctoral, realizada por Fernández Peña, R (22). En este estudio se realizó una revisión de diferentes estudios científicos obteniendo la siguiente información: las relaciones familiares se consideraban una de las dimensiones del bienestar y se mostró como las relaciones interpersonales forman parte del componente social del bienestar y por lo tanto de la calidad de vida. Se observa como las dimensiones del apoyo social que más se relacionan con la calidad de vida son los apoyos familiares y las redes de apoyo de la sociedad (22).

En esta misma tesis, también se muestra cómo el hecho de contar con apoyo social aumenta la calidad de vida para distintas etapas de la vida, sobre todo en personas mayores, y en varias enfermedades como son un accidente cerebrovascular, y en los procesos de rehabilitación cardíaca (23). También se refleja como el apoyo social influye en la calidad de vida de personas con infección por VIH. Se reflejaba una mejor calidad de vida asociada a la presencia de apoyo social, manifestando que este contribuye a la ausencia de morbilidad psíquica. Se mostró como los bajos niveles de apoyo emocional e informacional contribuyen a una peor calidad de vida (22).

Algunos de los modelos mencionados pueden ayudarnos a explicar la manera en que influye el apoyo social en la calidad de vida. De modo que el modelo amortiguador es de especial interés en un proceso de enfermedad ya que entendemos que una enfermedad conlleva un factor estresante que manifiesta un daño a nivel fisiológico, psíquico y social. La enfermedad va a causar un impacto en el modo de vida del paciente, dando lugar a un desequilibrio. Como hemos comentado en el punto *1.4.4 Influencia de una colostomía en la calidad de vida*, la persona portadora de una colostomía va a sufrir diversos cambios que conllevan un componente estresante en el que también se puede aplicar el modelo amortiguador del apoyo social (22).

1.6 JUSTIFICACIÓN

Como hemos visto anteriormente (en el desarrollo) las personas con colostomía son un gran colectivo y hay evidencia, como se ha mencionado anteriormente, de que el cáncer de colon (la principal causa de colostomías) va en aumento. Por lo que es

de esperar que el número de personas con colostomías también vaya en aumento. Esto nos indica que es un tema de importancia mundial y que debe ser estudiado por los profesionales de salud (9).

El apoyo social se ha considerado un factor positivo para enfrentarnos a las dificultades y mejorar nuestra calidad de vida. Como hemos visto existe un gran número de personas que viven con colostomías o que deben enfrentarse a este cambio por primera vez. Ante los hallazgos en otros grupos de personas, es necesario que investiguemos y analicemos de qué modo va a influir en la vida de las personas con colostomía el hecho de sentir apoyo por parte de sus conocidos y como esto va a influir en su calidad de vida y por lo tanto en su situación emocional, física y social (24).

El objetivo de esta revisión nace del hecho de que la calidad de nuestra vida está influida en gran medida por el entorno. Como seres sociales que somos, es esencial que nos sintamos cómodos viviendo en relación con los demás, conviviendo con nuestro entorno y participando de manera activa en la sociedad. Cuando una persona se encuentra con un estoma en su cuerpo, comienzan a aparecer inseguridades que hacen que esta persona tenga miedo de volver a su vida normal (9,24). Por este motivo es importante que Enfermería siga investigando sobre los factores que pueden influir de manera positiva y/o negativa en la aceptación del estoma y en el nivel de calidad de vida de la persona. De modo que se conozcan las dimensiones de la calidad de vida más afectadas en las personas portadoras de colostomía y que esto permita orientar las intervenciones a esos factores (9, 24).

2. OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Analizar la influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras de una colostomía.

- **Objetivos secundarios:**

→ Describir las características de las personas estudiadas con colostomía

- Describir el nivel de apoyo social que tienen las personas portadoras de colostomías.
- Analizar el efecto del estoma en la calidad de vida de las personas portadoras de colostomía.
- Analizar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras de colostomías.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño.

Se trata de una revisión de la literatura científica con la incorporación de algunos elementos de la revisión sistemática. Ha sido realizada mediante el análisis de estudios de investigación cuantitativa.

3.2. Criterios de inclusión.

Para una búsqueda más exacta se han definido los siguientes criterios de inclusión:

1. Estudios originales de investigación cuantitativa: se aceptarán estudios descriptivos transversales, casos y controles, cohortes, experimentos y cuasi-experimentos.
2. Que relacionen colostomía con calidad de vida y calidad de vida con apoyo social.
3. En población de jóvenes adultos (20-25), adultos (25-60) y personas mayores (60 y más).
4. Idiomas: artículos escritos en inglés y español.

3.3. Estrategia de búsqueda

Esta revisión bibliográfica ha sido realizada mediante la búsqueda de documentos científicos de diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, Cuiden, Nursing&AlliedHealth Premium, Scopus y Wos. Dicha búsqueda se ha realizado mediante una cadena de búsqueda planteada según el método SPC (Situación, Población y Cuestión de estudio), siendo la situación la

variable dependiente y la cuestión, la variable independiente. Los términos utilizados son los estandarizados del tesoro Medical Subject Headlines (MeSH) y Cinahl Subject Headings y términos libres relacionados con la temática (25).

En la siguiente tabla (Tabla 1) se pueden observar la situación, población y cuestión que se pretende investigar y los términos estandarizados y libres correspondientes.

Tabla 1: Sistema SPC para pregunta de búsqueda.

	Término estandarizado (Con respectivas etiquetas)	Términos libres (Con respectivas etiquetas o truncamientos)*	Total de términos
Situación VD	Quality of life [mh]	Life Quality [tiab] Health-Related Quality Of Life [tiab] Health Related Quality Of Life [tiab] HRQOL [tiab]	Quality of life [mh] OR Life Quality [tiab] OR Health-Related Quality Of Life [tiab] OR Health Related Quality Of Life [tiab] OR HRQOL [tiab]
Población	Young adult Adult Aged Aged, 80 and over +	Aged [tiab] Aged, 80 and over+ [tiab]	Young adult[mh] OR Adult [mh] OR Aged [mh] OR Aged, 80 and over+ [mh]
	Colostomy	Colostomies Colostomy	Colostomy [mh] OR colostomies [tiab]
Cuestión concreta de estudio VI	Social support [mh]	Support, Social [tiab] Social Care [tiab] Perceived Social Support* [tiab]	Social support [mh] OR Support, Social [tiab] OR Social Care [tiab] OR Perceived Social Support* [tiab]

Notas: * Etiquetas y truncamientos para Pubmed

En la siguiente tabla (tabla 2) se reflejan las bases de datos donde se ha buscado información, con sus correspondientes cadenas de búsqueda ajustadas, la fecha de búsqueda y el número de documentos encontrados.

Tabla 2: Cadenas de búsquedas en respectivas bases de datos.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Fecha de búsqueda	Registros devueltos
Pubmed	(Quality of life [mh]) AND (colostomy[tiab])	10/02/2022	394

Cinahl	(MH Colostomy OR AB colostomies) and ((MH Quality of life OR AB Life Quality OR AB Health-Related Quality Of Life OR AB Health Related Quality Of Life OR AB HRQOL) OR (MH Social support OR AB Support, Social OR AB Social Care OR AB Perceived Social Support*))	12/02/2022	413
Cuiden	(Colostomía) AND (Calidad de vida)	16/02/2022	10
Nursing&Allied Health Premium	(Quality of life) AND (colostomy) AND (Social support)	23/02/2022	193
ScienceDirect	(Quality of life) AND (colostomy) AND (Social support)	27/02/2022	783
Scopus	TITLE-ABS((colostomy OR colostomies) AND ((quality of life OR health-related quality of life) OR (social support OR perceived social support*)))	01/03/2022	731
Wos	(Quality of life) AND (colostomy) AND (Social support)	03/03/2022	48

Fuente: Elaboración propia.

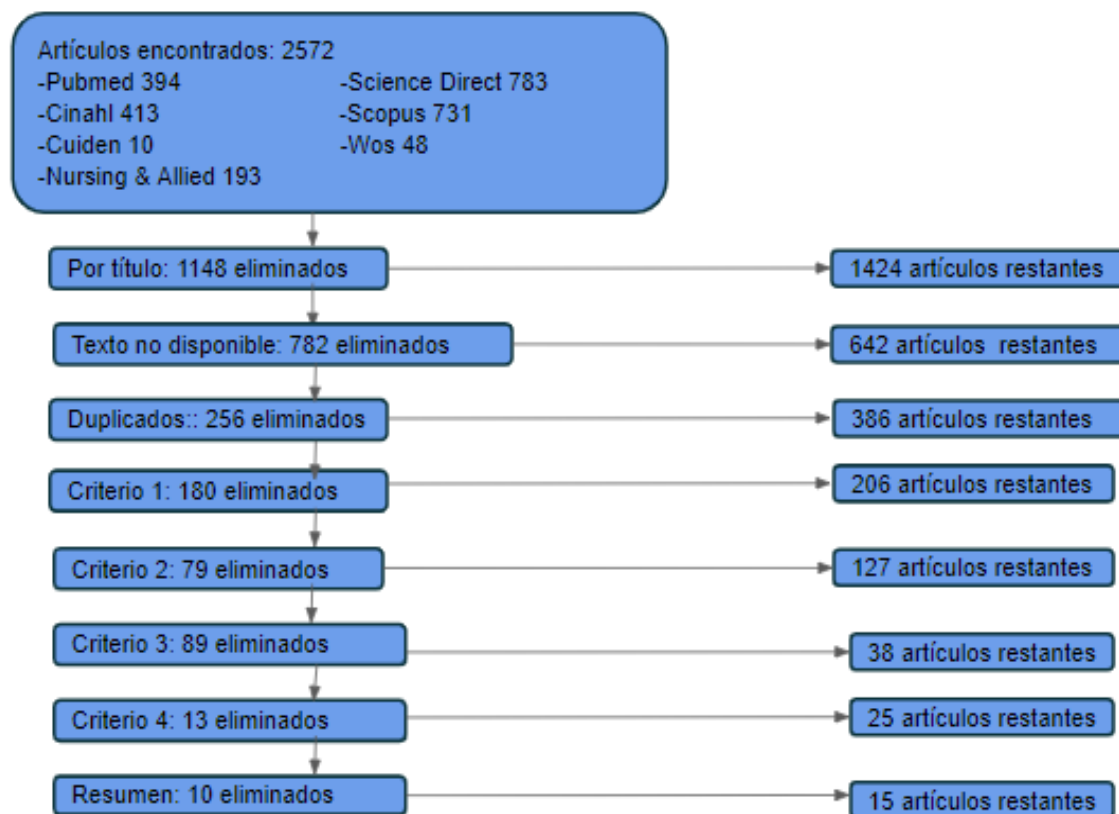
3.4. Descripción de los resultados de la búsqueda

Tras realizar las búsquedas bibliográficas en las distintas bases de datos, obtuve un total de 2.572 resultados. En la siguiente figura (figura 2) se muestra de forma esquematizada la cantidad de estudios que han sido eliminados por diferentes motivos.

Al realizar las búsquedas lo primero que se hizo es eliminar aquellos artículos que por el título no serían relevantes. Se eliminaron 1148 artículos. Tras esto se descartaron 782 artículos que no permitían un acceso libre. Se eliminaron un total de 256 artículos duplicados. Leyendo los resúmenes de los artículos se eliminaron 10. Atendiendo a los diferentes criterios de inclusión indicados anteriormente, se eliminaron 180 artículos que no cumplían el criterio 1; 79 que no cumplían el criterio 2; 89 que no cumplían el 3; y 13 que no cumplían el 4. De los 782 artículos descartados que no permitían acceso libre, a través de las Revistas de la Biblioteca Virtual de la Universidad de Jaén, se pudo acceder a 5 de estos artículos a texto completo, que fueron útiles para la revisión.

Finalmente para obtener los resultados de esta revisión, me quede con 15 artículos que cumplían los criterios y resultaban ser de interés para la revisión.

Figura 2: Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

3.5. Método de análisis empleado.

Para analizar la información encontrada, se ha utilizado el Test del signo. Utilizando este método podemos comparar el número de estudios que nos indican que dos variables tienen una asociación positiva, con el número de estudios que indican que dichas variables tienen una asociación negativa, es decir, comparar la dirección de los resultados de cada estudio. Por otro lado este test también nos permite comparar la existencia o no de asociación estadística, de manera que sí obtenemos un valor de P menor a 0,05 el número de estudios (M) es significativamente superior que el número de estudios (m); y si P es igual o mayor a 0,05 no existen diferencias estadísticamente significativas entre el número de estudios (M) que informa de una asociación o dirección con respecto del número de estudios (m) que indican lo contrario. Para este

test se utiliza la hipótesis nula, que predice que el número de estudios que indica un determinado tipo de asociación o dirección, es igual al número de estudios que indican lo contrario. Este test está basado en la función de probabilidad binomial para el caso de una probabilidad de 0,5 (25).

4. RESULTADOS

4.1. Características de los estudios y población estudiada.

A continuación se sintetiza la información de los estudios incluidos en la revisión en la siguiente tabla (tabla 3). En ella se indica la fecha de publicación, el nombre del autor/a, el tipo de estudio, la muestra, la localización de la población estudiada y características de la población (género, media de edad y tipo de ostomía).

De los 15 estudios encontrados, 10 eran descriptivos transversales, 2 descriptivos correlacionales, 1 ensayo clínico aleatorizado, 1 estudio descriptivo comparativo, 1 descriptivo longitudinal. La edad media de la población estudiada, ronda entre 53 y 75. Encontramos 6 estudios con muestra elegida de manera probabilística y 9 no probabilística. La mayor parte de población estudiada en estos artículos, eran portadores de colostomías, aun que encontramos muestras con personas portadoras de colostomías, ileostomías y urostomías.

Tabla 3: Características de los estudios y población estudiada.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra y localización	Género y media de edad.	Tipo de muestreo	Tipo de ostomía
Anaraki F, et al. (2012)	Descriptivo transversal	n=102 Irán	58 H 44 M Media:53	Probabilístico	67,6% colostomías 21,6% ileostomías 10,8% urostomías
Kelman GB, et al. (1997)	Descriptivo correlacional	n=119 Canada	59 H 60 M Media:74,5	No probabilístico	Ostomías*
Sier MF, et al. (2017)	ECA**	n=103 NC*** n=105 CE****	70H(NC) 33M(NC)	Probabilístico	55% colostomías NC

		Gran Bretaña	71H (CE) 32M(CE) Media:60,8 (NC) 63,7(CE)		45% ileostomías NC 64% colostomías CE 36% ileostomías CE
Luo B-J, Qin H-Y, Zheng M-C et al. (2014)	Descriptivo transversal	N=86 China	63 H 23 M Media:60,79 años	No probabilístico	82,6% Colostomías 17,4% Ileostomías
Zhang TL, et al. (2013)	Descriptivo correlacional	N=111 China	70 H 41 M Media:59,03	Probabilístico	Ostomías
Salomé MG, et al. (2014)	Descriptivo transversal	N= 70 Brasil	51 H 19 M Media:76,32	No probabilístico	Colostomía permanente
Konjevoda V, et al. (2020)	Descriptivo transversal	N= 302 Croacia	182 H 120 M Media:68,56	No probabilístico	212 colostomía 75 ileostomía 6 urostomía
Lumdubwong A, et al. (2014)	Descriptivo comparativo	N=87 Tailandia	15H (GT)***** 15M (NGT)***** Media: 72,5	No probabilístico	Colostomías
Ayalon R, et al. (2019)	Descriptivo transversal	N=75 Israel	53 H 22M Media: 75	No probabilístico	35 colostomías 35 urostomías 5 ileostomías
Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, et al. (2017)	Descriptivo transversal	N=164 China	97 H 67 M Media: 57,49	Probabilístico	Colostomías
Yan MH BN, et al. (2021)	Descriptivo longitudinal	N=74 China	46H 28M Media:57,16	Probabilístico	Colostomías
Gordana Repié, et al. (2018)	Descriptivo transversal	N=67 Serbia	34H 33M Media: 65,87	No probabilístico	47 colostomías 11 ileostomías 9 urostomías
Keum Hee Nam, et al. (2018)	Descriptivo transversal	N=125 Korea	60H 65M Media: 66.6	No probailístico	Ostomías

Leyk M, et al. (2014)	Descriptivo transversal	N=128 Polonia	H: no especifica M: no especifica Media: 66,24	Probabilístico	Colostomías
Kurowska k, et al. (2008)	Descriptivo transversal	N=47 Torún	25H 22M Media: 67,21	No probabilístico	Colostomía

*Notas: *No especifica el tipo de ostomía. ** ECA: Ensayo clínico aleatorizado. ***NC:*

*Nuevos cuidados. ****CE: Cuidados estándar *****GT: Grupo de terapia *****NGT:
No grupo de terapia. H: hombre M: mujer.*

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Apoyo social en personas portadoras de colostomía.

Respecto a este tema en concreto, encontré 5 artículos que resultaron útiles y cumplían los criterios de inclusión.

En estos 5 artículos se habla sobre el apoyo social y las personas portadoras de colostomías. 2 de ellos indican la importancia del apoyo social percibido en estos pacientes y su influencia en el afrontamiento del estoma (26,27). Otro artículo muestra como el apoyo por parte de terapias no influye de manera significativa en las personas portadoras de colostomía (28). Encontramos otro artículo que muestra como el apoyo social influye positivamente con el sentido de coherencia (29). Y el artículo restante, muestra como la influencia del apoyo del personal sanitario en la población estudiada (30).

En la tabla 4 se muestran de forma esquemática los instrumentos utilizados en cada estudio, la media de puntuación de las escalas, la desviación estándar y los resultados encontrados

Tabla 4: Relación del apoyo social en personas portadoras de colostomía.

Autor y fecha de publicación	Instrumentos para recogida de datos		Media	Desviación estándar	Resultados
Luo B-J, Qin H-Y, Zheng M-C (2014).	Calidad de las relaciones sociales (SRQS). Índice de esperanza de Herth (HHI).		49,42 (SRQS) 38,52 (HHH)	4,98 (SRQS) 4,64 (HHH)	Correlación de valores de (SRQS) y (HHI). ($p < 0.01$).
Lumdubwong A, et al. (2014).	Formulario datos personales (PI). Estrés percibido (PPS). Evaluación funcional de terapia contra el Cáncer colorectal (FACT-C). Participación en actividades sociales.		109,5 (GT) 108,88 (NGT)	15,80 (GT) 14,82 (NGT)	Sin diferencias en la calidad de vida entre las personas asistentes al grupo de apoyo y las no asistentes. ($p=0,36$).
Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, et al. (2017).	Inventario de crecimiento post-traumático (PTG). Apoyo social percibido (PSS). Escala de resiliencia de ConnorDavidson (CD-RISC10).		66,74 (PTG) 63,96 (PSS) 26,22 (CD-RISC10)	13,99 (PTG) 12,98 (PSS) 7,33 (CD-RISC10)	El apoyo social percibido asociado a mayores puntuaciones de (PTG) Y (CD-RISC10).
Kurowska k, et al. (2008).	Escala del sentido de coherencia (SOC) Escala de AS de Kmie-cik-Baran.		113,53 (SOC) 38 (Kmie-cik-Baran)	11,18 (SOC) 2,73 (Kmie-cik-Baran)	Cuanto mayor era el valor de apoyo percibido, mayor era el valor de escala SOC.
KeumHee Nam, et al. (2018)	Escala del AS de Tae.	Apoyo personal médico	22,2	8,5	Aumento de autoeficiacia al aumentar el apoyo del personal médico.
		Apoyo familiar	33,6	6,9	

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Análisis del efecto del estoma en calidad de vida en personas portadoras de colostomía.

Sobre la relación de la calidad de vida y las personas portadoras de colostomías, encontramos 5 estudios que cumplen los criterios.

En estos estudios se utilizaron diferentes escalas para valorar la calidad de vida personas portadoras de colostomías. Cada escala o cuestionario tenía diferentes subescalas que hablaban de diferentes dimensiones, la dimensión psicológica, física, social y espiritual.

En estos 5 estudios encontrados, se refleja que el hecho de portar una colostomía influye de manera negativa en la calidad de vida, sobre todo en la dimensión social de esta. Además se relaciona un aumento de la calidad de vida al aumentar la atención sanitaria (31-35)

En la tabla 5 se muestran los resultados de forma esquemática.

Tabla 5: Efecto del estoma en la calidad de vida

Autor y fecha de publicación	Instrumentos para recogida de datos	Media	Desviación estándar	Resultados
Anaraki F, et al.(2012)	Cuestionario CV*-Ostomía	7,48	0,90	Colostomía afecta a la calidad de vida. (P < 0,05).
Sier MF, Oostenbroek RJ, et al. (2017)	Estoma-CV	9,36	0.704	Nuevos cuidados relacionados con mejor calidad de vida. (p<0,001).
Salomé MG, et al. (2014)	Escala de Rosenberg	10,81	5,395	Menor calidad de vida asociada a problemas de autoestima por colostomía. (p=0,001)
	Escala de CV de Flanagan	26,16	19,89	
Konjevoda V, et al. (2020)	CV relacionada con ostomías, (CoH-QoL-OQ)	6,37	1,66	Menor calidad de vida en ámbitos sociales, asociado a la colostomía.
Gordana Repié, et al. (2018)	Cuestionario de CV para personas portadoras de ostomías (QOL-O).	8,37	1,75	Resultados satisfactorios en la calidad de vida de pacientes

*Nota: CV *Calidad de vida*

Fuente: Elaboración propia

4.4 Análisis de las relaciones encontradas entre el apoyo social y la calidad de vida.

Respecto a la relación entre el apoyo social y la calidad de vida, encontré 6 artículos que realizaban un estudio de correlación entre estas dos variables y que cumplían los criterios.

En estos estudios se analizó la existencia o no de asociación significativa entre variables y el sentido de asociación.

De los 6 estudios encontrados, 5 afirman que existe una relación significativa y positiva entre variables (36-41). Es decir al aumentar el apoyo social, aumenta la calidad de vida de las personas portadoras de colostomía. 1 de estos artículos muestra que no hay asociación de las variables (26).

En la siguiente tabla 6, se muestran los resultados obtenidos de forma esquemática.

Tabla 6: Influencia del apoyo social en la calidad de vida.

Autor y fecha de publicación	Instrumentos para recogida de datos	Efecto	Resultados	
			Sentido	Asociación estadística
Kelman GB, et al. (1997)	Índice de CV-Versión Cáncer (QLI-CV) Adaptación psicosocial a la enfermedad (PAIS-SR) Cuestionario del apoyo social de Norbeck (NSSO)	AS*-CV**	Positivo	P<0,05
Zhang TL, et al. (2013)	CV específica para cáncer colorectal (EORTCOLO—CR23) Aceptación de la discapacidad (ADS) Calidad de las relaciones sociales (SRQS).	AS-CV emocional	Positivo	P<0,05
		AS-CV física	Positivo	P<0,05

Lumdubwong A, et al. (2014)	Formulario de datos personales (PI). Estrés percibido (PPS) Evaluación funcional de terapia contra el Cáncer colorectal (FACT-C) Participación en actividades sociales.	AS- CV física	Sin asociación	P>0,05
		AS- CV social	Sin asociación	P>0,05
		AS-CV emocional	Sin asociación	P>0,05
		AS-CV psicológica	Sin asociación	P>0,05
Ayalon R, et al. (2019)	Escala de CV en Incontinencia fecal. Escala de autoeficacia. Inventario de estados y rasgos de ansiedad.	AS-CV	Positivo	P<0,01
Yan MH, BN, et al. (2021)	Cuestionario de CV para personas con colostomía. Escala de estomas de autoeficacia. Escala de estomas de autocuidado.	AS familiar-CV	Positivo	P<0,01
Leyk M, et al. (2014)	Escala de AS de Berlín Escala funcional de evaluación de terapias del cáncer.	AS-CV	Positiva	P<0.001

Notas: AS*: Apoyo social, CV**: Calidad de vida

Se realizó el Test del signo para estas variables. Teniendo en cuenta que 9 artículos indican asociación positiva entre el apoyo social y la calidad de vida y 1 de ellos indica no asociación, se realizó la prueba del signo de las puntuaciones generales respecto a la asociación de variables, se obtuvo un valor de $P=0,0008$, siendo $P<0,05$, se

concluye que el número de situaciones en el que el apoyo social influye en la calidad de vida es significativamente mayor a las situaciones en las que no influye.

Por otro lado vemos que se estudian varias dimensiones dentro de la calidad de vida. Realizamos el test del signo para aquellas que han sido estudiadas más de una vez, como son la calidad de vida física y la calidad de vida emocional. Para la calidad de vida física encontramos que 1 estudio muestra que se relaciona de forma significativa y positiva con el apoyo social, y otro que indica que no hay asociación de variables. Al realizar el test del signo obtenemos un valor de $P= 2,25$. Por otro lado sobre la calidad de vida emocional, encontramos un estudio que muestra la asociación significativa y positiva de variables, y otro que no muestra asociación. Obtenemos un valor de $P=2,25$.

5. DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de este trabajo, era describir el perfil de la población portadora de colostomía estudiada en esta revisión. La gran mayoría de artículos encontrados y estudiados, mostraban una población portadora de colostomías (26-28,31-35, 38, 39, 41), aunque podíamos encontrar estudios realizados con más tipos de ostomías (36-38). Respecto al sexo de esta población observamos que en todas las muestras había más población de hombres que de mujeres (26-41). La edad media de personas estudiadas se sitúa en torno a los 61.68 años. Además, se observa el lugar de procedencia de las muestras es diverso. Encontramos población de China, Irán, Brasil, Croacia, Gran Bretaña, Canadá etc. Si comparamos esta información con la mencionada en el apartado 1.3.2 *Características de las personas portadoras de colostomías. Perfil*, vemos como los datos no son similares, en Brasil y Cuba prevalecen las mujeres portadoras de colostomías frente a los hombres. Además la franja de edad de personas portadoras de colostomías estaba entre los 38-56 años en Brasil y entre los 20-59 años en Cuba. En nuestra revisión la edad media de personas portadoras de colostomía estudiada es mayor (61,68 años).

Otro de los objetivos planteados era describir el apoyo social que reciben las personas portadoras de colostomías. Respecto a esto vemos como se estudian diferentes tipos de apoyo social, como son el familiar, aquel que proviene de aquellas

personas más cercanas(26, 27, 30); el apoyo instrumental (29) y el apoyo por parte del personal sanitario (30).

En general observamos como el apoyo que proviene de aquellas personas más cercanas al usuario es más valorado por este, que aquel que proviene de grupos de apoyo. En el estudio Olarte Suárez Lj, et al, (12) se hablaba de la importancia de realizar educación para la salud de los familiares de las personas portadoras de colostomía. Relacionando esto con lo encontrado en el artículo mencionado anteriormente (30), vemos como al ser la familia la principal fuente de apoyo valorada por los pacientes, confirmamos la importancia de realizar una buena educación de estos para así mejorar y aumentar el apoyo.

En el estudio publicado en la revista Elsevier, realizado por Luo B-J, Qin H-Y, Zheng M-C. (26) encontramos la correlación entre la calidad de las relaciones sociales y la esperanza en pacientes portadores de colostomías. Se encontraron los siguientes resultados:

Las subescalas de compromiso familiar, intimidad familiar y amistades del SRQS se relacionaron de forma positiva y significativa con los valores del Índice de esperanza de vida de Herth, un cuestionario que hace referencia a la satisfacción vital y el bienestar psicológico. Por lo que se puede decir que se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre las puntuaciones totales del SRQS y del HHI. Vemos como estas personas anteponen y valoran más el apoyo de la red familiar, de manera que este mejoraba el afrontamiento de la colostomía.

Sin embargo, en el estudio de Lumdubwong A, et al. (28), se observa como las puntuaciones de la calidad de vida de personas portadoras de colostomía no varían de manera significativa entre el grupo asistente a terapias de apoyo y el grupo de no asistentes. Como vemos, esto apoya lo observado en el estudio anterior (26).

Encontramos un estudio de Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, et al. (27), en el que se observa que, a mayor puntuación media de la escala de Apoyo social percibido también por parte de la familia, se obtenían mayores puntuaciones de las escalas de resiliencia y crecimiento post-traumático, mostrando una asociación significativa y positiva de variables . Además, en este estudio se observaba como la calidad de vida en la dimensión social, era mayor en aquellas personas portadoras de colostomías. Esto se debe a la necesidad de apoyo de las personas portadoras de colostomías, se observaba que estas, percibían más apoyo por parte de los familiares

y además este se percibía más continuo y de mejor calidad. Sin embargo en el estudio realizado por Keum Hee Nam, et al. (30) se observa como el apoyo social recibido por parte de los familiares se relaciona de manera significativa y negativa con la autoeficacia de la población. Mientras que si este apoyo percibido provenía de personal sanitario, influía de manera positiva en la adaptación social de los pacientes y su enfrentamiento.

En el estudio realizado por Kurowska K, et al. (29), se habla del apoyo instrumental como aquel que más influye en los valores de la Escala de sentido de coherencia a la hora de afrontar la colostomía. Por otro lado, parece que el apoyo familiar se asocia con unos valores menores de depresión y ansiedad.

Respecto al objetivo de analizar la calidad de vida de personas portadoras de colostomías, en la gran mayoría de estudios se realizan cuestionarios de calidad de vida que tienen en cuenta las dimensiones física, espiritual, psicológica y social; y como estas influyen en las personas portadoras de colostomías y en su adaptación a este proceso.

En el estudio de Anaraki F, et al. (31), se estudiaron los valores de la calidad de vida de diferentes pacientes portadores de ostomías. Vemos como las variables asociadas significativamente con la calidad de vida fueron el tiempo de colostomía, el tipo, la depresión, la localización del estoma y los cambios en el vestuario. Sobre la relación de variables, encontramos que la depresión, el cambio en el vestuario y la localización del estoma se relacionan significativamente, de manera negativa en las diferentes puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida; dándonos a entender que los factores mencionados anteriormente disminuyen los valores de la calidad de vida de la población estudiada.

Como vemos el área más afectada de la calidad de vida de la muestra de este estudio (31), es la social, las personas se preocupan por la localización del estoma, el cambio en el vestuario para que este no esté visible... esto es algo que influye a la hora de relacionarse en la sociedad. Este factor también se observa en el estudio realizado por Konjevoda V, et al. (34), vemos las puntuaciones del cuestionario de Calidad de vida (CoH-QoL-OQ), en un grupo con ostomías y otros sin ostomías. Se observa como la calidad de vida es menor en el grupo de personas con colostomías en general y que el dominio con menor puntuación de calidad de vida es el social.

Podemos observar la similitud de estos datos con la información mencionada en el apartado *1.4.4 Influencia de la colostomía en la calidad de vida*, donde se mencionaba que las personas portadoras de colostomía, al sufrir este cambio a nivel físico sienten inseguridad a la hora de volver a la rutina laboral, mantener relaciones sexuales, hacer nuevas amistades, etc (19, 20). Lo que apoya y afirma esta influencia de la colostomía en la calidad de vida social de los pacientes.

En 2017 se realizó otra investigación llevada a cabo por Sier MF et, al. (32), que pretendía estudiar el efecto de un nuevo tipo de cuidados en la calidad de vida de personas portadoras de colostomía. Estos nuevos cuidados incluían visitas a domicilio por parte de la/el enfermero estomaterapeuta, visitas programadas por el/la estomaterapeuta y el cirujano, consultas telefónicas y visitas a domicilio al mes de haber sido dado de alta. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Las puntuaciones de la calidad de vida tras 1 mes de la cirugía fueron mayores en el grupo de nuevos cuidados, que en el grupo de cuidados estándar. Además, después de 3 meses esta puntuación era mayor que después de 1 mes en ambos grupos. Esto se debe a la continuidad de los cuidados, las personas que llevaron este seguimiento de los nuevos cuidados se sintieron más apoyadas por parte de los profesionales, de manera que encontraron más fácil el hecho de aceptar la colostomía.

Como veíamos en el estudio de Keum Hee Nam et al, (30), el apoyo por parte del personal sanitario parecía influir de manera positiva en el afrontamiento del estoma. Vemos que esto se relaciona con lo mencionado en el estudio anterior (32), si el personal sanitario realiza unos cuidados de seguimiento e implicación, el proceso de afrontamiento del estoma será más fácil y llevadero para los pacientes.

Encontramos otro estudio, Salomé MG, et al. (33) en el que se obtiene la siguiente información, los pacientes ostomizados tenían sentimientos negativos relacionados con la autoestima y mostraban una menor calidad de vida. Además, según las puntuaciones dadas en los cuestionarios, se mostró que su calidad de vida se veía empeorada debido a la colostomía. Debemos tener en cuenta que en este estudio partimos de un muestreo no probabilístico, de manera que la muestra se eligió a conveniencia y además los datos fueron tomados durante el primer mes tras la realización de colostomía, de manera que estas personas aún no se habían adaptado del todo a este proceso.

En el artículo de Gordana Repié et al, (35) se obtienen unas puntuaciones altas de calidad de vida. Las puntuaciones mostraron ser mayores en los ámbitos psicológicos, físicos y espiritual. Mientras que el ámbito social era el que obtenía menor puntuación ya que las personas estudiadas mostraban tener más dificultad a la hora de retomar su vida social, salir a la calle, relacionarse con nuevas personas etc. Se obtiene una información similar a la obtenida en el artículo de Anaraki F, et al (31), en el que vemos también que el área social es el área más afectada en la calidad de vida de las personas con colostomías.

Por último, se muestran los resultados obtenidos en los estudios que analizan la relación del apoyo social y calidad de vida. En este conjunto de estudios observamos cómo hay relación significativa entre estas variables, y que están asociadas de manera positiva, es decir a mayor apoyo social, mayor calidad de vida. Solo se encontró un estudio que negaba esta asociación (28).

Encontramos un estudio realizado por Kelman GB. (36), que pretende estudiar la relación del apoyo social y el ajuste psicosocial con la calidad de vida de pacientes hombres y mujeres portadores de una ostomía. Se muestra que el apoyo social percibido en hombres y mujeres adultos portadores de una ostomía mostraba relación significativa y positiva en la calidad de vida. Además de esto nos indicaba que el apoyo social influía en la calidad de vida, en todas su dimensiones y aspectos. La población estudiada mostraba tener mejor afrontamiento, niveles más altos de autoestima y mejor autocuidado del estoma cuando percibían mayor nivel de apoyo social y sobre todo si este era por parte de la familia.

Otro estudio realizado en 2013 por Zhang TL, et al, (37). Se realizó el Cuestionario EORTCOLO—CR38, donde encontramos las subescalas física, de rol, emocional, cognitiva y social; la escala ADS con las subescalas de ampliación, subordinación, contención y transformación; y Escala SRQS con las subescalas de compromiso familiar, intimidad familiar y amistades.

Los resultados muestran que el compromiso familiar y la intimidad familiar estaban relacionados significativamente con la función de rol del EORTCOLO-CR38. Es decir, el apoyo social por parte de la familia influye de manera positiva en el desarrollo personal de la persona al afrontar el estoma (37). Por otro lado, encontramos relación significativa, positiva y mayor al resto de la subescalas de amistades del SRQS con la

función emocional del (EORTCOLO-CR38). Dando a entender así que el apoyo social influye mayoritariamente en las emociones. El conjunto de subescalas de SRQS (compromiso familiar, intimidad familiar y amistades) aumentaban el estado de salud en general (37).

Encontramos otro estudio realizado por Lumdubwong et al, (28) en el que los resultados muestran que no hay diferencias entre las percepciones de calidad de vida de un grupo y otro, sin existir asociación significativa entre asistir a un grupo de apoyo y la calidad de vida. Por lo que se observa que la población le da más valor al apoyo por parte de las relaciones más cercanas y por tanto este influye más en la calidad de vida. Cómo muestra también el estudio realizado por Ayalon R, et al, (38). Se muestra una relación significativa y positiva entre las variables de calidad de vida y apoyo social ($r=0,45$ y $p<0,01$).

Yan MH, BN, et al (39), realizó otro estudio en el que se muestra que la relación y el apoyo percibido por parte de la familia son predictores significativos y positivos de la Calidad de vida ($p<0,01$), en todas sus dimensiones. Esto se puede relacionar con los resultados obtenidos en la revisión sistemática realizada por Lium Dum, MD, et al (40), en la que se concluye también que el apoyo social mejora no solo la calidad de vida de la persona colostomizada, si no que mejora los síntomas físicos y además el ajuste terapéutico.

Otro estudio que muestra la influencia del apoyo social en la calidad de vida basándose en el tiempo de colostomía, es el realizado por Leyk M, et al (41). Se muestra como la influencia del apoyo social en la calidad de vida es positiva y mayor en aquellas personas que portaban la colostomía desde hacía menos de 1 año ($p=0,020$), frente a aquellos que la portaban desde hacía más de 5 años ($p=0,004$). Podemos relacionar esto con la información que se mostraba en el estudio de Salomé MG, et al (33), la calidad de vida era menor en aquellas personas que llevaban 1 mes con la colostomía. Esto puede explicar los resultados de este estudio (41), al tener la colostomía más reciente, la calidad de vida es menor, dando lugar a que el apoyo social percibido por parte de los pacientes mejore de manera más significativa la calidad de vida.

Hemos llevado a cabo una revisión de la literatura que puede contener algunas limitaciones. La mayor parte de artículos usados han sido descriptivos transversales,

~ 39 ~

es decir, en ellos no se ha llevado a cabo un estudio a lo largo del tiempo. Además las muestras de estos estudios han sido no probabilísticas, lo que disminuye la validez de los resultados, pudiendo aparecer sesgos.

6. CONCLUSIONES

A través de esta revisión observamos que por lo general existen pocos estudios que traten la cuestión en concreto que se ha planteado. La calidad de vida es un tema muy estudiado, el apoyo social por otro lado, también lo es, pero la relación de estos en personas portadoras de colostomías no ha sido un tema muy estudiado.

Tras revisar los resultados y contrastarlos, se han llegado a varias conclusiones. Se observa que la presencia de la colostomía puede influir en la calidad de vida. Además, parece ser que el área social es el más afectado por la colostomía. Se observa que el apoyo social, sobre todo el familiar y el proveniente de personal sanitario, se asocia significativamente a la calidad de vida de las personas colostomizadas. Parece ser que el apoyo social por parte de la familia y de aquellas personas más cercanas al usuario, se valora más que aquel que proviene de grupos de apoyo y terapias grupales. Por otro lado, en aquellos estudios que muestran el apoyo social percibido y su relación con la calidad de vida en función del tiempo con colostomía, parece ser que la calidad de vida en los primeros momentos de afrontamiento de la colostomía, es peor, y por esto es cuando se necesita más apoyo.

Al obtener estas conclusiones, vemos como el trabajo de enfermería es apoyar al paciente desde el primer momento, informarle de todo lo necesario, escucharle cuando lo necesite y educarlo, de manera que este pueda valerse por sí mismo, ser autoeficaz, mejorar su autoestima y aumentar su calidad de vida. También se ha visto como apoyando al paciente de manera continua y de calidad, se mejora la adaptación del usuario a la sociedad, que parece ser una de las áreas más complejas de afrontamiento cuando se es portador de una colostomía. Además, como hemos mencionado, el apoyo familiar es el más importante, enfermería también deberá

educar a los familiares de manera que puedan prestar ese apoyo al usuario portador de colostomía.

Como profesionales de la salud tenemos la obligación y el deber de brindar a nuestros pacientes aquello que necesitan para afrontar el proceso de enfermedad de la mejor manera posible y para conseguir esto debemos seguir investigando y estudiando aquellos temas relevantes para la aplicación de nuestros cuidados de manera óptima.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda SE, Beltrán CJ, Peralta A, Rivas P, Rojas N, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal: Una mirada inmunológica. Revista médica de Chile. 2008; 136 (3): 367-75.
2. Vázquez García M. Manual de Cuidados en Ostomías. 1th. Madrid, DAE. 2009.
3. Carvajal Alberto C, et al. Lateralidad del cáncer de colon y diferencias pronósticas en escenario de vida real en una institución oncológica. Bogotá, Colombia. Repositorio Institucional EDocUR. Universidad del Rosario. 2021.
4. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollan-Santamaria M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. 2009.
5. AECC. Asociación Española contra el Cáncer. [Sede Web]. Madrid. AECC; 2021. [Actualizada el año 2021; acceso 26 de septiembre del 2021]. Disponible en: [https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20en%20el,\(%C3%BA%20ltimos%20datos%20disponibles%20GLOBOCAN\).](https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20en%20el,(%C3%BA%20ltimos%20datos%20disponibles%20GLOBOCAN).)

6. De África R, de las Américas R, de Asia Sudoriental R, de Europa R. Organización Mundial de la Salud. Sitios web regionales de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/regional-offices>
7. Mayo Foundation for Medical Education and Research [Sede Web]. Arizona; (MFMER); 2021 [Acceso 30 septiembre 2021]. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon, 2ª pantalla. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/diagnosis-treatment/drc-20353674>
8. Cabello Martín E. Evaluación del impacto físico, social y emocional de los pacientes portadores de colostomías. 2020.
9. Lado Teso A, et al. Trabajos del Sector. Usos y actitudes de los pacientes ostomizados en España. Enferm May. 2019; 22(4): 19-27.
10. Marques Andrade de Souza AP, Beserra da Costa Santos I, Guimarães Oliveira Soares MJ, Oliveira de Santana I. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados-Joeo Pessoa, Brasil. Gerokomos. 2010; 21(4):183-90.
11. Barros Araújo Luz MH, et al. Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia salud de la familia. Rev Cubana Enferm. 2014; 30 (2).
12. Olarte Suárez LJ, Lara Rojas MV, Páez Cruz EC, Velásquez Zapata AL, Muñoz Cardona MJ, Sarria Dulcey MJ. Necesidades de educación al cuidador de pacientes con una ostomía reciente en casa. Revisión sistemática. Medellín, Colombia. 2017.
13. Martín Muñoz B, et al. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Scielo. 2010; vol 19: 2-3.

-
14. Jimeno Gozalo N. Condicionantes de la respuesta de adaptación de las personas portadoras de una colostomía. 2017.
 15. Lezain JY. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Imsero: 2016.
 16. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40: 175-89.
 17. Misrachi C, Espinoza I. Utilidades de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada con Salud. Revista Dental de Chile. 2005: 96 (2); 28-35.
 18. Sánchez Gutiérrez AI. Colostomías: impacto en la calidad de vida de los pacientes. 2018.
 19. Alcalá Gutiérrez P. Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente. 2017.
 20. Cantero MdCT, López-Roig S, López MCN, Pastor MÁ, Aragón MM. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. Anuario de psicología. The UB Journal of psychology. 2004: 23-46.
 21. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación- Psicológica. 2012; 2(34):89-101
 22. Fernández Peña R. El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico. Universitat Autònoma de Barcelona: 2015.

-
23. Vinaccia Alpi S, Fernández H, Quiceno JM, López Posada M, Otalvaro C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica*. 2008; 26(1):125-32.
 24. Angarita OV, Escobar DG. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*. 2009;8(2).
 25. Del Pino, C R, et al. Manual para la elaboración y defensa del trabajo de fin de grado en ciencias de la salud. España. Elsevier. 2016.
 26. Luo B-J, Qin H-Y, Zheng M-C. Correlation between social relational quality and hope among patients with permanent colostomies. *Int. J. Nurs. Sci*. 2014; 1 (4): 405-9.
 27. Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, et al. The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *Eur J Onco Nurs*. 2017; 29: 47-52.
 28. Lumdubwong, Aporacha, Sirapo-ngam, Yupapin, Arpananthikul, Manee, et al. A comparative study of Friendship Therapy Group for thais with colorectal cancer and colostomies. *Pacific Rim J Nurs Res* 2014; 18 (2) 138-151.
 29. Kurowska K, et al. Orientación vital y apoyo social en personas con colostomía a causa del cáncer colorectal. *Oncología Contemporánea* 2008; 12 (5) 228-233.
 30. KeumHee Nam, et al. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound J* 2019; 16(1) 13-20.

-
31. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian J Palliat Care*. 2012; 18 (3):176-80.
 32. Sier M, F, et al. Home visits as part of a new care pathway (iAID) to improve quality of care and quality of life in ostomy patients: a cluster-randomized stepped-wedge trial. *Colorectal Dis*. 2017; 19(8): 739-49.
 33. Salomé GM, de Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *J. Coloproctology*. 2014; 34 (3):159-66.
 34. Konjevoda V, Zelić M, Munjas Samarin R, Petek D. City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire Validity and Reliability Assessment on a Croatian Sample. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(3).
 35. GordanaRepić, et al. Psychological and spiritual well being aspects of the quality of life in colostomy patients. *Vojnosanit Pregl* 2018; 75(6): 611-617.
 36. Kelman GB. The relationships among psychosocial adjustment, perceived social support, and quality of life in male and female adult survivors of colorectal cancer with an ostomy [9737466]. Ann Arbor: New York University; 1997.
 37. 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): 4 124-31.
 38. Ayalon R, Bachner YG. Medical, social, and personal factors as correlates of quality of life among older cancer patients with permanent stoma. *Eur J Oncol Nurs*. 2019; 38: 50-6.
 39. Yan MH, et al. Quality of life its influencing factors among chinese patients with
- ~ 45 ~

permanent colostomy in the early postoperative stage. Walters Kluwer Health, Inc. 2021, 45 (1).

40. Lium Dum, MD, et al. Effects of cognitive training and social support on cancer-related fatigue and quality of life in colorectal cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Integrative Cancer Therapies 2022; 21: 1-13.
41. Leyk, M, et al. 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):581-588.