

PERFIL BIOSICOSEXUAL Y SOCIAL DE LA PERSONA OSTOMIZADA QUE ACUDEN A MEDICÁNCER, MEDELLÍN 1995

Adela María Múnera Garcés^a
Bernarda Ospina de González^b
Dora Lucía Ramírez Restrepo^c
Eugenia Jaramillo Londoño^d
Jaime Londoño Echeverri^e

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de la investigación realizada sobre el Perfil bio-sico-social de la persona ostomizada, la cual se realizó con las personas que tienen ostomía definitiva y acuden al programa de rehabilitación de Medicáncer. Se describe la preparación pre y posoperatoria que recibieron, la manera como manejan la ostomía, las principales reacciones emocionales y los componentes de los autoesquemas: autoimagen, autoconcepto, autoeficacia y autoestima que influyen en su comportamiento. Se identifican además, las implicaciones sexuales y las modificaciones del núcleo familiar— características, ciclo vital, funciones y relaciones de la familia—.

Finalmente, se dan las conclusiones del estudio y las recomendaciones de acuerdo con los niveles de atención.

Palabras clave

Ostomía

Sexo

Autovaloración

-
- a. Enfermera Universidad de Antioquia. Terapista enterostomal. Universidad del Valle. Enfermera Medicáncer. Medellín.
 - b. Enfermera Magister Orientación y Consejería. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
 - c. Trabajadora social. Especialista en terapia familiar. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín Trabajadora social Medicáncer. Medellín.
 - d. Enfermera. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
 - e. Sociólogo Universidad San Buenaventura. Medellín. Sociólogo Medicáncer. Medellín.

Byo-psyco-social Profile of Ostomised Patients

Summary

The result of a research on "the byo-psyco-social profile of ostomised patients", who were selected from the Medicancer rehabilitation program and were diagnosed with definitive ostomy are presented in this article. The pre and post surgery preparation received by the patients; the way how ostomy is handled; the major emotional reactions; the components of the self-framework: the self concept, the self-performance, and the self-respect that influence on their behaviour are described. Furthermore, the sexual manifestations are identified as well as the features, vital cycle, functions, and relationships of the patients' family. Finally, the conclusions of this study and the recommendations according to the medical care levels are also stated.

Key words

Ostomy

Sex

Self concept

Las condiciones de vida, los hábitos alimenticios y el estrés han hecho que el cáncer de colon y de vías digestivas en Antioquia se ubique (en 1992), en el noveno lugar de prevalencia en la población entre 15 y 44 años; el tercer lugar entre 45 y 59 años y el segundo en la población de más de 60 años, las cuales generalmente terminan en ostomía permanente. En las estadísticas del Programa de Ostomizados de Medicáncer se encontró que el 60,5% corresponde a pacientes diagnosticados con cáncer de colon, recto y ano. Es importante resaltar, además, que el segundo lugar como causa de ostomía lo ocupan algunos de los efectos secundarios producidos por la radioterapia, 20% de los pacientes del programa.

La ostomía es una cirugía que implica pérdida corporal y cambios en los estilos de vida, que llevan a las personas a enfrentar una serie de situaciones adversas. A través de estudios y la experiencia, se ha observado como este procedimiento quirúrgico tiene repercusión en el rol social, familiar, afectivo, sexual y laboral.

Esta condición biológica, psicosexual y social, hace necesario que el personal de la salud proyecte con estas personas y su familia, el nuevo modelo de atención holística, que favorece la aceptación de su nueva situación física, su autoestima, sus relaciones interpersonales, lo que le va a permitir continuar con su vida personal, familiar, laboral y social.

Medicáncer es una institución privada sin ánimo de lucro que *busca «coordinar las actividades de lucha contra el cáncer y los programas relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas enfermas de cáncer y la investigación sobre el mismo»*. Es así como en cumplimiento de dicho objetivo se creó en 1986 un programa para las personas ostomizadas en el cual se les brinda una asistencia integral en los tres niveles de atención en salud. Para 1993, aproximadamente el 11,49% de los pacientes atendidos en la Institución, acudieron

a dicho programa. En la terapia grupal ha sido fundamental la permanente colaboración recibida de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Los resultados de este estudio redundarán en beneficio tanto de los profesionales que participan en el equipo de trabajo como de las personas ostomizadas, al aportar parámetros de cuidado integral que pueden influir en la calidad de vida. Además se pretende sentar una base que de origen a la realización de otros proyectos de investigación en casos similares, pues lo ideal sería completar el estudio de este perfil incluyendo a todas las personas ostomizadas del departamento de Antioquia, lo cual es una de las limitaciones de este trabajo.

Objetivo general

Describir el perfil biosicosocial de las personas con ostomía definitiva que participan en el programa de ostomizados de Medicáncer con el fin de elaborar pautas que faciliten su proceso de rehabilitación.

Objetivos específicos

1. Identificar los aspectos demográficos de las personas ostomizadas que acuden a Medicáncer.
2. Identificar las causas y tipos de estoma de las personas en estudio.
3. Conocer la preparación pre y posoperatoria recibida por ellas.
4. Describir la forma en que manejan su vida.
5. Identificar el tipo de complicaciones orgánicas.
6. Identificar las principales reacciones emocionales que manifiestan.
7. Conocer los componentes de los autoesquemisque influyen en su comportamiento.
8. Identificar las manifestaciones sexuales.
9. Identificar las características de composición de la familia.
10. Establecer la etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias.
11. Verificar la ejecución de las funciones familiares.
12. Identificar las relaciones que se dan en la familia.
13. Determinar la pertenencia y participación de la persona ostomizada en otros grupos sociales.
14. Aportar al personal que trabaja con personas ostomizadas, pautas de conducta que repercutan en una atención holística, basada en elementos claros y planificados acerca del perfil biosicosocial.

Metodología

Es un estudio descriptivo con un análisis cualitativo y cuantitativo. Inicialmente el estudio se planeó con 99 pacientes activos en el programa hasta junio de 1994, los cuales tenían ostomía definitiva, eran mayores de 18 años y vivían en el área metropolitana. La muestra corresponde a la población total a la fecha de inicio del proyecto, incluida una proyección a seis meses de doce pacientes nuevos hasta el mes de diciembre. Finalmente fueron 73 pacientes, el 79% de la población, quienes participaron en el estudio.

La recolección de los datos se realizó en forma de consulta individual efectuada en Medicáncer por un representante de cada una de las tres disciplinas (enfermería, psicología y trabajo social). Como herramienta se utilizó una entrevista estructurada, a fin de determinar aspectos relacionados con las áreas a evaluar como se menciona en los objetivos.

Una vez terminada la recolección de datos, se realizó un taller de sensibilización dirigido por una persona extraña al grupo, en el que se evaluaron los autoesquemasy la manera como estos se forman y se refuerzan desde la familia y/o su nueva condición física de ostomizado. Para esto se tuvo en cuenta una muestra al azar –de 30 personas– tomada de los encuestados, con la que se trabajó en forma grupal los diferentes aspectos que conforman los autoesquemasy, como son: autoconcepto, autoestima, autoimagen y autoeficacia. Este taller además de servir de retroalimentación a los pacientes, refuerza los elementos encontrados que conforman el perfil, permitiendo así la inferencia a todas las personas ostomizadas de Medicáncer.

Análisis de los resultados

Del total de la población se encontró que un 27,4% pertenece al sexo masculino y un 76,6% al sexo femenino. Una de las razones que se puede aducir al respecto es que en las mujeres este tipo de cirugía se realiza por presentar secuelas de irradiación de cáncer uterino, el cual corresponde al 20% de esta población.

El porcentaje de edades se encuentra concentrado principalmente en personas mayores de 60 años, 56,2%; en segundo lugar entre 40 y 49 años, 16,4% y un menor porcentaje entre 30 y 39 años, 5,5%; de 50 a 59 años, 5% y menor de 29 años, 1,4%. Con estos resultados, además de corroborar los estudios que muestran la presencia de cáncer de colon en la población mayor de 60 años, se señala que en el grupo de ostomizados la mayoría pertenecen a la población de la tercera edad, lo cual debe servir como base para la orientación en todo tipo de actividades que se recomienden.

En cuanto al estado civil, el 43,8% son casados; el 23,3% viudos; los solteros y separados tienen un igual porcentaje 13,7%; 4,1% pertenece a la unión libre y 1,4% a personas de comunidades religiosas. Quienes son casados y en unión libre tienen un promedio de convivencia en su relación de 21 años.

El grado de escolaridad de las personas ostomizadas del programa es bajo, si se tiene en cuenta que el 2,7% son analfabetas; el 12,3% sólo aprendieron las nociones básicas para poder firmar y hacer cuentas; el 27,4% apenas iniciaron la primaria y el 23,3% la completó. Un menor porcentaje se encuentra en aquellas personas con secundaria incompleta, 13,7%; un 12,3% se graduó de bachiller y un igual porcentaje, 4,1%, para aquellos que tuvieron estudios tecnológicos y universitarios.

El alto porcentaje de mujeres puede estar incidiendo en el hecho de que la principal ocupación que desempeña la persona ostomizada sea el oficio de ama de casa, 47,9%. En este mismo sentido se encontraron otro tipo de actividades

como empleado independiente la cual al igual que los pensionados, incluye un 20,5% de pacientes; los empleados dependientes corresponden al 6,8%. Es de anotar que un bajo índice de los encuestados manifiestan no tener ningún tipo de ocupación 2,7% y un 1,4% se encuentran desempleados.

Teniendo en cuenta que las creencias religiosas son de gran arraigo en este medio, un ítem de la investigación puntualizó sobre el cambio de credo religioso a causa de la ostomía y se encontró que solo el 2,7% contestó afirmativamente.

Aspecto biológico

En el momento del estudio, el tiempo que cumplían después del procedimiento era: menos de un año el 11%; de dos a tres años el 27,4% y más de tres años el 61,6%. Así mismo, la vinculación a Medicáncer era de menos de seis meses en el 4,1%; de seis meses a un año el 17,8%; de dos a tres años el 24,7% y más de tres años el 52,1%; datos que muestran como la mayoría de los ostomizados que llegan a la Institución han encontrado un espacio para iniciar el proceso de aceptación de la cirugía, involucrando la rehabilitación como un paso hacia el mejoramiento en la calidad de vida, dadas sus condiciones actuales.

La intervención quirúrgica de la ostomía se había realizado en el 26% de los casos en el Seguro Social y en igual porcentaje en hospitales del segundo nivel de atención del área metropolitana; el 23,3% en el Hospital San Vicente de Paúl; el 15,1% en una clínica particular y el 9,6% en el Hospital General de Medellín. Es importante destacar la igualdad en porcentaje entre el Seguro Social y los hospitales de segundo nivel localizados en el área metropolitana de la ciudad.

Confirmando la revisión teórica, la principal causa de ostomía para este estudio, 64,2%, correspondió al cáncer de colon y el 28,4% a lesiones traumáticas de colon, que obedecen a efectos secundarios posirradiación. De esta forma el tipo de estoma fue de 91,8% para colostomías y de 8,2% para ileostomías. El tratamiento de urostomía se presentó en un 2,7% de los encuestados y aunque no es un porcentaje significativo concuerda con la bibliografía revisada, la cual refiere que en este medio es un tratamiento quirúrgico no usual que obedece a la poca presencia de cáncer en vías urinarias y se relaciona más con fístulas posirradiación.

El 37% de los pacientes manifestó no haber recibido ningún tipo de orientación prequirúrgica y de quienes la recibieron, el 19,2% expresaron que fue insuficiente. Esta preparación prequirúrgica es necesaria para que la persona ostomizada esté en capacidad de asumir su autocuidado y su responsabilidad al aceptar dicha intervención. Entre los encuestados sólo el 16,4% recibió una asesoría especializada que además incluyó la demarcación del sitio del estoma, importante para que la persona ostomizada pueda realizar un buen proceso de rehabilitación, tanto físico como emocional. De quienes recibieron algún tipo de información antes de la cirugía, el 89,1% la recibió por parte del médico y el 10,9% fue preparado por el profesional de enfermería. Es importante resaltar que el 41,1% no recibió ningún tipo de preparación antes de la cirugía.

La ostomía es una cirugía que implica pérdida de una función corporal y cambios en los estilos de vida, que lleva a la persona a enfrentar una serie de situaciones

adversas que pueden empezar a prevenirse desde el mismo momento en que se demarca el sitio de ubicación del estoma; sin embargo, el 79,5% respondió que éste no les fue demarcado, lo cual puede influir en la alteración de la imagen corporal. Lo anterior se complementa con el hecho de que el 46,6% consideró que la calidad de la preparación recibida antes de la cirugía, fue insuficiente.

Durante la hospitalización es necesario continuar reforzando la enseñanza por el equipo de salud, sin embargo el 24,7% manifestó no haber recibido ningún tipo de educación y de quienes la recibieron, el 32,9% la consideró insuficiente. Esto se corrobora con las respuestas dadas en cuanto a otros aspectos: no recibieron educación respecto a la alimentación, el 61,6%; a la higiene, el 46,6%; al control de gases, el 69,9%; al control de olores, el 71,2%, al cuidado de la piel, el 75,3% y a los implementos, el 52,1%. Se agrega a esto las respuestas relacionadas con que no recibieron educación en el periodo de hospitalización sobre el aspecto social un 78,1%; el laboral, un 75,8%; el recreativo, un 78,1% y el sexual, el 74%. Por lo general, el equipo de salud considera que dar asesoría a la persona ostomizada es enseñarle únicamente la higiene del estoma y el cambio del implemento.

TABLA 1

Relación entre el tipo de información recibida durante la hospitalización y algunas manifestaciones de la persona ostomizada

Información	Suficiente	Insuficiente	No recibió
Manifestaciones			
La ostomía no funciona	33,3	33,3	33,3
Su manejo es imposible	20,0	40,0	40,0
Le causa fastidio	23,1	53,8	23,1
Le duele constantemente	42,9	42,9	14,3
Le estorba	44,4	22,2	33,3
Le altera la alimentación	27,3	45,5	27,3
Le irrita la piel	31,3	56,3	12,5
El dispositivo lo incomoda	28,6	42,9	28,6
La ostomía huele mal	25,0	40,0	35,0

Es mayor el porcentaje de estas manifestaciones cuando no ha habido información o ésta ha sido insuficiente.

El estudio muestra que las complicaciones físicas posquirúrgicas inmediatas son relativamente bajas. La más alta frecuencia corresponde a hemorragias y obstrucción con un 6,8% cada una. Entre las complicaciones más frecuentes después del egreso se encuentran en un 19,2% hernia; un 13,7% irritación marcada de la piel y un 11% constipación.

En los datos obtenidos referidos a dificultad para manejar el estoma, el 9,6% señaló la mala ubicación por estar muy abajo o en un pliegue de la piel. El dispositivo interfiere con la vida laboral en un 17,8% de los casos y con el uso de ciertas

prendas de vestir que antes llevaba en un 31,5%. A pesar de todo lo anterior y de no existir servicios de terapia enterostomal en los hospitales, es posible inferir, a través de la experiencia y el bajo porcentaje de complicaciones encontrado, que la técnica quirúrgica como tal es bien realizada.

En el proceso de rehabilitación, establecer un horario para la alimentación aporta beneficios para el control del estoma; los resultados de la investigación reportan que el 49,3% no han asumido su conveniencia, ya sea por falta de información o por ser parte de su perfil. Uno de los objetivos de estos programas deben tender a disminuir este porcentaje y aumentar el de un horario establecido, que en este caso es de 50,7%. También deben ser orientados a un mejor balance de los alimentos, aumentando el consumo de frutas para obtener una mejor digestión y un mejor control en el número de deposiciones, como lo han venido haciendo un 40,3% de los encuestados, quienes también aumentaron el consumo de agua en un 62,7%.

Es necesario que las personas ostomizadas aprendan a reconocer los alimentos que modifican el funcionamiento intestinal. Es así como en este estudio el 80,6% expresó que reconocía los alimentos que le dan mal olor a la materia fecal; el 79,1% los que producen gases; el 68,7% los que aumentan la frecuencia de la deposición; el 52,2% los que ayudan a controlar el estreñimiento y el 62,7% los que ayudan a controlar la diarrea.

TABLA 2

Relación entre el tiempo de ser ostomizado y el reconocimiento de los alimentos que modifican la digestión

	Años		
	0-1	2-3	>3
Alimentos que producen mal olor	13,0	22,2	64,8
Alimentos que producen gases	9,4	26,4	64,2
Alimentos que aumentan la deposición	8,7	28,3	63,0
Alimentos que controlan el estreñimiento	14,3	31,4	54,3
Alimentos que controlan la diarrea	9,5	21,0	59,5

En la tabla 2 se puede evidenciar que a mayor tiempo de ostomizado hay un mayor reconocimiento de los alimentos apropiados para cada organismo en particular, lo que permite una mayor calidad de vida, personal y sociofamiliar.

En la medida que la persona asuma su autocuidado también aprende que para la higiene del estoma sólo necesita agua y jabón como lo hace el 100% de los encuestados. Igualmente aprendieron a cuidarse la piel un 50,7%; un 47,9% utiliza cremas para protegerse y un 30,1% no requiere utilizarlas.

Un aspecto interesante en estas personas es el hecho de que el 61,6% no utiliza nada para el control de olores; el 67,1% no utiliza nada para el control de gases; el 46,3% no tiene que hacer nada para el control de la deposición; el 32,8% no

emplea nada para el estreñimiento; el 41,8% no ha tenido estreñimiento y el 34,3% evacúa el intestino un vez al día; el 32,8% ya no realiza la dilatación y el 56,6% la efectúa una vez por semana. En el periodo de rehabilitación, el dispositivo empleado para la recolección de la materia fecal hace parte fundamental del proceso de adaptación y aceptación de la ostomía. De los diferentes implementos que hay en el medio, el 58,9% utiliza el cinturón de colostomía; el 15,1% el dispositivo de dos piezas con barrera protectora de piel y el 9,6% tienen un buen control de su deposición, no necesitando dispositivo. El 76,7% expresó sentirse satisfecho con el dispositivo que utilizaba.

Aspectos psicosexuales

Interpretando los datos cualitativos y cuantitativos del área psicosexual, se encontró que como parte de la estructura de personalidad de la persona ostomizada se presentan cambios constantes que se reflejan en su comportamiento. Así, se encontró que el 42,5% pasaba de estados de alegría a tristeza, lo que lleva a deducir que son personas emocionalmente lábiles. Otro porcentaje a considerar es la impulsividad dada en un 31,5%, lo que determina un bajo nivel de tolerancia.

Se observan manifestaciones de comportamientos contrarios al anterior, como son sentimientos de soledad, 24,7%, que se interpretan como un mecanismo de defensa en el ostomizado cuando tiene que asumir nuevos comportamientos. Al analizar los sentimientos que generó el acto quirúrgico y retomando las anteriores conclusiones se observa que la tristeza se presentó en el 79,5% de los casos; llanto en el 67,1%; cansancio general y trastorno de sueño en el 61,6%; retraimiento en un 46,6%; pérdida del apetito en 45,2%; ideas de muerte e inhibición psicomotriz en el 37% y autorreproches en el 32,9%. Coincidiendo con otros estudios y los conceptos dados por estudiosos del tema Además, estos sentimientos tienen respuestas diferentes según la edad como puede observarse en la tabla 3.

TABLA 3

Relación entre la edad y algunas reacciones emocionales de la persona ostomizada

	Años				
	<29	30-39	40-49	50-59	>60
Llanto	100,0	75,0	83,0	73,3	58,5
Cansancio	100,0	50,0	75,0	80,0	51,3
Tristeza	100,0	75,0	75,0	86,7	78,0
Trastorno del sueño	100,0	75,0	50,0	53,3	65,7
Pérdida del apetito	100,0	25,0	41,7	53,3	43,9
Retraimiento	100,0	25,0	41,7	66,7	41,3
Inhibición psicomotriz	100,0	25,0	58,3	46,7	26,8
Autorreproches	100,0	25,0	41,7	26,7	31,7
Ideas de muerte	0,0	25,0	58,3	46,7	29,3

El llanto, el cansancio, la tristeza y los trastornos de sueño se presentan en todas las edades por encima del 50%. En el grupo entre 30 y 39 años es en el que menos se presenta pérdida del apetito, retraimiento, inhibición psicomotriz, autorreproches o ideas de muerte, dato de consideración que amerita ser explorado en evaluaciones posteriores con el paciente, incluso en las fases pre y posdiagnóstica. Para los mayores de sesenta años el trastorno del sueño representa el porcentaje más alto, 65,9%, siendo un estado importante para los adultos, debido a que se asocia con tranquilidad y estabilidad emocional.

La falta o ausencia de estimulación y refuerzo en las edades tempranas del desarrollo, hacen prever que procesos y cambios de vida, como la cirugía, son más difíciles de asumir y afrontar; así lo corroboran las respuestas dadas por las personas ostomizadas cuando hacen referencia a que a un 43,8% no le enseñaron a quererse a sí mismo; a un 38,4% no le enseñaron a cuidar su aspecto personal, lo que se refleja en falta de confianza y seguridad en sí mismo manifestándolo en la actualidad con las reacciones emocionales antes descritas y falta de aceptación de la ostomía.

Luego del proceso quirúrgico se observa un cambio de los autoesquemas, entre ellos el autoconcepto, marcado por una connotación negativa en aspectos relacionados con el futuro en un 38,4%, pues se percibe la cirugía como algo que generó desfiguración, 35,6%, lo que altera la autoimagen y el autoconcepto. El 28,8% también ve con connotación negativa su vida afectiva, un 28,8% asociado a ideas de muerte y un 27,4% como forma de evadir su situación real de ostomizado, así mismo la negación a establecer vínculos y lazos afectivos que ameriten su participación.

La autoimagen se ve alterada por diferentes percepciones. Es significativo el porcentaje obtenido al respecto, ya que este impacto se evidencia en: olor desagradable 74%; alteración del aspecto físico, 64,4% y del aspecto estético 61,6%; utilización de equipo de aseo 56,2%; incomodidad física 54,8%; además, el 45,2% tienen una percepción de mala presentación personal y miedo a que los descubran en el medio en que se desenvuelven.

En lo expresado en el taller respecto a su autoimagen, se percibe una tendencia mayor de afectación en la mujeres que en los hombres, que se explica en parte por el estilo y forma de ropa que usaban antes de la cirugía, ya que según lo expresan, no pueden destacar las partes físicas que les gustan de sí mismas – las piernas, las caderas– aunque algunas consideran que también influye la edad en que se encuentran que no les permite disfrutar o regocijarse de su cuerpo.

Los datos anteriores son corroborados por los porcentajes arrojados al observarse que en el 41,1% se presentaban cambios del autoconcepto; el 37% en autoeficacia y el 16,4% en autoestima. La falta de autoestima se ve reflejada en la imposibilidad de autoelogiarse y reconocer los logros personales. Lo que lleva a que estos componentes se fusionen en un todo indisoluble alterando el núcleo principal de autovaloración, percibiéndose como personas diferentes.

La confianza en sí mismo se manifiesta con sentimientos de angustia en un 45,2% y reacciones como: revisarse constantemente la ostomía el 64,4%, evitar contacto

físico el 49,3% y un 53,4% tienen la sensación de que huelen mal; estos comportamientos los canalizan a través de la agresividad verbal, 34,2%, como respuesta motora a un componente de ansiedad.

Analizando los resultados es posible concluir que la alteración de los autoesquemas, por el proceso quirúrgico, conlleva a una serie de reacciones y respuestas emocionales que generan una tendencia a la depresión, alterando los vínculos afectivos en un 46,6%; sociales en el 42,5%; sexuales en el 49,3% y en un menor porcentaje, 19,1% los laborales.

El área sexual puede tener cambios en las personas ostomizadas. Solo el 2,7% dice que este aspecto aumentó; el 32,9% dice que disminuyó y un 20,5% sigue igual. El 8,2% no sostienen relaciones íntimas ahora y el 35,6% no tenía este tipo de expresión sexual antes de la ostomía. La impotencia como alteración orgánica de la respuesta sexual después de la ostomía, la presentaron el 12,8% y la impotencia emocional el 14,9%. La sensación de disminución del placer sexual se dio en el 59,6% de los casos, atribuida como consecuencia del proceso quirúrgico. Después de la ostomía han sentido miedo a perjudicar el estoma el 46,8%; disminución de la libido el 63,8%; fatiga física el 44,7%; miedo a que le vean el estoma el 46,8%; rechazo de la pareja el 53,2% y rechazo a su pareja el 27,7%. Ante el contacto sexual el 49,3% lo evaden; tienen vergüenza el 29,8%; repugnancia el 25,5% y temor un 46,8%.

La capacidad para establecer vínculos sexuales disminuyó en un 47,9%; la expresión de emociones a nivel de pareja disminuyó en un 32,9% y el 75,3% dice que evita que lo vean desnudo.

Es de anotar que todas las personas ostomizadas entrevistadas del sexo masculino tenían *vida sexual activa* antes de la ostomía y, en cambio, un 49,1% de las mujeres no la tenían. En este medio es fácil para el hombre ejercer su sexualidad en forma activa más no para la mujer, pues aun estando separadas, viudas o solteras no tienen esa expresión o al menos no la refieren. Generalmente la mujer tiende a sublimar la libido. Al buscar la relación que se da entre sexo y vida sexual activa sólo hay diferencia significativa entre quienes dicen que ya no la tienen a causa del estoma, que corresponde a un 33,3% para el sexo masculino y 66,7% para el sexo femenino.

TABLA 4

Principales reacciones de la persona ostomizada
frente a la sexualidad según el género

	Másculino	Femenino
Se revisa constantemente	60,0	66,0
Agresión verbal	40,0	32,1
Agresión física	10,0	17,0
Evita el contacto físico	50,0	49,1
Evita las relaciones sexuales	45,0	43,4
Evita caricias	40,0	35,8
Evita verse desnudo	35,0	56,6
Evita que lo vean desnudo	85,0	71,7
Es dependiente	40,0	26,4

En el sexo masculino el que lo vean desnudo tiene el mayor porcentaje 85% y el femenino 71,7% siendo para ambos la reacción más manifiesta. La agresión física tanto para el sexo masculino, 10%, como para el femenino, 17% son las que menos se presentan. En el sexo femenino se evita más el verse desnudo, 56,6%, comparado con el sexo masculino, 35%.

Aspectos socio familiares

Estructuras tipológicas

La mayoría de los pacientes, el 76,7%, pertenecen a familias pequeñas –uno a cinco miembros y sólo el 2,7% pertenecen a grupos grandes. Es importante destacar que 2 personas, el 2,7%, viven en una institución religiosa y en un asilo de ancianos respectivamente.

Aunque son familias de pocos miembros y se pudiera pensar en un reducido recurso humano interno para el cuidado del paciente, se observa que el 42,4% corresponde a familias extensas en las que conviven más de dos generaciones, entre las cuales se pueden constituir lazos de solidaridad, cooperación y soporte afectivo en las diferentes actividades familiares. De este modo en estas familias coexisten parentescos de afiliación tales como nueras-yernos, cuñadas o suegros y de consanguinidad como padres-madres, nietos, sobrinos y hermanos. Es posible deducir que en general son grupos de un promedio de edad menor a los 50 años en su mayoría, 62%.

Las familias nucleares completas se constituyen en el 24,7% de la población y la incompleta en el 21,8%, destacándose en ésta, la diada materna con un 10,9%, la pareja con 6,8% y el sistema fraterno con el 4,1%. Esta última tipología, relacionada con la edad promedio de la población estudiada, tiene que ver con una de las estructuras presentes en este medio como es la presencia de dos o más hermanos ancianos viviendo bajo el mismo techo. Esta situación familiar

puede de un lado, permitir la cohesión, estabilidad y armonía y de otro, significar conflictos de autoridad que exijan repartir y compartir funciones.

El 5,5% viven solos, algunos de estos en compañía de la empleada del servicio. En esta forma tipológica aparece nuevamente la tercera edad, en la cual se puede presentar pérdida de los lazos familiares que conserven la unidad y conlleva en muchos casos al aislamiento progresivo, sentimientos de soledad y abandono.

El 61,5% de las personas desempeñan en sus familias un rol paterno; el 12,3% asumen el rol de cónyuge sin la presencia del sistema fraternal y 8,2% son hijos. Como una característica de las familias extensas, el resto de porcentajes se ubican en el papel de nuera-yerno y hermana(o) del paciente.

Ciclo vital familiar

Considerando las características generales de esta población en edad y tipo de enfermedad, es posible deducir y de hecho se comprobó en el estudio, que son familias que atraviesan en su mayoría el ciclo vital de la vejez, 82,1%; al correlacionar este dato con el hecho de que el 42,4% son familias extensas se hace comprensible que en el 26% de los casos coexistan las etapas de vejez-infancia y en el 27% vejez-adolescencia. Este cruce de ciclos vitales se convierte en un factor de riesgo adicional para la dinámica familiar, pues es necesario asumir a un mismo tiempo diferentes requerimientos y necesidades concernientes al proceso de crecimiento de sus miembros: infancia, adolescencia, adultez y vejez, con una crisis externa como sería el diagnóstico de cáncer y/o la ostomía. Al 8,2% pertenecen las familias en etapa de salida de los hijos del hogar y al 2,7% el cruce de la anterior etapa con la infancia. Esto permite inferir que de todas formas son familias que se encuentran en los últimos niveles de desarrollo como grupo, en los que sobresale la presencia de personas adultas y de personas ostomizadas adultas.

Las etapas de matrimonio y nacimiento e infancia de los hijos tienen igual porcentaje, 1,3%; el ciclo vital de adolescencia ocupa el 4,1%. Referencias que se deben tener en cuenta, pero que no arrojan un valor significativo que resaltar.

Funciones familiares

Todos los miembros de una familia, tanto hombres como mujeres, tienen una función individual y a la vez interdependiente y recíproca que deben cumplir. La ostomía en razón de la relación que tiene en este caso con la enfermedad del cáncer, es considerada como causal para que se de una interrupción en estos roles. Sin embargo, al tratar de mirar las funciones familiares, antes y después de la ostomía, se encuentra que no hay cambios significativos, indicadores de que el ostomizado dejó de participar o por el contrario comenzó a realizar actividades que no hacía en otros momentos. Esta situación posibilita inferir varias situaciones: 1) la mayoría de estas personas son mujeres que desempeñan el papel de amas de casa, que en esta cultura es una función de género muy arraigado, y que además no se les permite abandonarlo ni siquiera temporalmente por un proceso de recuperación y 2) la mayoría son pacientes operados hace

más de 3 años, lo cual permite pensar que han restablecido el equilibrio en el funcionamiento familiar.

Función de crianza y socialización

Las tareas domésticas están y estuvieron en cabeza principalmente del ostomizado en el 54,8%, al igual que el cuidado de los niños, 20,5%. Para este medio en familias extensas con un miembro anciano, como en el presente caso, estos son papeles destinados a los viejos, quienes se encargan del cuidado de la casa y de los nietos, mientras sus hijos trabajan fuera del hogar.

En segundo lugar se encuentra el cónyuge, especialmente de los pacientes ostomizados hombres, como aquel que realizó y realiza las tareas domésticas, 19,2%, desempeñando en el momento de la cirugía una doble función de cuidador del paciente y del hogar.

Se debe destacar que un 11% de hijos y un 6,8% de hermanos cumplen el papel de apoyar en los quehaceres domésticos. Y un 8,2% de hijos, 6,8% de hermanos y 5,5% de esposa (o) colaboran con el cuidado de los niños.

La conexión escuela-familia a través de la asistencia a las reuniones escolares de los niños, está principalmente a cargo del ostomizado en un 13,7%; participan de ella el cónyuge en un 6,8% y los hijos del ostomizado en un 9,6%. Aunque el ostomizado como abuelo, se encarga del cuidado de los niños y las reuniones escolares, es importante señalar que quienes se ocupan principalmente de ayudarlos en la realización de las tareas, son los hijos (padres y/o tíos del niño) en un 13,7%. También colaboran en este sentido la persona ostomizada y el cónyuge en un 8,2% y 6,8%, respectivamente. Esto le disminuye la posibilidad de participar del proceso de aprendizaje escolar como proveedor de saberes. Esta situación genera una imagen negativa e improductiva que aumenta además, cuando esa persona está enferma y requiere de tratamiento y cuidados especiales.

Los niños no se han afectado por esta situación, ya que del 45,2% de familias en las que existe un miembro estudiante, sólo el 6,8% han reprobado el año escolar, y ha sido por dificultades de aprendizaje pues «no le gusta estudiar» o por «enfermedad del niño». Una razón para explicar la poca influencia de la enfermedad en el ajuste escolar de los niños está relacionada con el hecho de que la mayoría de las familias llevan un lapso mayor de tres años conviviendo con la ostomía y han tenido tiempo para reacomodarse. Igualmente se puede presentar como posibilidad, que los estudiantes de ahora estuvieran muy pequeños y no participaran de actividades escolares o que ni siquiera hubieran nacido.

Función económica

El proveedor encargado de proporcionar los recursos físicos y materiales para la supervivencia es y ha sido el ostomizado en un 32,9%, es precisamente en este tópico en el que se encuentran pequeños cambios, tales como: el 4,1% realizaban esta función y ya no lo hacen, el 6,8% lo comenzaron a hacer después

de la ostomía. Los hijos se hacen cargo de la función económica en un 30,1%, porcentaje muy similar al presentado por la persona ostomizada.

El cónyuge es y fue proveedor en el 23,3%. El 9,6% dejó esta función después de la cirugía y el 1,4%, por el contrario, comenzó a trabajar. Padres, hermanos, abuelos y otros –como vecinos o la comunidad religiosa– también ocupan un pequeño porcentaje como generadores de ingresos económicos para la familia.

La actividad económica realizada por el ostomizado tiene la connotación de ser el ingreso principal de la familia en el 23,3% de los casos, un ingreso auxiliar en el 16,4% y un ingreso ocasional en el 5,5%. De este modo, el paciente ostomizado, para la mayoría de las familias, es un importante recurso en la consecución de ingresos para la satisfacción de necesidades, algunos de ellos como empleados, 27,3%, y otros, 20,5%, son personas que por enfermedad o vejez cuentan con una pensión que les sirve de sustento. La ubicación laboral del principal proveedor económico ha sido como trabajador particular el 28%; como empleado el 23,3%, y 12,3% como obreros. Un 20,5% recibe pensión.

De estas familias, reciben más de un salario mínimo el 38,3%; un salario mínimo el 24,7% y solamente el 15% sobrevive con menos del mínimo. Este dinero es repartido para gastos principalmente de alimentación, el 54,8%; vivienda, el 16,4% y medicamentos, el 12,3% como principales rubros. Se presentan gastos en menor porcentaje para transporte, hospitalización, exámenes, servicios públicos, recreación y educación de los hijos.

La destinación de los gastos, aparentemente, no ha tenido mayor cambio pues el 75,3% de las personas ostomizadas consideran que ninguna parte del presupuesto se vio afectado por la cirugía. Esto se confronta al mirar que 35,8% tuvieron colaboración económica para su tratamiento de alguna institución que le ofreciera seguridad social como el seguro, medicinas prepagadas, cajas de compensación y departamentos de bienestar de algunas empresas de la ciudad. También costearon gastos los hijos en un 17,8% y los cónyuges en el 16,4%.

Cuentan en su mayoría, 68,5% con una residencia propia; el 4,1% se encuentra amortizando una deuda con una corporación para tener su casa propia; el 16,4% pagan arriendo; al 9,6% les prestan un lugar para vivir. El tipo de vivienda es casa en el 76,7%; apartamento en el 17,8%; el 2,7% viven en una institución y solamente el 1,4%, que corresponde a una persona que vive en un tugurio.

Función de normatización o autoridad

La persona que ejerce la autoridad es en un 63% el ostomizado, observándose una pequeña variación del 4,1% que eran cabeza de autoridad antes y un 5,5% después de la cirugía. En segundo lugar se encuentra el cónyuge ejerciendo la función normativa en un 27,4%; hijos y hermanos en un 6,8%. Consecuentes con lo anterior, está la toma de decisiones y la búsqueda de alternativas ante las dificultades de la casa. Esto es asumido por la persona ostomizada en un 63%, el cónyuge en un 31,5% y los hijos y hermanos en un 6,8%. La búsqueda de

solución a los problemas la realiza principalmente la persona ostomizada en un 64,4%, el cónyuge 26%, madre y hermanos en un 6,8%.

Esta capacidad de autoridad y poder, se encuentra fundamentada en un 56,2% en el rol que desempeña en la familia, en un 12,3% en la edad, en el 8,2% en la capacidad intelectual, en el 6,8% en el temperamento y en el 5,5% en el poder económico.

Es importante mencionar que para la solución de los problemas y la toma de decisiones también participan la madre y el padre en menor proporción 1,4% y la patrona en una paciente que es empleada del aseo y que ha asumido la educación de la hija de la paciente. En cuanto a la persona que realiza el cuidado de los niños y los educa está la persona ostomizada con un 31,5%, el cónyuge con 16,4%, los hijos en el 11% y la madre en el 4,1%, principalmente. Los castigos se dan físicamente en un 15,1%, 12,3% con consejos, 6,8% con privaciones, 5,5% con llamadas de atención y se destaca el 6,8% que no reprenden a los niños. A pesar de ser en su mayoría personas de la tercera edad, no han sufrido la pérdida del control y la autonomía en las propias decisiones y en algunas que tienen que ver con la vida familiar, factor que se convierte en favorecedor de su autoestima y autoconcepto.

Función afectiva

El desarrollo de esta función se evidencia a través del sentimiento y la intimidad familiar. Es así como en estas familias se comparten caricias y besos en un 83,6%, celebraciones especiales en el 82,2% y los éxitos o fracasos obtenidos por los miembros en un 84,9%.

Relaciones familiares. La reacción más común cuando se presentan dificultades en la familia es de diálogo en el 54,8%, las discusiones en el 19,2%, el silencio en el 15,1%, la agresión en el 5,5% y el retiro y el aislamiento comparten el mismo porcentaje de 2,7%. Aunque la mayoría manifiestan pertenecer a familias en las que prima el diálogo para enfrentar las situaciones, existe también un alto porcentaje de familias en las que se reacciona en forma adversa al enfrentamiento de los problemas. Estos tipos de comunicación no han presentado cambios antes y después de la cirugía y afectan en última instancia no sólo el hecho de enfrentarse a la crisis que genera la ostomía de un miembro de la familia, sino al afrontar todos las dificultades de la vida cotidiana.

El 64,4% considera que la comunicación es suficiente y el 12,3% escasa. El 8,2% coinciden en una comunicación a la vez limitada y abundante; estas personas estiman que la familia dialoga en un 87,7% y le comunica los problemas en un 74%. Esto refuerza más el hecho de que la mayoría son cabeza y autoridad de familia que participa activamente en su dinámica, sin aislarse de los acontecimientos familiares en razón de su nuevo cambio de función orgánica, la ostomía.

En la familia de estas personas no se habla de la ostomía en un 60,3% y no le hablan de su cirugía en un 61,6%. La razón principal en ambas situaciones es que la ostomía pasa desapercibida en un 57,8%; esto puede deberse, a que

han transcurrido para la mayoría tres años de la cirugía y han podido quemar muchas de las etapas del proceso de adaptación. A estas respuestas se suman otras como no conocen el diagnóstico, el 17,8%; no desean preocupar al paciente, el 17%; no desean preocupar a otras personas de la familia, el 11,1%. Es importante resaltar que hablar de la ostomía es considerado un tema desagradable para tratar en familia en el 6,7% y en el 12,8% para tratar con la persona ostomizada.

El 91,8% de estas personas conoce su estado de salud, lo que facilita aún más el hecho de enfrentar los problemas a través del diálogo; es posible que el conocimiento de su situación permita que participen más activamente en su rehabilitación y sean más autónomos en el manejo de la cirugía y la utilización de los implementos.

El 87,7% consideran que la ostomía no produjo problemas familiares y el 78,1% que no se dieron cambios en ninguna de las actividades familiares. Esta postura se corrobora cuando al evaluar el autoconcepto, un 49,3% de estas personas expresó que no se presentaron cambios en su situación familiar; sin embargo es importante resaltar un porcentaje de 27,4% que conserva un concepto negativo relacionado con la vida familiar después de la ostomía. Los que consideran que si hubo cambios, 11%, señalan las actitudes de su familia como rechazo, depresión, dependencia, incomodidad, alteraciones sexuales con su pareja y en las actividades recreativas.

Los pacientes consideran que la persona que más los apoya con sus situaciones de salud son los hijos en un 28,8%; todos los miembros de la familia en un 26% y el cónyuge en el 21,9%. Si se retoma el estado civil y el rol desempeñado se puede constatar que los generadores de este soporte corresponden a su núcleo más cercano.

La forma como la familia busca distracción es principalmente a través de la televisión en un 34,2% y los paseos, 32,9%. Aparecen también la música con un 11%; deportes 9,6% y lectura 5,5%. La red de apoyo externo tiene que ver en su mayoría con la religiosidad de esta cultura al pertenecer a grupos de oración el 9,6%; de la tercera edad el 5,5%; y de acción comunal y voluntariados el 4,1%. Sin embargo, estos son porcentajes muy bajos si se tiene en cuenta que en un 54,8% no se relacionan a través de grupos de la comunidad.

Conclusiones

El perfil biopsicosocial de las personas con ostomía definitiva que acuden al programa de rehabilitación de Medicáncer y, respondiendo a los objetivos trazados para esta investigación, está configurado así:

La proporción de mujeres que acuden al programa es casi tres veces mayor que la de los hombres, estando la mayoría por encima de los sesenta años. Tal vez en virtud de esto se encuentra que la ocupación está centrada en las labores domésticas. En general son personas de un bajo grado de escolaridad, en quienes prima como estado civil el matrimonio.

La causa del estoma es principalmente cáncer de colon, seguida de lesiones traumáticas de colon que obedecen a efectos secundarios posirradiación, siendo casi en su totalidad colostomizadas. Dado que no se presentaron complicaciones clínicas relevantes, se puede decir que la técnica quirúrgica como tal es bien realizada.

Estas personas recibieron poca preparación pre y posquirúrgica, incluyendo la no demarcación del sitio del estoma. Durante la hospitalización no tuvieron una asesoría adecuada para su nueva condición en lo pertinente a lo social, laboral, recreativo y sexual.

En la medida en que estas personas reciben asesoría adecuada y oportuna, mejora su calidad de vida. Ello es demostrado al incluir en su autocuidado el reconocimiento a los alimentos que producen mal olor y los que producen gases; la buena práctica del aseo de su estoma y el control de su deposición. Además han aprendido a utilizar el dispositivo permitiéndoles llevar una vida más tranquila.

En el plano psicológico, las reacciones principales son el bajo nivel de tolerancia, la disminución de la capacidad para establecer vínculos afectivos, la soledad, la tristeza y el llanto. Otras manifestaciones se relacionan con la disminución o cambios de los autoesquemas: autoconcepto, autoimagen, autoestima y autoeficacia.

El aspecto sexual tiene un componente negativo, que se manifiesta principalmente por la disminución de la libido y por tanto del placer sexual. Esto va acompañado de dificultades para establecer vínculos, por el rechazo a la pareja y de su pareja. Durante las relaciones íntimas se presenta temor a perjudicar el estoma y miedo a que se lo vean, evitando que lo observen desnudo. La frecuencia en las relaciones íntimas disminuye. En bajos porcentajes se presenta en el hombre impotencia psicológica y orgánica.

Pertenecen a familias pequeñas de uno a cinco miembros y un buen porcentaje a familias extensas en las que conviven más de dos generaciones. En su mayoría atraviesan por el ciclo vital de la vejez y la coexistencia de ésta con la infancia y la adolescencia, evidenciando la presencia de grupos en las últimas etapas del desarrollo que deben asumir a un mismo tiempo, las necesidades y requerimientos de familias en el inicio de su formación.

Realizando un análisis de las funciones familiares, no se encuentran alteraciones significativas que demuestren un cambio en los roles que se venían desempeñando antes y después de la cirugía, lo que permitió lanzar como supuesto explicatorio el hecho de que son personas operadas hace más de tres años que han tenido la posibilidad de restablecer el equilibrio familiar en ese tiempo.

Un buen número desempeñaban y aún lo hacen, un rol paterno en su familia. De esta forma las funciones que tienen que ver con lo económico, la crianza y socialización de los hijos, la autoridad y la toma de decisiones, están en primera instancia en cabeza de la persona ostomizada, quien las comparte además con su hijos o cónyuge. Esto señala que a pesar de ser personas en su mayoría en

edad de vejez y ostomizados, aparentemente no han sufrido la pérdida de control y autonomía en las decisiones que tienen que ver consigo mismo y con la vida en familia. Aunque los datos obtenidos muestran que la familia de la persona ostomizada mantiene una relación basada en el diálogo, en la que el diagnóstico, la cirugía y demás temas familiares son tratados abiertamente, no se puede considerar concluyente debido a la presencia de algunos ítems que muestran dificultades especialmente en el contenido y la forma. Es importante aclarar que el tipo de investigación rescata la necesidad de profundizar más en las relaciones familiares e indagar específicamente los diferentes aspectos que componen la comunicación.

La mayoría de las personas del programa no se relacionan con la comunidad a través de grupos, sin embargo se observa un bajo porcentaje que asiste a reuniones de oración, de la tercera edad y acciones comunales.

Recomendaciones

Nivel de promoción de la salud. Dado que Medicáncer es una institución de reconocida trayectoria en la ciudad, vale la pena divulgar sus beneficios con respecto a las personas ostomizadas en otros servicios de salud, a través de convenios o contratos de prestación de servicios tanto de las Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS- como de las Entidad Promotora de Salud -EPS- existentes hasta el momento.

En el currículum de las universidades que forman profesionales en el área de la salud, se debe dar una formación integral, permitiendo su acercamiento, conocimiento y experiencias en los aspectos psicosexuales de la persona ostomizada y el manejo de grupos de apoyo a la par con su práctica.

Nivel de prevención de la salud

Elaborar programas, junto con las EPS y la comunidad en general, sobre promoción y prevención de factores de riesgo tendientes a disminuir el cáncer del aparato digestivo inferior, que generalmente requiere la colostomía. En las mujeres sometidas a irradiación por cáncer de útero y que posiblemente han de ser remitidas a colostomía, iniciar una preparación adecuada para ello.

A excepción de los casos urgentes, toda persona que va a ser sometida a una colostomía o ileostomía debe prepararse para su cambio de vida, que incluye su aspecto biológico, sicosexual y social ojalá con los profesionales de cada disciplina, pues de acuerdo a este perfil, se establece un manejo específico y oportuno.

La familia más cercana de la persona que va a ser ostomizada debe participar de esta preparación, especialmente su pareja si la tiene, pues se altera bastante su vida sexual.

Nivel de asistencia

Las IPS deben capacitar al profesional de enfermería del área específica de quirúrgica, ojalá a través de una terapeuta enterostomal, para atender las personas que van a ser sometidas a ostomía, ya que con esto se pueden disminuir los costos y complicaciones, mejorando la calidad de vida.

Nivel de rehabilitación

Como parte del programa de rehabilitación que se tiene en Medicáncer, se deberían incluir sesiones con la familia en las que se de no sólo la educación acerca del cuidado y manejo del estoma, sino permitir la comunicación en cuanto al diagnóstico y al procedimiento quirúrgico realizado. Esto tiene como fin la verbalización de sentimientos, temores y dudas con respecto a la situación que están viviendo y por tanto un mejor acompañamiento hacia el proceso de aceptación.

Bibliografía

ARAGONES, A.M, RICHART, M. CARTAGENA, E. Efectos del uso del obturador "conseal" sobre variables físicas y psicosociales en pacientes ostomizados. En: Revista Rol de Enfermería. Vol. 14, No. 154, Barcelona. (1991); p. 27-29.

ARTEAGA BARRANTES, Amanda, GALE G. Rosa y MONTOYA, Estela. Aportes desde la teoría sicodinámica a la terapéutica del paciente que padece carcinoma de colon y recto. Universidad de San Buenaventura, Medellín. 1988, 247 p.

BECKERMAN, Brigid. Enfermería del estoma. España: Interamericana, 1987, 221p.

BOCCARDO, Luciana María, NOGUERA, Sueli, DOS Santos, Edniza. Aspectos da reinsrcáo social do ostomizado. En: Revista da Escola de Enfermagem da U.S.P. Vol. 29, No. 1, Brasil (Abril 1995); p. 59-71.

CANAVAL, Gladys Eugenia. Organización del programa ambulatorio para el manejo y rehabilitación de personas con estomás. En: Perspectiva-proceso-enfermedad. Tunja. Vol. 6 No. 2, (1991); p. 13-20.

CARDA ABELLA, Pedro. Cáncer del aparato digestivo. Manual de oncología básica. España: Editorial G. Monterreina, 1989, p.123-131.

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÖN: La plenitud sexual. En: Venciendo Barreras. Vol, 7 No. 3, Santafé de Bogotá (1994); p. 8-10.

CHAMORRO, Terry. Cáncer y la sexualidad. Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. España: Editorial Gráficas, DIBE, 1993, p. 147-155.

DIC TRILL, María L. Aspectos psicosociales del cáncer. Manual de oncología básica. España: Editorial G. Monterreina, 1989, p. 249-256.

DOERING, Kathlen y La Mountain, Patricia. Protocolo de cuidados para el paciente ostomizado. En: Nursing. (edición en español) Vol.3, No. 5. (Junio 1985); p. 25 - 27

FLIEGEL et al. Métodos standar de la terapia del comportamiento. Bogotá: Unión gráfica editores. 1990, 23 p.

FOWILIS, W. MARBEY, J. F. Elderly ileostomist and their social problems. En: Journal Clinic Gastroenterology. Vol.12, No. 3. (Junio 1990); p. 276-278.

GIMERO L, Eva, ACERO, Edita, JAM, Rosa. Colostomías continentes y calidad de vida. En: Revista Rol de Enfermería. Vol. 12, No. 131. VII-VIII 1989, p. 5966.

HIGAR ABELLA, María Dolores. Aproximación a la ostomía. En: Revista Rol de Enfermería. Vol. 11 No. 118. VI, (1988); p. 41-56.

KOLODNY, Robert, MÁSTER, W. JHONSON, Virginia y BIGGS, Mac. Función sexual después de la colostomía. Manual de sexualidad. Madrid: Editorial Pirámide, 1982, p. 212-217.

KRUMM, Sharon. Adaptación psicosocial del adulto canceroso. En: Clínicas de Enfermería de Norte América. Editorial Interamericana. Vol. 4 XII de 1982, p. 799-806.

LA ROSA, Jorge. Evaluación del autoconcepto. En: Revista Latinoamericana de sicología. Vol. 23, No. 1, 1993, p. 15 - 30.

MARTÍNEZ POYATO, M. C.y MERCADER Martínez, J. La sexualidad del paciente ostomizado En: Revista española de enfermedades digestivas. Tomo 78, No. 4. (Octubre, 1990); p. 210 - 214.

MOLINA GARCÍA, Ana María . Atención integral al paciente ostomizado. España. 1992. p.17-21.

MURILLO CAPITAN, Enrique. Rehabilitación del enfermo con cáncer. Manual de oncología básica. España: Editorial G. Monterreina 1989; p. 241-247.

OCHOA, María Cecilia. Sexualidad y limitación. En: Venciendo Barreras. Santafé de Bogotá. Vol. 6, NO. 2 VII- XI, 1993, p. 21-23.

OLAZABAL U, Juan Carlos. Sexualidad y paciente oncológico. En: Revista Rol de Enfermería. Vol. 11, No. 116, Abril, 1988. p. 27-31.

ORTIZ H et al. Indicaciones y cuidados de los estómagos. Barcelona: Jims, 1989. 372 p.

PEREZ GARCÍA, Santiago, CASIÖN , Juano y BARBERO G, María. Atención integral al ostomizado: evaluación de un programa. En: Revista Rol de Enfermería. Vol.16, No. 183 (noviembre 1993); p. 20 - 24.

RISO, Walter. Aprendiendo a quererse a si mismo. Bogotá. 1990, p. 230.

SHERMAN, C. D. Jr. y GREENGERG R. Rehabilitación. Manual de oncología clínica. Barcelona: Editorial Doyma, V edición. 1992, p. 164-169.

SUN REDFIEL, Carol, REILLY Nary. Cáncer colorectal. Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. España: Editorial Gráfica DIBE 1993, p. 202-212.

Fecha de recepción: octubre de 1996.