

Universidad de Granada
**CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE,
CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)**

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN
MULTIDISCIPLINAR E INNOVACIÓN EN PROCESOS DE DISCAPACIDAD,
DEPENDENCIA Y FIN DE VIDA



Tesis Doctoral

La experiencia de portar un estoma digestivo: metasíntesis cualitativa y análisis de diagnósticos de enfermería.

The experience of having a digestive stoma: Qualitative metasynthesis and analysis of nursing diagnoses.

Concepción Capilla Díaz.
Granada, 12 de Septiembre de 2017.

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Concepción Capilla Díaz
ISBN: 978-84-9163-590-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/48525>

Tesis doctoral

La experiencia de portar un estoma digestivo:
metasíntesis cualitativa y análisis de diagnósticos de
enfermería

Presentada por

Concepción Capilla Díaz

Directores

Dra. María Nieves Pérez Marfil y Dr. César Hueso Montoro

12 de Septiembre de 2017

El doctorando / The doctoral candidate Concepción Capilla Díaz y los directores de la tesis / and the thesis supervisor/s: Dr. César Hueso Montoro y Dra. María Nieves Pérez Marfil. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones./ Guarantee, by signing this doctoral thesis, that the work has been done by the doctoral candidate under the direction of the thesis supervisor/s and, as far as our knowledge reaches, in the performance of the work, the rights of other authors to be cited (when their results or publications have been used) have been respected.

Lugar y fecha / Place and date: Granada, 9 de junio de 2017.

Director de la Tesis / Thesis supervisor/s

Doctorando / Doctoral candidate

Firma / Signed:
César Hueso Montoro / M^a. Nieves Pérez Marfil

Firma/Signed:
Concepción Capilla Díaz

Indicios de Calidad

Esta tesis está asociada al proyecto “*La experiencia de portar un estoma digestivo y su relación con metodología enfermera. Metaestudio cualitativo e implementación de evidencias Q a través de vías clínicas*” (PI-2011-0564), financiado por la Fundación Progreso y Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en su convocatoria del año 2011.

Así mismo y paralelamente a la preparación de esta tesis se han elaborado los siguientes trabajos científicos:

Póster 1

Capilla Díaz, C., Bonill de las Nieves, C., Montoya Juárez, R., Gálvez González, M., Martín Muñoz, B., Sánchez Crisol, I., Rivas Marín, C., Reina Leal, L.M., Pérez Marfil, M.N., & Hueso Montoro., C. Metaestudio cualitativo e implementación de vías clínicas con metodología enfermera. La experiencia de portar un estoma digestivo. V Encuentros Hispano Cubano en Ciencias de la Salud. Cienfuegos, Cuba. 29-31 de enero de 2013.

Póster 2

Capilla Díaz, C., Bonill de las Nieves, C., Gómez Urquiza, J.L., Hernández Zambrano, S.M., Montoya Juárez, R., Gálvez González, M., Martín Muñoz, B., Sánchez Crisol, I., Rivas Marín, C., Reina Leal, L.M., Pérez Marfil, M.N., & Hueso Montoro., C. The patient experience of having a digestive stoma and its relation with nursing practice. Qualitative Metastudy and implementation of Q evidence through clinical pathways. Research Student Conference School of Health & Social Work. University of Hertfordshire (UK). 25 de Julio de 2014.

Póster 3

Capilla Díaz, C., Black, P., Bonill de las Nieves, C., Gómez Urquiza, J.L., Hernández Zambrano, S.M., Montoya Juárez, R., Gálvez González, M., Begoña Martín-Muñoz, Sánchez Crisol, I., Rivas

Marín, C., Reina Leal, L.M., Pérez Marfil, M.N., & Hueso Montoro., C. The patient experience of having a stoma and its relation with nursing practice. Qualitative Meta analysis and implementation of Q evidence through clinical pathways. At the Association of Stoma Care Nurses UK (ASCN UK) 2014 Conference which took place at the Harrogate International Centre from 30th September-2nd October.

Publicación 1

Capilla Díaz, C., Black, P., Bonill de las Nieves, C., Gómez Urquiza, J. L., Hernández Zambrano, S. M., Montoya Juárez, R. Hueso Montoro., C. (2016). The patient experience of having a stoma and its relation to nursing practice: implementation of qualitative evidence through clinical pathways. *Gastrointestinal Nursing*, 14(3), 39-46. SJR (Advanced and Specialized Nursing, Medical and Surgical Nursing) 2015: 0.225 (Q2).

Publicación 2

Capilla Díaz, C., Montoya Juárez, R., Martínez Guerrero, J. M., Hernández Zambrano, S. M., Pérez Marfil, M. N., & Hueso Montoro., C. (2017). Significado de la pérdida en personas portadoras de estomas digestivos. *Estudios de Psicología*. Aceptado. JCR (Psychology, Multidisciplinary) 2015: 0.221 (Q4); SJR (Psychology) 2015: 0.180 (Q4).

Dedicatoria

A aquella que me soporta. A aquellos también.

Citas

“Capital=Cultura”

Piazza Carlo Alberto (Turín, Italia)

“You’re going to reap just what you sow”

Perfec day. Lou Reed.

Agradecimientos

Al Dr. César Hueso Montoro, mi amigo y director de tesis. Porque me ha apoyado desde el principio en mi andadura profesional así como en la realización de esta tesis. Te agradezco la oportunidad y la confianza que me has ofrecido desde que nos conocemos y en particular desde hace 5 años, por hacerme partícipe de esta experiencia investigadora. A la Dra. María Nieves Pérez Marfil, por aceptar la dirección de esta tesis, compartir conmigo su profesionalidad y brindarme su apoyo.

Al grupo de investigación del proyecto, muy especialmente a Inmaculada Sánchez Crisol (Ada) y al equipo de enfermería de la unidad de cirugía general del Complejo Hospitalario Granada.

A Liliana Marcela Reina Leal, la Dra. Sandra Milena Hernández Zambrano y al Dr. Jose Luis Gómez Urquiza por su colaboración desde la Fundación Index, donde todos tuvimos la oportunidad, junto a María González y Manuel Amezcua de iniciarnos en el proceso de investigación en los cuidados.

A Noelia Moya Muñoz, Marta Labella Rodríguez, Judith Gálvez Cano y Juan Manuel Martínez Guerrero, que se unieron a este gran grupo de ayuda mutua y que con sus trabajos académicos han enriquecido también este trabajo académico. Su colaboración, su trabajo y sus aportaciones han sido muy valiosas para la realización de esta tesis.

To all CRIPACC members, especially to Sally Kendall for giving me the opportunity of being part of that family for three months, which offered me a particular insight into research and nursing. And to all ITU members of Queen Elizabeth Hospital (Woolwich, London, UK).

Finalmente y no menos importante, quiero agradecer este trabajo, en primer lugar a mis padres, Concha y Juan, que aunque no saben mucho de informática ni de investigar, saben mucho de la vida, y siempre han estado ahí, estuviese yo en Granada, en Londres o en Ceuta.

A mi hermano Sergio y mi cuñada Noelia, que tantas cenas me han preparado. A mis sobrinas, Alejandra y Noelia, para que cuando se hagan grandes se acuerden de su tita. A mi tía Aurora y a mis primos.

A mis amistades, las mejores, Irene, Eva, Verónica, Marta, Mónica, Candela, Miriam, gracias por estar ahí. A Juan que tantos papeles ha entregado durante mis ausencias. A la vecina, Mar, con quien tanto he reído y que tanto apoyo me ha brindado siempre. A Jane y Amy, por sus desinteresadas colaboraciones con las traducciones.

Y a Laiachi, que aunque ha sido el último en subirse en el tren de mi vida, está en el mismo vagón que el resto. Gracias por tu apoyo.

Índice general

	Página
Compromiso	III
Indicios de Calidad	V
Dedicatoria	VII
Citas	IX
Agradecimiento	XI
Índice general	XIII
Abreviaturas	XIX
PrólogoXXIII
1 RESUMEN	XXVII
Resumen	XXVII
Abstract	XXXV
2 INTRODUCTION	4
2.1 Stoma: definition, physiopathology and prevalence.	4
2.2 A hermeneutic approach to health-disease process in a general and a particular meaning of digestive stoma.	7
2.3 Quality care: importance of nursing care in person with stoma.	11
2.4 Methodological Framework	14
2.4.1 Evidence Based Practice	14
2.4.2 A qualitative approach in the field of scientific evidence	17
2.4.2.1 Key elements for critiquing qualitative studies	19
2.4.2.2 Rigour in qualitative studies	23
2.4.2.3 Metasynthesis	24
2.4.2.4 Implementation	26
2.4.3 Nursing process and Standardized Nursing Languages	27
2.4.3.1 NANDA, NIC, NOC	29
2.4.3.2 Nursing Care Plan	31
3 JUSTIFICACIÓN, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	36
3.1 Justificación	36
3.2 Preguntas de investigación	38

3.3	Objetivos	39
4	METODOLOGÍA, RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1	ESTUDIO I. Vivir con un estoma digestivo: Metasíntesis	46
4.1.1	Objetivos	46
4.1.2	Metodología	46
4.1.3	Resultados	58
4.1.4	Discusión	70
4.2	ESTUDIO II. Producción científica en investigación cualitativa sobre la experiencia de personas con estoma digestivo.	76
4.2.1	Objetivos	76
4.2.2	Metodología	76
4.2.3	Resultados	76
4.2.4	Discusión	81
4.3	ESTUDIO III. Dimensiones que definen la experiencia de personas con estoma digestivo: revisión de expertos	88
4.3.1	Objetivos	88
4.3.2	Métodología	88
4.3.3	Resultados	89
4.3.4	Discusión	90
4.4	ESTUDIO IV. Factores asociados a la presencia de Diagnósticos de enfermería en personas con estoma digestivo. Estudio piloto	98
4.4.1	Antecedentes y objetivos	98
4.4.2	Metodología	100
4.4.3	Resultados	104
4.4.4	Discusión	120
5	CONCLUSIONES	130
	Conclusiones	130
	Conclusions	133
6	BIBLIOGRAFÍA	138
	ANEXOS	163
	Anexo.1.	166
	Anexo.2.	176
	Anexo.3.	182
	Anexo.4.	190
	Anexo.5.	198

Índice de tablas

2.1	Barriers and facilitators to EBP	16
2.2	Approaches and disciplines to undertaking qualitative research	18
2.3	Criterion to evaluate qualitative research	24
2.4	Nursing diagnoses	29
4.1	Descriptores y estrategias de búsqueda	48
4.2	Resultados de la evaluación crítica	52
4.3	Características de los estudios incluidos	55
4.4	Indicador de prevalencia. Referencias	67
4.5	Investigadores más productivos (4 o más artículos)	77
4.6	Institución a la que se encuentra adscrito el primer autor	78
4.7	Diseños de investigación empleados en los estudios	80
4.8	Enfoques para el análisis de datos en los estudios	81
4.9	Enunciados temáticos con intensidad alta.	91
4.10	Diagnósticos NANDA	105
4.11	Diagnóstico "Afrontamiento Ineficaz" vs variables sociodemográficas y clínica	106
4.12	Diagnóstico "Ansiedad" vs variables sociodemográficas y clínica	106
4.13	Diagnóstico "Baja autoestima situacional" vs variables sociodemográfi- cas y clínica	107
4.14	Diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesida- des" vs variables sociodemográficas y clínica	107
4.15	Diagnóstico "Deterioro de la interacción social" vs variables sociode- mográficas y clínica	108

4.16	Diagnóstico "Disfunción sexual" vs variables sociodemográficas y clínica	108
4.17	Diagnóstico "Incontinencia fecal" vs variables sociodemográficas y clínica	109
4.18	Diagnóstico "Interrupción de los procesos familiares" vs variables sociodemográficas y clínica	109
4.19	Diagnóstico "Riesgo de Compromiso de la resiliencia" vs variables sociodemográficas y clínica	110
4.20	Diagnóstico "Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea" vs variables sociodemográficas y clínica	110
4.21	Diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs variables sociodemográficas y clínica	111
4.22	Diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs variables sociodemográficas y clínica	111
4.23	Diagnóstico "Trastorno del patrón del sueño" vs variables sociodemográficas y clínica	112
4.24	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Ansiedad" vs estado atención sanitaria	114
4.25	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" vs estado atención sanitaria.	115
4.26	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Deterioro de la interacción social" vs estado atención sanitaria.	116
4.27	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs estado atención sanitaria.	117
4.28	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs estado atención sanitaria.	118
4.29	Modelo de regresión logística para diagnóstico "Riesgo de compromiso de la resiliencia" vs estado atención sanitaria.	119

Índice de figuras y gráficas

4.1	Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica final	47
4.2	Modelo Triple A (Bonill de las Nieves, 2011) modificado ^a	71
4.3	Distribución de los años de publicación de los artículos incluidos	79
4.4	Modelo de intervención ante necesidades de la persona con estoma digestivo	94
4.5	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Ansiedad" vs estado atención sanitaria.	114
4.6	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" vs estado atención sanitaria.	115
4.7	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico Deterioro de la interacción social vs estado atención sanitaria	116
4.8	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs estado atención sanitaria	117
4.9	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs estado atención sanitaria	118
4.10	Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico Riesgo de compromiso de la resiliencia vs estado atención sanitaria	119
4.11	Distribución de diagnósticos enfermeros en función del estado de atención	123

Abreviaturas

Listado de Abreviaturas.

- ANA** ~ American Nurses Association
- CIE** ~ Consejo Internacional de Enfermería
- CPs** ~ Care Plans
- Dx** ~ Diagnóstico
- DT** ~ Desviación típica
- EBM** ~ Evidence Based Medicine
- EBN** ~ Evidence Based Nursing
- EBP** ~ Evidence Based Practice
- EPA** ~ Enfermera de Práctica Avanzada
- ES** ~ Effect Size
- FIV** ~ Factor de Inflación de la Varianza
- GCP** ~ Good clinical practice
- IC95 %** ~ Intervalo de confianza del 95 %
- ICPs** ~ individual care plans
- NANDA** ~ North American Nursing Diagnosis Association
- NANDA-I** ~ Nanda International
- NIC** ~ Nursing interventions classification
- NOC** ~ Nursing outcomes classification
- OR** ~ Odds Ratio
- PBE** ~ Practica Basada en la Evidencia
- SCN** ~ Stoma Care Nurse
- SD** ~ Standar Desviation
- SNCPs** ~ Standardized Care Plans

PRÓLOGO

Prólogo

La presente tesis doctoral titulada: “La experiencia de portar un estoma digestivo: metasíntesis cualitativa y análisis de diagnósticos de enfermería” se centra en el padecimiento de las personas con estoma digestivo. La orientación temática del trabajo aborda un problema como la ostomía (a lo largo del estudio se utilizará indistintamente ostomía o estoma digestivo) al que se recurre en un porcentaje muy alto como terapia para hacer frente a problemas oncológicos como el Cáncer Colorrectal.

Se apuesta por un estudio que toma como referente la investigación cualitativa, que permite aportar un conocimiento del hecho desde la propia perspectiva de los individuos. En esta ocasión, en uno de los estudios centrales de la tesis se apuesta por un diseño de investigación secundaria, una metasíntesis, la cual se ubica en la línea de otros estudios más conocidos como las revisiones sistemáticas o los metaanálisis.

Por otro lado, la investigación cualitativa nos permite comprender las respuestas humanas que acontecen ante situaciones de salud o enfermedad, de modo que ésta se convierte también en una fuente de recomendaciones útiles para la práctica clínica. Para darle recorrido a esta idea, otro de los estudios centrales de la tesis es la puesta en práctica de un plan de cuidados elaborado a partir de los hallazgos de la metasíntesis antes mencionada, de modo que se propone qué diagnósticos enfermeros pueden presentarse en el cuidado de este tipo de pacientes.

Esta tesis se compone de seis capítulos. El primero está dedicado al resumen, que dado el carácter internacional de la tesis, se presenta en español y en inglés. A continuación, en el segundo capítulo se desarrolla el marco conceptual y metodológico del trabajo. En el capítulo tres se incluye la justificación de la tesis, las preguntas, así como los objetivos que han servido de guía durante la investigación.

En el capítulo cuatro se desarrolla la metodología, los resultados y la discusión. Se ha optado

por un modelo de tesis por compendio de estudios. Se ha pretendido con ello visualizar las fases que se han seguido para desarrollar el curso de la misma. Cada estudio corresponde con una parte de la investigación y se articulan en torno a los objetivos propuestos. Cada uno se concreta a modo de publicación científica y se articula en los siguientes epígrafes: Objetivos, Metodología, Resultados y Discusión.

En el capítulo quinto se desarrollan las conclusiones de este trabajo según los objetivos propuestos. Al igual que el primer capítulo, se aplica la normativa para la obtención de la mención internacional en el doctorado, de modo que se presenta tanto en español como en inglés. Finalmente, el capítulo sexto recoge las referencias bibliográficas garantizando que se han respetado los derechos de otros autores al ser citados cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. La tesis se cierra con los anexos, en los que se incorporan materiales complementarios, que resultan de interés para la comprensión de la totalidad del trabajo desarrollado. Todos los anexos están localizados en el texto principal a través de las correspondientes citas.

CAPÍTULO 1

RESUMEN/ABSTRACT

Capítulo 1

RESUMEN

Introducción

El Cáncer Colorrectal es una de las principales causas que conllevan la realización de un estoma digestivo. Las repercusiones que conlleva esta intervención se relacionan no sólo con el plano físico y fisiológico, sino que genera en la persona una experiencia de enfermedad o padecimiento que afecta a la esfera emocional y social. La familia y el entorno social también se verán afectados en este proceso. Desde el momento del diagnóstico que derivará en el estoma, la atención de estos pacientes recae fundamentalmente en los profesionales de enfermería, que garantizan un cuidado integral en todo el proceso. En este sentido, se han descrito roles de especialistas o de práctica avanzada en enfermería que se centran en el cuidado de estos pacientes.

El propósito fundamental de esta tesis fue analizar el fenómeno de la ostomía de una manera integral, tratando de identificar las principales dimensiones que explican el padecimiento de las personas que sufren este problema. Para ello se recurrió a la investigación cualitativa, pero desde un diseño de investigación secundaria que permitiera obtener una explicación teórica generalizable, teniendo en cuenta los aspectos comunes presentes en diferentes contextos culturales en los que puede desarrollarse este fenómeno. Adicionalmente, se pretendía conocer la opinión de expertos en la materia, con el propósito de conocer la relevancia que esas dimensiones tienen en el cuidado de estos pacientes.

Finalmente, se quería ofrecer un producto útil a los profesionales de enfermería, especialmente a los expertos en estomaterapia, de modo que una vez alcanzados los objetivos anteriores, se articuló un plan de cuidados basado en taxonomía enfermera, desarrollando en esta tesis un

estudio piloto sobre la presencia de diagnósticos enfermeros y factores asociados.

Objetivos

El propósito general antes descrito se concretó en los siguientes objetivos:

- Explorar la experiencia de portar un estoma digestivo en relación con los factores que influyen desde el punto de vista físico, emocional y social.
- Analizar la producción científica generada a partir de investigación cualitativa sobre la experiencia de portar un estoma digestivo.
- Describir qué dimensiones son relevantes en el cuidado de pacientes portadores de estomas digestivos a partir de la opinión de profesionales expertos en la materia.
- Identificar qué diagnósticos enfermeros son prevalentes en el cuidado de pacientes que portan un estoma digestivo.
- Analizar qué factores de tipo sociodemográfico y clínico influyen en la presencia de diagnósticos.

Metodología

Esta tesis se compone de tres fases bien diferenciadas que se articula en 4 estudios. Hay una primera fase meramente bibliográfica que se centró en el análisis de artículos científicos basados en metodología cualitativa (objetivos 1 y 2, estudios 1 y 2); en una segunda fase se desarrolló un estudio con expertos a través de metodología de consenso (objetivo 3, Estudio 3); finalmente hay una fase empírica con una muestra reducida de pacientes (objetivo 4 y 5, Estudio 4).

El Estudio 1 constituye uno de los trabajos centrales de la tesis. En él se llevó a cabo una revisión sistemática de investigaciones cualitativas sobre la experiencia de personas con ostomía. Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos relevantes en ciencias de la salud, abarcando el periodo 2002-2015. En la síntesis se emplearon procedimientos de metasíntesis descritos por Sandelowsky. Concretamente se hizo un metasumario y se completó con el cálculo de la frecuencia del efecto. El metasumario se hizo sobre la base de un esquema de categorías que fue el resultado

de una investigación primaria previa en la que participaron parte de los miembros del equipo de investigación al que se vincula esta tesis. De cada categoría se obtuvieron enunciados temáticos para describirla y se calculó en cada enunciado la frecuencia del efecto, resultado de dividir el número de artículos en los que aparece entre el total de artículos incluidos en la revisión. Este trabajo se complementa con el Estudio 2, en el que se llevó a cabo un análisis bibliométrico de la producción científica localizada, con objeto de situar los países más productores, autores de relevancia, áreas de conocimiento desde los que se desarrollan estos trabajos y otros indicadores bibliométricos de interés. Este análisis se hizo sobre los artículos correspondientes al periodo 2002-2013.

Los hallazgos encontrados en el Estudio 1 (categorías y enunciados temáticos) fueron sometidos a revisión de expertos a través de metodología DELPHI modificada, lo cual formó parte del Estudio 3. Se contó con profesionales de enfermería expertos en estomaterapia. Su labor fue valorar la relevancia clínica de las cuestiones previamente identificadas, para lo que se pidió a cada experto que valorara la intensidad con la que las situaciones descritas se presentan en su práctica. Posteriormente se comparó con la frecuencia del efecto descrita en la metasíntesis. Finalmente, en el estudio 4 se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de 50 pacientes. Se estudiaron los diagnósticos de enfermería presentes en la muestra y se comparó su distribución en función de variables sociodemográficas y clínicas. Todo ello con procedimientos estadísticos bivariantes y multivariantes. Los diagnósticos se incluían en un plan de cuidados que se elaboró a partir de los hallazgos de los estudios anteriores, pero en trabajos que no forman parte de esta tesis doctoral.

Resultados

Estudio 1. Fueron incluidos en la metasíntesis 95 investigaciones. El número total de participantes fue de 1982, procedentes de Australia, Brasil, China, Dinamarca, Irán, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, Uruguay y Estados Unidos. Los datos se agruparon en 9 categorías: "Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma", "Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía", "Significado y vivencia de la nueva realidad corporal", "Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio", "Estrategias desarrolladas para hacer

frente a la situación”, ”Afectación social y laboral”, ”Afectación y participación de la familia en el proceso”, ”Asistencia recibida” y ”Relación con los profesionales de la salud”. Lo resultados encontrados afianzan, aunque con ligeras modificaciones, el modelo explicativo desde el que partió este trabajo, que se definió como modelo de la Triple A, sustentado en tres categorías centrales que definen el itinerario de padecimiento del sujeto ostomizado: Aceptación, Adaptación y Autonomía.

Estudio 2. Fueron analizados 107 artículos. La media de autores fue de 4. Por áreas de conocimiento, destaca Enfermería con un 63.89 % de la producción total analizada. Predominaban las investigaciones procedentes del ámbito universitario (61.11 %) y en el 42.59 % de los artículos no hubo colaboración entre diferentes instituciones. Respecto al país de procedencia del autor principal, prácticamente la mitad de los artículos correspondían a autores brasileños. Los artículos fueron publicados en 59 revistas diferentes, de las cuales la más productiva fue ”Journal & Continence Nursing (7.41 %)”. En lo concerniente a los diseños de investigación cualitativa, destacó la presencia de estudios fenomenológicos (24.07 %), para la recolección de datos predominó la realización de entrevistas semiestructuradas (47.22 %) y en relación al análisis de datos, el análisis de contenido fue el más usado (32.41 %).

Estudio 3. Los resultados muestran que la afectación social fue la cuestión más destacada, de modo que emergió en casi la mitad de los estudios analizados en la metasíntesis y coincidió con un nivel de intensidad alto en base al juicio de los expertos. La categoría “Descripción de enfermedad” y sus correspondientes enunciados temáticos aparecieron con un alto indicador de prevalencia así como con alta relevancia en base a la opinión de los expertos. Otros aspectos relevantes fueron la interacción con grupos de iguales, la educación sanitaria y la consulta a profesionales para mejorar el autocuidado. La preocupación por el cambio de imagen corporal y la afectación de las relaciones sexuales, también aparecieron como aspectos prevalentes. En vista de estos resultados, se propuso un modelo explicativo cuya categoría central es la necesidad de educación de las personas con ostomías, asumiendo que si es mediada por profesionales enfermeros expertos repercutirá positivamente en la promoción del autocuidado. Así mismo, esta intervención, en combinación con otras (grupos de ayuda mutua, etc.), aminoraría las consecuencias que se derivan de este proceso, afectando fundamentalmente a la esfera psicosocial del

paciente. Este modelo se generó para complementar el modelo descrito en el Estudio 1 y así tener una visión no sólo desde el punto de vista del sujeto sino también de los profesionales que intervienen en el proceso.

Estudio 4. Los pacientes incluidos tenían una edad media de 63.98 años ($DT = 10,97$; $min = 41$, $máx. = 84$). La distribución de la muestra por sexo fue homogénea. En cuanto al diagnóstico que derivó en la realización del estoma, en 39 (78 %) casos se debía a patología oncológica frente a 11 (22 %) con un diagnóstico diferente. En cuanto al estado de asistencia sanitaria, 22 (44 %) pacientes se encontraban en fase quirúrgica y 28 (56 %) en continuidad de cuidados. Se partió de un plan de cuidados que contenía 23 posibles diagnósticos de enfermería, identificados a partir de los hallazgos de los estudios previos. La presencia fue del 100 % para los diagnósticos "Disposición para mejorar la salud" y "Conocimientos deficientes". Y en ningún caso apareció "Disconfort" y "Desesperanza". El resto de diagnósticos tienen predominios variables. Entre los factores que tuvieron un comportamiento significativo, destaca el estado de atención sanitaria en el que se encuentra el paciente. Así los resultados ajustados por edad y sexo, mostraron que en el periodo quirúrgico es mayor el riesgo de aparición de los siguientes diagnósticos respecto al periodo de continuidad de cuidados: "Ansiedad" ($OR = 9,53$, $p = 0,014$), "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" ($OR = 9,82$, $p = 0,017$), "Riesgo de compromiso de la resiliencia" ($OR = 26,75$, $p = < 0,001$) y "Riesgo de intolerancia a la actividad" ($OR = 4,54$, $p = 0,027$). Mientras que es más probable la aparición de los diagnósticos "Deterioro de la interacción social" ($OR = 0,03$, $p = 0,005$), y "Trastorno de la imagen corporal" ($OR = 0,25$, $p = 0,029$) en el periodo de continuidad de cuidados frente al periodo quirúrgico.

Conclusiones

Las personas portadoras de estomas digestivos se enfrentan a cambios en su vida que afectan su plano físico, emocional y social. Desde el momento de la intervención, el reto para el sujeto es alcanzar la autonomía. Esto implicará el desarrollo de una serie de estrategias que le van a permitir aceptar su condición y fomentar el autocuidado. Diversos factores influyen en este proceso: creencias culturales, apoyo familiar y social, gestión asistencial, economía, etc., siendo la información uno de los elementos clave en el proceso de afrontamiento. A través del

análisis bibliométrico de la investigación cualitativa generada sobre la experiencia de personas con ostomías digestivas, se ha podido constatar que estas investigaciones se realizan mayoritariamente desde el área de enfermería y desde la institución universitaria. El número de autores oscila entre 2 y 4 cuatro. Brasil y Estados Unidos son los países más productores. Destacan los estudios eminentemente descriptivos. El papel de los profesionales expertos en estomaterapia es fundamental para garantizar un afrontamiento efectivo del problema y un manejo adecuado del mismo. La función del profesional debe ser una función educadora principalmente. La disposición para mejorar la salud y los conocimientos deficientes son aspectos prevalentes en el paciente ostomizado. La situación en la que se encuentra el paciente en relación a la atención sanitaria va a condicionar la aparición de otros diagnósticos, de modo que en el periodo quirúrgico conviene prestar atención a la ansiedad del paciente, el estado nutricional, posible intolerancia a la actividad física, así como su capacidad para hacer frente a la situación. Las relaciones sociales y la imagen corporal son aspectos a vigilar a medio y largo plazo.

Palabras clave [DECS]: Colostomía; Ileostomía; Investigación cualitativa; Revisión Sistemática; Revisión por Expertos de la Atención de Salud, Procesos de Enfermería.

CHAPTER 1

ABSTRACT

Introduction

Digestive stomas are one of the most common end results for patients with colorectal cancer. The formation of a stoma not only affects the individual physically, it also has an important impact on a patient emotionally and socially. Stoma formation requires the patient and his or her family to adapt to a new lifestyle and to cope with the new stoma through acceptance of its new role. From the moment of a diagnosis which will result in the creation of a stoma, patient care is handled primarily by nursing professionals, who guarantee comprehensive care throughout the process. In this sense, roles of specialist advanced nursing practice have been described that focus on the care of these patients.

The main purpose of this thesis was to analyze the phenomenon of digestive stoma in a holistic way identifying the factors involved in the way people suffer from this problem. For this purpose, qualitative research was used, with the addition of a secondary research design allowing us to obtain a generalizable theoretical explanation while also taking into account common aspects present in different cultural contexts in which this phenomenon can be developed. Additionally, this study documents the opinion of experts in the subject with the purpose of understanding the relevance that these dimensions have in the care of these patients. Finally, we would like to offer a useful tool to nursing professionals, especially to stoma care nurses. Once the above objectives were achieved, a nursing taxonomy was elaborated based on care plans. This thesis develops a pilot study on frequency of nursing diagnoses and related factors.

Aims

The general purpose described above was achieved through the following objectives:

- (1) To explore the ways in which the experience of having a digestive stoma causes problems that influence patient's emotional and social spheres
- (2) To analyze the scientific literature available using qualitative research on the experience of having a digestive stoma
- (3) To describe the relevant conditions for caring for patients with a digestive stoma from the opinion of experts in the field

- (4) To identify which nursing diagnoses are prevalent in the care of patients with a digestive stoma
- (5) To analyze the sociodemographic and clinical factors which may influence the frequency of diagnoses

Methodology

This thesis is divided into four studies. First, a bibliographical phase was created that focuses on the analysis of scientific articles based on qualitative methodology (objectives 1 and 2, studies 1 and 2); in a second phase, a study with experts was developed through consensus methods (objective 3, Study 3); finally there is an empirical phase with a reduced sample of subjects (objective 4 and 5, Study 4).

Study 1 is central to the work of this thesis. It provides a systematic review of qualitative research based on the experiences of people with digestive stoma. A search was made in different relevant health sciences databases. It covered the period between 2002-2015. Within the synthesis, meta-synthesis were employed using the procedures described by Sandelowsky. Concretely, a metasummary was done and it was completed by calculating the effect size. The metasummary was based on a categorical scheme. It was the result of a previous preliminary investigation in which part of the members of the research team associated with this thesis participated. Statements were obtained from each thematic category. The effect size was calculated in each statement, with a final result obtained by dividing the number of articles in which the statement appeared among the total articles included in the review.

This work is complemented by Study 2 in which a bibliometric analysis of the scientific production was carried out in order to determine the countries producing the most literature, authors of relevance, areas of knowledge from which these works are developed and other bibliometric parameters of interest. This analysis was performed on articles between the period of 2002-2013.

The findings in Study 1 (categories and thematic statements) were reviewed by nursing experts in stoma care through modified DELPHI. Their task was to assess the clinical relevance of the previously identified issues for which each expert assessed the intensity of the described

situations present in their practice. Subsequently it was compared with the effect size described in the metasynthesis.

Finally, an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out on a study of 50 patients. The nursing diagnoses present in the sample were studied and their frequency was compared according to sociodemographic and clinical variables. This was done with bivariate and multivariate statistical procedures. The diagnoses were included in an elaborated care plan with the findings of the previous studies, however these works are not part of this thesis.

Results

Study 1. A total number of 1982 participants participated in the 95 selected studies. These took place in Australia, Brazil, China, Denmark, Iran, Portugal, Spain, Sweden, UK, Uruguay and the USA. Data was grouped into nine categories: "Description of the disease process and creation of the stoma", "Factors that affect coping of the news of the ostomy", "Meaning and experience of the new body reality", "Evaluate other aspects of life after change", "Strategies developed to deal with the situation", "Social and occupational impairment", "Family involvement and participation in the process", "Assistance received" and "Relationship with health professionals". The results reinforced with only slight discrepancies the explanatory "Triple A model": Acceptance, Adaptation, Selfcare ("Autonomía in Spanish"). It sustains the three main categories that define the progression of patients suffering from digestive stoma.

Study 2. A total of 107 articles were analyzed. These had an average number of four authors. In areas of knowledge, nursing stands out with 63.89% of the total production analyzed. Research was predominant in universities (61.11%) and in 42.59% of the articles there was no collaboration between different institutions. Regarding the country of origin of the main author, nearly half of the articles were written by Brazilian authors. The articles were published in 59 different journals, of which the most productive was "Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing" (7.41%). With reference to the qualitative design, the presence of phenomenological studies (24.07%) was emphasized and regard to data collection semi-structured interviews (47.22%) was predominant. In relation to data analysis, content analysis was the most used (32.41%).

Study 3. The results show that social affection was the most prominent issue. It emerged in almost half of the studies analyzed. It coincided with a high level of intensity based on the judgment of the experts. The category "Description of disease" and its corresponding thematic statements appeared with a high frequency indicator as well as with high relevance based on the experts' opinion. Other relevant aspects were interaction with mutual-help groups, health education and consultation with professionals to improve self-care. Concern about changes in body image and sexual relations also appeared as prevalent aspects. In view of these results, an explanatory model was proposed whose central category is the "need for education of people with digestive stoma", assuming that if mediated by nurses experts on stoma care this will have a positive impact on the promotion of self care. Also, this intervention, in combination with others (mutual help groups, etc.), would reduce the consequences derived from this process affecting the psychosocial sphere of the patient. This model was generated to complement the model described in study 1 and thus to provide a perspective from both the subject point of view and also the professionals involved in the process.

Study 4. The included patients had a mean age of 63.98 years (Standar Desviation "SD" = 10.97, min = 41, max = 84). The distribution of the sample by sex was homogeneous. Based on the pathology for surgery, 39 (78 %) cases were due to oncological pathology, compared to 11 (22 %) with a different diagnosis. Regarding health care status, 22 (44 %) subjects were in the surgical phase and 28 (56 %) in continuity of care. This started from a care plan that contained 23 possible nursing diagnoses identified by the findings of previous studies. In 100 % of the cases there was a diagnoses of "Readiness for enhanced health management" and "Deficient Knowledge". There were no cases of "Impaired comfort" and "Hopelessness". The rest of the diagnoses had variable frequency. Among the factors which had a significant behaviour, the state of health care in which the patient is (surgery or continuity of care). Thus the results adjusted for age and sex, showed that the next diagnoses are likelihood in the surgical period than in the period of continuity of care: "Anxiety" (OR = 9.53, p = 0.014), "Imbalance nutrition: less than body requirements" (OR = 9.82, p = 0.017) was higher in the surgical period and Risk of activity intolerance" (OR = 4.54, p = 0.027). While the occurrence of the "Impaired of social interaction" (OR = 0.03, p = 0.005) and "Disturber body image" (OR = 0.25, p = 0.029).

Conclusions

People with digestive stoma face changes in their lives which affect their physical, functional, emotional and social spheres. From the moment of the intervention, the challenge for the patient is to achieve autonomy. This implies the development of strategies that allow them to accept their condition and to encourage selfcare. Various factors influence this process: cultural beliefs, family and social support, care management, economics, with information being one of the key factors in the process to face the stoma. Through bibliometric analysis of qualitative research generated on the experience of people with digestive stomas, it has been possible to verify that these investigations are carried out mainly in the area of nursing and by university institutions. The number of authors varies between two and four. Brazil and the United States are the countries that produce the most literature. Emphasis is given to eminently descriptive studies. The role of experts in stomatherapy is fundamental to guarantee effective coping with the problem and proper management of it. The role of health professionals should primarily be an educative function. The willingness for "Readiness for enhanced health management" and "Deficient Knowledge" are prevalent aspects in patients with digestive stoma. The relation between patients and health care providers will condition the appearance of other diagnoses. Similar to during the surgical period, attention should be paid to the patient's anxiety, nutritional status and possible intolerance to physical activity, as well as their capacity to deal with the new situation. Social relations and body image are aspects to be monitored in the medium and long term

Keywords [MESH]: Colostomy; Ileostomy; Qualitative Research; Systematic Review; Experts opinion; Nursing processes.

CAPÍTULO 2

INTRODUCTION

Capítulo 2

INTRODUCTION

2.1. Stoma: definition, physiopathology and prevalence.

Stoma comes from the greek word "stóma". It means "mouth" or "orifice" (Charúa Guindic, 2006). Stoma is a surgically created opening from an area inside the body to the outside. Reyes mentioned (as cited in Bonill de las Nieves & Celdrán Mañas, 2008), it is a surgical intervention whereby organic gastrointestinal tract or urinary system effluents are allowed to come out, through an opening between the wall and abdominal skin leading to the stoma. Therefore, a stoma patient is one who has a stoma. The creation of a stoma was, very likely, one of the first surgical interventions performed on the intestine. This surgical intervention for the relief of bowel obstruction and gastrointestinal traumas (Charúa Guindic, 2006) was described by Praxágoras de Kos (384-322 BC.) in Aristotle's time. There are some isolated references of these type of interventions dated before 1700. But it was not until XVIII, XIX centuries, when the first colostomies and ileostomies were documented as opened intestinal bound. This type of treatment had a high mortality rate. The earliest stomas were actually fistulas that developed spontaneously following bowel perforation.

Literature review describes that around 1700 a German surgeon, Lorenz Heister, performed operations of enterostomies in soldiers that they had intestinal bounds, fixing the bound on the abdominal wall. This technique is considered the actual stoma. In 1776, Pillore did a cecostomy and in the late 18th century (1793) an innovative surgeon performed a colostomy on a three-day-old infant (Cascais, Martim, & Almeida, 2007; Charúa Guindic, 2006; Doughty, 2008). Early

decompressive and protective colostomies were typically constructed as skin-level "loop" ostomies. The first ileostomy was performed in the late 19th century as a temporary diversion for a patient with an obstructing lesion in the ascending colon. Early ileostomies were constructed as skin-level stomas and were associated with severe skin breakdown and high morbidity and mortality rates, which meant that they were performed only as a last resort for patients with severe and refractory inflammatory bowel disease (Doughty, 2008).

Considering different types of stomas, colostomies are the most frequent interventions. A colostomy is an opening into the colon from the outside of the body. It provides a new path for waste material to leave the body after part of the colon has been removed. It makes necessary the use of flat bags to collect waste. Patients that suffer this kind of intervention have to face different experiences, such as the intervention itself and the bodily changes it brings, wearing a pouch or urgent bowel movements. Clinical causes leading to a creation of a stoma can be malignant or benign pathologies (colorectal cancer), traumas or gastroenterology surgery. A stoma can be temporary or permanent (Batista, Rocha, Silva, & Júnior, 2011; Calcerada Díaz Santos, Valentín López, & Blasco Amaro, 2008)

The terminal ileum is the part which is manifested in ileostomies (distal small intestine). It is carried through the abdominal wall, usually in the lower right abdomen. The most common clinical cause to carry out an ileostomy are inflammatory bowel disease, Crohn's disease (ileitis), ulcerative colitis, familial polyposis, trauma, cancer or other intestinal dysfunctions. Temporary ileostomy is performed to protect and rest the colon or small intestine while a section is healing (Gross, 2004).

There are different pathologies that may result in the formation of a stoma, colorectal cancer being the most common cause. This form of cancer is one of the major causes of morbidity and mortality in Western countries, and is the third most common type of cancer (Brandi *et al.*, 2011). It is the third most common cancer in men and the second most common in women, with an average of 1.2 million new cases diagnosed annually and 608 700 deaths in 2008 (Aleksandrova *et al.*, 2014). According to the American Cancer Society (2017), in US the estimated incidence for 2017 is 71 420 new cases in men and 64 010 in women. In Europe, 446 000 new cases of colorectal cancer are diagnosed each year (Kearney & Richarson, 2006) the average incidence

being 39.9/100 000 men and 25.2/100 000 women (Palmieri *et al.*, 2013). Mortality is high (approximately 214 000 deaths per year) (Ferlay *et al.*, 2013), and colorectal cancer is the second most common cause of death in Europe for both genders (Ait Ouakrim *et al.*, 2015).

In 2014 alone, approximately 65 000 and 71 830 cases of colorectal cancer were diagnosed in Europe in men and women respectively, and around 26 270 men and 24 040 women died from the disease (Siegel *et al.*, 2014). The improvements on both cancer diagnosis and treatments are the increased survival rate in Europe and Spain in the last decades. In all types of cancer this means, 47,3 % for males and 55,8 % for females. The ageing population in Spain has a noticeable impact in the increasing of this pathology. This aspect, together with the continuous survivor growth, forces us to consider new scenarios and propose new challenges to provide services for the attention of long term cancer evolution survival (Ferro & Borràs, 2011).

The formation of a stoma will not only affect the individual him or herself. It also has an impact on his or her emotional and social spheres, (Batista *et al.*, 2011; Martín Muñoz, Panduro Jiménez, Crespillo Díaz, Rojas Suárez, & González Navarro, 2010). Stoma formation requires the patient and his or her family to adapt to a new lifestyle, and to cope with the new stoma through acceptance of its new role (Batista *et al.*, 2011; Sales, Violin, Waidman, Marcon, & Silva, 2010; Santos & Sawaia, 2000). Having a stoma formed means that the individual must adapt to feelings of a change in identity, and changes in quality of life, roles and relationships (Annells, 2006). He or she may feel embarrassment because of the change in body image (Barnabe & Dell'Aqua Queiroz, 2008), fear (Savard & Woodgate, 2009), and feelings of shame and frustration (Pulido Justicia *et al.*, 2001).

To provide the best care for these individuals and their new lifestyle, it is important to know their life story, the process of how a stoma is formed, and the concerns they have around the process. Thus, it will be possible to identify their needs and to provide tailored care to each individual. Needs identification should be carried out either at a preoperative assessment or during follow-up with the patient. It has been demonstrated that pre- and postoperative health education helps to reduce the recurrence of problems relating to the formation of a stoma, including social, psychological, physical and emotional issues, insecurity, and postoperative complications relating to the effectiveness of stoma appliances (Haugen, Bliss, & Savik, 2006;

Persson & Hellström, 2002; Stockli, Muller, & Wagner, 2007; Wu, 2007). In addition, it can enable effective self-care, improving the individual's quality of life (Furlani & Ceolim, 2002). Based on this, the role of the health professional is clear.

2.2. A hermeneutic approach to health-disease process in a general and a particular meaning of digestive stoma.

According to the paradigm in which we position ourselves, health profession will be understood from one or another point of view. Likewise, the meaning of the disease varies depending on the model and the perspective from which it is being addressed. In the field of biomedicine, 'disease' is defined from a mechanistic or biologist point of view, typical of the Cartesian method (Amezcuca, 2000). This doctrine assesses the mind as being wholly whole and is separated from the corporeal body. Sensation and perception of reality are thought to be the source of untruth and illusions, with the only reliable truths to be had in the existence of a metaphysical mind. Such a mind can perhaps interact with a physical body, but it does not exist in the body, not even in the same physical plane as the body. This conception of disease emerges from the positivist paradigm that has influenced an increasing specialization, technological progress and increased costs. It has led the patient to a better specialized and technical attention but less accompanied on its personal reality (Ortiz *et al.*, 2008).

Opposite to positivism is the doctrine of humanism or phenomenology. Developed largely by the German philosophers Edmund Husserl and Martin Heidegger, humanism is based on the way subjects perceive their illness and give it meaning through the needs that demand. It is heavily influenced by their social and cultural context. The first step in understanding the disease from this doctrine is to consider the patient as a person. This approach involves listening in a non-judgemental way to individual accounts. Humanism is defined as the interest of health professional to heal and alleviate health problems that occur in patients, as a person and not just like as human bodies (Hueso Montoro, 2006).

This paradigmatic separation has also been echoed in the research conducted in the field of health sciences, particularly in the nursing discipline. On the one hand, the positivist paradigm,

typical of the biomedical model, is projected on what is known as quantitative research. It aims to produce and verify nursing knowledge through the use of complex control methods and mathematical analysis. On the other hand, qualitative method, phenomenological researches itself or hermeneutic, is one which seeks to know and understand the phenomenon studied from the perspectives of the subjects. Ferraris (1996) defines hermeneutics as "the art of interpretation as transformation" and contrasts it with a view of theory as "contemplation of eternal essences unalterable by their observer" (as cited in Kinsella, 2006). The hermeneutic approach seeks understanding rather than explanation, acknowledges the situated location of interpretation, recognizes the role of language and historicity in interpretation, views inquiry as conversation and is comfortable with ambiguity. It is remarkable, in these post-positivistic times that the need to make explicit the art of interpretation, and the transformative possibilities within, has never been more urgent (Kinsella, 2006).

According to Marshall (1996), qualitative studies aim to provide illumination and understanding of complex psychosocial issues and are most useful in answering humanistic 'why' and 'how' questions, with some informants being "richer" than others and these people are more likely to provide insight and understanding for qualitative researchers. Subsequently this is based on the premises of descriptive phenomenology, focusing on understanding the experiences of people who are part of the phenomenon as they describe themselves. Qualitative research could help nurses to understand the singular experience lived during the suffering process and their different forms of adaptation to or coping with their new bodily reality (Bonill de las Nieves *et al.*, 2014).

Thereby, in Health Sciences, the profession most involved in the development of qualitative studies is nursing. It is linked to the fact of daily experience dealing with human responses (González López & Ruiz Hernández, 2011; Urra Medina, Núñez Carrasco, Retamal Valenzuela, & Jure Cares, 2014). Nursing knowledge, like that of most Health Sciences, follows a cycle of construction-discovery-application, which runs along different dimensions of nursing discipline, i.e. clinical practice, theoretical corpus, research and management. Methaparadigmatic elements of nursing, person, environment, health and the role of nurse, are the axes along which this cycle is structured, providing a continuous and inexhaustible input-output of problems, understood as

phenomena of reality belonging to the field of health. They are susceptible to being studied by nursing codes of thought for its understanding, explanation, or prediction, in order to interfere with them and ultimately, improve population health (Morales Asencio, 2003).

To return to the beginning to relate this to patients with digestive stoma, it is noticeable the growing snowball of this type of patient's. It is becoming a major concern in oncology attention, as well as for health professionals in general, and nursing in particular. Nursing aims to reach a better understanding of complex phenomenon of the process of having an ostomy from a patient's point of view through knowing and understanding of human answers (Bonill de las Nieves, 2011;Castillo *et al.*, 2010;Ferro & Borràs, 2011).

There are not currently guidelines or specific protocols to provide care at this stage. Different studies reveal that in the last decade some initiatives and strategies have been developed, particularly to provide knowledge in this field trying to develop organizational experiences of care that will help to create a systematized model or monitoring program on/for survival. Bonill de las Nieves & Celdrán Mañas (2008) present the experience of a stoma patient coming from being diagnosed with colon cancer. Through a biographical account, the authors explore the different processes this patient has to face. It highlights the emotional state before the diagnosis, interventions or lack of information about the new physical state. Likewise, in his speech, the informant highlights the Stoma Care Nurses' role and guidance received from this professional.

Martín Muñoz *et al.* (2010) study aims to understand the process of coping with a new ostomy. Using a phenomenological approach and through semi-structured interviews and participant observation to 21 subjects, data were obtained and analyzed using, as a reference, theoretical Lazarus's coping model. The authors identify several elements in this process. The stoma as a source of stress, coping strategies aimed at solving problems and coping with modulating factors. In conclusion, the importance of individualized care is the main core. It is important to assess patients in a unique and personal way.

Crespillo Díaz & Martín Muñoz (2012) published a phenomenological study to investigate the process of adaptation for the family of a patient with stoma. To do this, both patient and family were interviewed at different stages of the process (at the beginning of carrying the stoma and two years after). Semi-structured interviews were performed. The analysis of the interviews

showed the change in concerns such "trying to be autonomous" at the beginning of the process to "practical issues" two years after surgery, being demonstrated the process of adapting to it. Sales *et al.* (2010) and Santana, Dutra, Tameirão, & Silva (2010) presented two studies, which aimed understand the meaning of ostomy from patient's point of view. Using phenomenological approach, both works are based on the question: What does stoma mean for you?. From the first study emerged three categories: "discovered in the ostomy world", "the daily contact with the ostomy pouch" and "the importance of spirituality in understanding the situation". The second showed the importance of religion in overcoming the process. Conclusions of the first study were that the stoma patient can express in different ways the changes in their circumstances, they can show what are the painful or pleasurable the events of life. Both studies highlight the role of health professionals to improve the understanding of their new situation. In the second study the contact and communication between patients with the same situation is also emphasised.

Using theoretical framework of Martin Heidegger (2006), Violin & Sales (2010) conducted a study that sought to reveal the changes in the life of the person with a stoma after surgery. From the interpretation of speeches emerged some converging feelings. The analysis revealed how people with cancer who need an ostomy seeing their life affected as a result of changes that occur at different levels; the physical, emotional and social. From this, the authors conclude how important it is to overcome the restriction (at these different levels) that the disease imposes to appreciate the new possibilities to continue his life. Like other studies, this also ends in the role of the stoma nurse in order to better cope with the new state. Gomes, Santos, & Ferreira (2010) highlighted in their study the importance of knowing the disease process in Crohn's disease and stoma. By using an exploratory-descriptive study, they interviewed seven patients thoroughly. They concluded that the stoma causes the acceptance of a new body image and the fear of being rejected. Finally, Delavechia *et al.* (2010) explored the experiences of an ostomy patient after being discharged from the hospital. Taking as reference the philosophical framework of Merleau-Ponty, the results showed that the ostomy has a high impact on the patient's life, restricts its position in the world and their lives are affected by suffering.

2.3. Quality care: importance of nursing care in person with stoma.

In a global context, where technology, science and information are accessible to many people, in many professions and in nursing specifically, they need to improve their work to provide quality care to patients. New technologies in health care have increased costs and expectations in population related to offered services. However different countries present diverse quality and security problems related to health services. Efforts have been observed to improve efficiency and effectiveness. WHO (2011) recommended that managers should consider citizen concerns regarding their decisions making. Since that recommendations done, studies have been through recognizing these concerns (Banning, 2008; Muir, 2004; Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon, & Raynor, 2004). One of them, is patient's satisfaction and it has been suggested as a quality indicator in developed countries.

Nursing is aware of its responsibility of how quality care is provided to its patients, institution, ethic, law and duties in the profession as well as its contribution to the development of care and patient's satisfaction (Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra, & Sousa, 2014). Nurses are continuously working with people. To provide good quality care, it is imperative to know a person's needs. By using nursing process in a systematic way, every person's needs might be analysed as well as evaluated. But, how does nursing process start? To begin with, it is essential to examine how nursing science is grounded in its own background, philosophic, its theories and models, because they are the theoretical structures that address the central concepts of nursing discipline.

They are based on person centred-care and are both comprehensive care based on individual dignity, family and community, rights and needs, and not just the disease. They are also interested in systematically describing and analysing key concepts considered to be important in nursing practice, which can be seen in the work on the concept of care by Nightingale (1946), Leininger (1988) and Watson (1988) (as cited in Adams, 2016).

The main cores of nursing theories are the important concepts such as health and illness or the relationship between patients and their surroundings. For example, Florence Nightingale's environmental theory, described the categories of pure air, pure water, efficient drainage, cleanli-

ness, and light and how they provide directives on diet, noise, rest, and the nurse's responsibility for protection and management of the care of the patient (Medeiros, Enders, & Lira, 2015). Likewise, the first published nursing theory since Florence Nightingale was developed by Hildegard Peplau (1952). Social and humanistic science as well as communication and interpersonal humanity relations between nurses and human beings were the main body of her work (McCrae, 2012). Concepts such as family or social group and their environment are also recognized in others nursing theories (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh, & Bahrami, 2013).

Theorists anticipated that models of nursing would enable practitioners to become more autonomous and accountable in their clinical decisions and organization of care, while boosting the development of nursing as a discipline (McCrae, 2012). By applying a systematic method of working, nurses define their own body of knowledge unique to their field, moving away from medical models. In endeavouring to identify and build that body, early nurse theorists and model builders were highly influenced by science. They used "scientific" techniques and tried to develop theories that could be "tested" by research. There was also an interest in describing systematically and analysing concepts considered to be important in nursing practice, which can be seen in the work of the concept of caring by Watson (1979) (Keighley, 1996) and Leininger (1988), where the idea of transcultural nursing within the nursing paradigm was introduced. With it, nursing process became a new discipline.

Nursing models originated in the US in the 1960's, where social, technological, and cultural events were occurring. It also brought the description of nursing care as a process (Murphy, Williams, & Pridmore, 2010; Snowden, Donnell, & Duffy, 2010). The idea of the nursing process as a problem solving method, enhanced the delivery of care to an individual, like an important vehicle in the application of nursing models to clinical practice (Murphy *et al.*, 2010; Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi, & Rabelo, 2009). Main characteristic of most nursing models is the belief that patients are individuals who have the right to be involved in making informed choices about themselves and their future. This principle is often referred to as "patient autonomy". Being as autonomy is the freedom to make decisions within the limits of competence of the individual (Pearson, Vaughan, & FitzGerald, 2005). It suggests that patients are valued by professionals as well as their contribution to their self-caregivers and it can be used to guide

care plans.

Leininger (1995) (as cited in Henriques, 2011) assumes that only when health professionals perspective and patients are either valued or considered at the same level, proper and effective care could be provided not only to oncology patients but also to their family. Oncology disease and everything related to it, especially the pain, affects the patient and their family. The disease is from that moment, a patient and family disease. It will have a negative influence on both family and patient (Henriques, 2011). Stoma patients need to be autonomous as soon as they recover from surgery. There is a pattern among people with stoma which is related to the process of the development of their autonomy. As soon as they are self-managers of their care they fulfilling their needs, respecting limitation and awakening self-care for their independence (Carvalho *et al.*, 2015; Thorpe, McArthur, & Richardson, 2013) It is remarkable to say that there have been important criticisms and barriers of nursing models to be implemented. These include intrinsic criticisms that relate to the model itself, such as the jargon used and the perceived irrelevance to practice, and extrinsic factors external to the model, such as the approach to implementing the model into practice. However one of the main problems found for implementing was related to the meaning of holism has for nurses. It tends to be misunderstood by them as an eclectic approach, when what it really means is integration of soma and psyche (McCrae, 2012).

What it is explicitly, is that registered nurses are able to "make holistic and systematic assessment of physical, emotional, physiological, social, cultural and spiritual needs, including risk, and creates a comprehensive plan of nursing care in partnership with the patient, carer, family or friends". Regarding stoma patients, a main starting point is that they need specific training with patients themselves and family members to achieve self-care and autonomy and rehabilitation (Carvalho *et al.*, 2015; Poletto & Silva, 2013). It is the nurse's ability to know what all of these concepts bring to patients in order for them to reach independence. For that reason, it requires utilizing appropriate aspects of each health culture orientation, in order to develop mutually derived and culturally acceptable and appropriate health care interventions when possible (DeSantis, 1994)

Cultural aspects, such as lifestyle and habits, are influenced by social environment and the context in which they can express themselves (Plata *et al.*, 2010). For people with digestive

stoma that aspects may be considered in every necessary step to assist them during the process of having a stoma. The Stoma Care Clinical Nursing Standards (2016) outlines that individual patients' needs may be assessed and the nurse will provide appropriate information on planned surgery, care and implications of stoma on lifestyle as well as ethical and cultural considerations. Cultural and religious beliefs will be also considered when patient and nurse will decide about making a stoma site.

Finally, it can be said that Nursing Models improve nursing practice. Nurses gain a sense of saliency in relation to decision making by applying the nursing process (Banning, 2008), either in academic scenario or in the clinic. It is part of the quality of care. The person, as a unique individual, is the result of their subjectivity, influences from their environment, and interactions with other people. The conviction of applying the nursing process in everyday nursing practice is a necessary part of the care process and especially as an element of care evaluation.

2.4. Methodological Framework

2.4.1. Evidence Based Practice

The message is clear: *practitioners should ensure that people receive care based on the best available evidence*. The aim of Evidence Based Nursing (EBN) is to provide the highest quality and most cost effective nursing care possible. Correspondingly, the move towards patient-centred nursing, based on the principles of humanism and individualism, emphasizes the centrality of the patient in the practitioner-patient interaction.

The movement of EBN has its origins in the last half of the 1990's (Alonso Coello *et al.*, 2004) and it was based on the movement of Evidence Based Medicine (EBM). The concept of evidence has previously been interpreted in relation to notions of proof and rationality. Sackett's (1997) now famous definition of evidence-based medicine articulated "the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence about the care of individual patients" (Sackett *et al.*, 1997, p. 2. as cited in Rycroft-Malone *et al.*, 2004).

It made more difficult to progress for nursing autonomy. It generated risky consequences for their own discipline because in essence, EBM delegitimizes evidence not based on quantitative data and likewise denies the validity of tests that are not framed in a positivist paradigm. As

a result of this, it is important not to forget the real view of Nursing and make clear differences between EBM and EBN. In order to increase the quality of patient care, EBN involves identification of solid research findings and implementing them in nursing practice. However, as a psychosocial discipline, it needs to include other theoretical approaches such as qualitative. Therefore, the existence of complementarities between quantitative and qualitative approaches in nursing research is needed (Alcolea Cosín, Oter Quintana, & Martín García, 2011). Nevertheless, a good decision making is about using evidence carefully (with deep thought and critique), sensibly (it should be necessary) and clearly (it should be easy to understand). Then is when EBP (Evidence Based Practice) born. Both EBM and EBN fall under the umbrella of EBP. It attempts to establish a bridge between what it has typically being done on a practical level and what could be done better by using the scientific data that supports. It will renew the provision of services and be a guide to an efficient, effective and safe practice (Ramírez Elizondo, 2011). In general, to practice EBP healthcare professionals must combine the skills and judgment they have developed through clinical evidence that has been derived from systematic research. At the healthcare professionals end the requirement is to have sufficient clinical expertise and the ability to carry out a systematic literature search for quality evidence whenever required. At society level, it depends on the available resources and affordability. Finally, the practitioner is required to discuss the best treatment (at any level) options with the patient to arrive at an option, which suits the patient best (Ahuja, 2013). In order to become active managers and creators of accurate scientific knowledge in their discipline, nurses must incorporate values of the organizations, health services and community. In any case, the utilization of evidence by nurses during their daily activity is conditioned by barriers and facilitators instruments (Table 2.1), which will influence its use while they are working.

Tabla 2.1: **Barriers and facilitators to EBP**

Barriers		
Clinical risk	Changing your own and others practice in light of valid research findings	Lack of time to find, appraise and implement practice
Dissemination of research findings	Educational opportunities to gain the skills	Organisational attitudes
Lack of research in specific areas	Lack of research opportunities	Limiting clinical freedom
Quality of research available	Finding the relevant research findings (skills)	
Skills in appraising the evidence	Cost of implementation	
Facilitators		
Presence of a new generation of professionals, more willingness to change	Ability to measure the performance of a process, procedure or service	Multidisciplinary team and work in making clinical recommendations
Collaboration with other centres of research to create learning networks	New systems of information to facilitate monitoring, implementation and evaluation of Good Clinical Practice (GCP)	Leaders to prioritize the effectiveness of practice within the organisation
Clear improvements targets and adapted to a local level	Good communication with local teams, consensus in recommendations to implement	Availability of GCP in a useful format, promote by official bodies.

Source: Orrego, Pérez, & Alcorta, 2009.

National research with international perspective will encourage nurses to develop new studies as it will make them realize that our work has new horizons (Qader & King, 2015). By using EBP not only people with stoma but also practitioners and organisation will be benefited. For example, the ability to scientifically support actions, appraise options and interventions and enhance the quality of service delivery as practitioners could draw upon a variety of options. By enhancing developed confidence in decision making in the workforce decision making. As well as this, it will reduce complaints and litigation. Making observable commitment to clinical governance will increase cost effectiveness and value for money and finally evidence can help for the allocation of resources (NMC, 2015; Ross, 2012; Stoma Care Clinical Nursing Standards, 2016). In other contexts, such as Anglo-Saxon, Clinical Nursing Standards for the delivery of stoma care are integral and evidence based. They consequently reflect considerations of a model and are additionally supported with further evidence based resource, which offers further opportunities to expand on knowledge (Stoma Care Clinical Nursing Standards, 2016). By applying EBP in stoma care on the one hand, it will reduce the amount of time wasted on inappropriate care options and lead to increased consistency in care, as all patients will receive the same level of care. Furthermore, Evidence can be used to support the need for additional resources such as groups support or new nurse’s specialities.

On the other hand, practitioners and organizations could empower through enhanced knowledge, enlarge personal and professional confidence in problem solving and increase quality of care through patient satisfaction and positive healthcare outcomes. It will finally ensure that

nurses know what they are doing and that they are doing more good than harm. People with stoma and their families have the right not to be the 'victims' of untested and possibly harmful interventions, however well-intentioned.

2.4.2. A qualitative approach in the field of scientific evidence

It is easy to find different definitions of what qualitative research is. One of the most used definitions is; an umbrella term covering an array of interpretative techniques which seek to describe, decode, translate and otherwise come to terms with the meaning, not the frequency, of certain more or less naturally occurring phenomena in the social (Al-Busaidi, 2008; Jeanfreau & Jack, 2010; Merriam & Tisde, 2015).

This definition includes the activity that locates the observer in the world offering an interpretation of reality with a naturalistic approach (Denzin & Lincoln, 2017). Morse (1994) Morse (1994) stated that; "qualitative research is on the "crest of a wave" and has become immensely popular in the practice disciplines". Although the ability of qualitative research is to resolve "real-world" problems, a lack of usefulness in qualitative research was perceived due to the relative absence of efforts to integrate, synthesize, or otherwise put together the findings from this research.

Nowadays it is well known that "qualitative research findings contain information about the subtleties and complexities of human responses to disease and its treatment which is essential to the construction of effective and developed and culturally sensitive interventions" (Sandelowski & Barroso, 2003). Qualitative research is discovery oriented. It uses words, as opposed to numbers, to explain a phenomenon. As a result, methods used in qualitative research are concerned with the naturalistic description or interpretation of phenomena in terms of the meanings they have for the people experiencing them.

The inductive and flexible nature of qualitative tools for data collection, offers unique advantages in relation to quantitative inquiry. It deals with subjective and human experiences as well as that knowledge are ideographic and constructed during the study. Other advantage is the ability to probe into responses or observations as needed and obtain more detailed descriptions and explanations of experiences, behaviours, and beliefs (which offers deepness and richness to the data collected (de la Cuesta Benjumea, 2015; Morse & Field, 1996; Williams, 2016).

To understand people’s perceptions and motivations, capturing the language and imagery of a person’s experience, researchers use field notes, interviews, conversations, photographs, recordings and memos to the self. While researchers do this, descriptive and interpretive data arises from people’s speech or writings. It can be done through language analysis or symbolic constructions, or example by using in-depth interviews and reducing analysis to limited scopes (Cordero, 2012; Morse & Field, 1996).

Qualitative research links people subjectively lived experiences, perceptions, thoughts and feelings rather than what is objective; that is, it explores the whole phenomenon revealed in and through individuals (Williams, 2016). There are several different approaches to undertaking qualitative research. Some authors add or delete any reference by their position or discipline. However, all of them have a common characteristic: understanding of human experiences. Table 2.2 shows the most used approaches and disciplines in qualitative research.

Tabla 2.2: Approaches and disciplines to undertaking qualitative research

Approach	Disciplinary origin	Aims
Ethnography	Anthropology/ sociology	Understanding the social world of people studied through immersion in their community to produce detailed description of people, their culture and beliefs
Phenomenology/ ethnomethodology	Philosophy/ sociology	Understanding the 'constructs' people use in everyday life to make sense of their world. Uncovering meanings contained within conversation or text
Leading to conversation analysis	Sociology/ linguistics	Analyzing the way different conversations are structured and the meanings they contain
Discourse analysis	Sociology	Examining the way knowledge is produced within different discourses and the performances, linguistic styles and rhetorical devices used in particular accounts
Protocol analysis	Psychology	Examining and drawing inference about the cognitive processes that underlie the performance of tasks
Symbolic interactionism	Sociology/social psychology	Exploring behaviour and social roles to understand how people interpret and react to their environment
Leading to Grounded theory	Sociology	Developing 'emergent' theories of social action through the identification of analytical categories and the relationships between them.
Ethogenics	Social psychology	Exploring the underlying structure of behavioural acts through the investigation of the meaning people attach to them
Constructivism	Sociology	Displaying “multiple constructed realities” through the shared investigation (by researchers and participants) of meanings and explanations
Critical theory	Sociology	Identifying ways in which material conditions (economic, political, gender, ethnic) influence beliefs, behaviour and experiences.

Source: Jane & Jane, 2014.

Patients often express emotions that require reassurance and psychosocial interventions. A stoma operation involves a major life change for the patient. Physical damage, disfigurement, loss of a bodily function, and a change in personal hygiene are cause for concern and make heavy

demands on the provision of quality of care (Persson & Wilde Larsson, 2005). Having a stoma formed means that the individual must adapt to feelings of a change in identity, and changes in quality of life, roles and relationships (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, & Tafreshi, 2011). He or she may feel embarrassment because of the change in body image and could experience fear and feelings of shame and frustration (Capilla Díaz *et al.*, 2016).

To provide the best care for these individuals and their new lifestyle, it is important to know their life story, the process of how a stoma is formed and the concerns they have around the process. Likewise, the type of study will depend that it depends on the data collected, the data analysis, and the availability of resources (accessibility to groups or population studied) (Guetterman, 2015). Qualitative enquiry processes in order to understand patients' experiences and information needs, as well as nursing staffs' perspectives, current practice and what would be required to promote patient adherence to evidence-based practice. Thus, it is possible to identify their needs and to provide tailored care to each individual. Needs identification should be carried out either at a preoperative assessment or during follow-up with the person who has received the stoma (Capilla Díaz *et al.*, 2016)

2.4.2.1. Key elements for critiquing qualitative studies

Independently, whether one or other approach is used, there are some common key elements or features that bring peculiarity to qualitative research.

Explores the richness, depth and complexity of phenomena. Positivism uses the fragmentation of the phenomenon, artificially segmenting the person, denying its integrity and both internal and external interdependence of its features. Fragmenting the person limits its purpose and denies the richness of its speech leading to a lack of precision and rigor (Guajardo & Castro, 2007). On the contrary, qualitative research, independent of which research tradition the researcher is looking at, provides meticulous and dense descriptions about the person and its interaction with others, giving a level of depth analysis that reflects the complexity of the experience.

The rescue of a holistic view of subjects seeks to restore its real status and takes on the complexity of human phenomenon Everything needs to be explained and argued in qualitative research (Gálvez Toro, 2006). Qualitative research is idiographic (in-depth detail, descriptive

and textual data i.e.) it looks for notions and shared ideas that give sense to social behaviour. It works with words, gestures and representations. It interprets and presents these writings, sights or texts (Tsoukas, 1989; Galeano, 2004).

"The meaning of social action in the context of the life-world and from the actors' perspective"

If one can not capture human situations with a single observation instrument due to the complexity of experiences, the researcher learns about significant aspects of reality by dwelling in these complexities. In life history for example, the researcher uses linear and individual narrative, recordings, personal writings, visits to various scenarios, photographs, letters, which incorporates relations with group members and their profession. However, it not only provides information on subjective essence of the whole life of a person but rather also includes their relationship to their social reality, contexts, customs and situations in which the subject of study has participated (Cordero, 2012). An example of this can be seen in Anderson, Engström, & Söderberg (2010), when *"How a person reacts when diagnosed with cancer can depend on previous experiences in life"*.

Importance of the context

The aims of qualitative research are to understand the motivations and perceptions of people and carers and how they impact on their health behaviour. Many qualitative studies focus on behaviour in its 'natural' or everyday context, and consider how family, community and cultural factors impact on individual beliefs and behaviour Green (1999) . Nevertheless the social researcher achieves to integrate its emotions and values within the context, it is what makes the researcher look the reality from a particular point of view. The information sought focuses on how something is experienced or processed and not specifically about facts and figures (Guajardo & Castro, 2007; Jeanfreau & Jack, 2010). Tao, Songwathana, Isaramalai, & Zhang (2013) work, reflects that studies concerning the experiences of individuals with sotma conducted in different countries. These studies provided a chance to synthesise the findings in order to gain the comprehensive vision on personal awareness and behavioural choices on having a stoma under different sociocultural contexts.

Neutrality

Neutrality is a term that is often attached to research to demonstrate that it provides an

objective and unbiased view of the object under study. Procedures are developed to ensure that data is valid and reliable and imply that results are trustworthy and important. The objective worldview assumes that reality can be understood, that it never changes, and that the researcher can observe the reality without affecting it. In this way, any other neutral researcher will obtain identical results, if replicating the research. This view places the researcher at a distance from the research and assumes there is no investment in or influence on a given outcome. Qualitative procedures used during the research process can aim toward neutrality by seeking a balance of perspectives and a fair reflection of the circumstances of the research (Denzin & Lincoln, 2017; Given, 2008, p.555)

Inductive

It has been seen above, "Induction" is lauded as one of the main pillars of qualitative research methods, and its identity has consolidated to the detriment of hypothetical-deductive methods. Qualitative researchers contend that their work does not consist of proposing and testing hypotheses. The intention is to locate the main interest that allows the interpretation to achieve understanding of a particular situation, individuals or groups of individual, (sub) cultures etc, rather than to explain and predict future behaviours (Bendassolli, 2013; Gálvez Toro, 2003). For that and for exploring the experience of having a stoma, authors (Balme, Griffiths, & Dunn, 2013; Cardoso *et al.*, 2015; Tao, Songwathana, Isaramalai, & Wang, 2014) using inductive methods when they try a better understanding of the process.

Non experimental

Qualitative researches are generally more descriptive or exploratory and do not exhibit control over the studied variable. Initial concerns about research ethics arose in the context of medicine, for example when new drugs or surgical techniques were studied. These trials often involved the potential for harm. However, most non-experimental social research, especially qualitative work, does not involve these sorts of interventions.

There is an exception in the case of action research, where the intervention it is mainly educational. In non-experimental research there is no intervention, even though the researcher will engage in actions that may affect the people being studied in various ways (Hammersley & Traianou, 2004; Tójar Hurtado, 2006) By using non-experimental qualitative research, ethical

aspects of research are assured.

Underlying logic or common sense

Researcher may follow common sense assumptions when attempting to explain patterns within the data (Souza, Figueredo, Lenza, & Sonobe, 2010). These premises or assumptions may either fit a pattern commonly known to exist or simply make straightforward 'sense' through something seen in the data. However, once they have been made explicit, they will need to be fully interrogated across the whole data set to ensure that their explanatory base is supported. Common sense often plays a part in directing the analyst towards possible hypotheses, as do explanations derived in other studies or from theoretical frameworks. These might involve using explicit reasons and accounts; inferring an underlying logic using 'common sense' developing explanatory concepts drawing on other empirical studies or using theoretical frameworks. Neither is immune from the uncertainties of measurement or the underlying probabilistic nature of the social world (Jane & Jane, 2014; King, Kehoane, & Verba, 1994). In qualitative research, this common sense is used when inference and interpretation of data are done when stoma indicator need to be developed (Coelho, Santos, & Poggetto, 2013; Mauricio, Souza, & Lisboa, 014a)

Flexible

Term of flexible will be adopted during all research development. It means that a research strategy can be adapted to how methods vary in the extent to which they capture naturally occurring or generated data. As a result of the flexibility in the methods of investigation, qualitative methods are particularly adept at looking at the dynamics of how things operate. Flexibility also involves sampling strategy: the researcher chooses the sample according to ease of access. Regarding data collection, an interview or focus group will be the most effective depending on the research aims. If the researcher believes they do not have sufficient data to analyse the topic, they could add some more interviewers, questions or observations during the interview process (Mason, 2002).

Diversity

Representation of diversity in qualitative research is especially important. For example, ethnicity may cause different treatment effects. As a result representation of minorities in samples must be ensured. For that, it is imperative to ensure data validity, results and contrast them.

Leininger (1988) developed her theory of diversity and universality of cultural care, based on people's beliefs from different cultures can provide information and guidance to professionals to receive proper care. Culture determines patterns and lifestyles that have influence on the decisions of individuals (Allmark, 2004; Leno González, 2006). It will guarantee the appropriateness of the informants as well as it can be used for making contributions of lived human experiences (Bonill de las Nieves *et al.*, 2014; Tao *et al.*, 2014; Zimmer, 2006).

2.4.2.2. Rigour in qualitative studies

Evaluation of studies is an essential prerequisite of the application of findings. Traditionally qualitative studies were evaluated with quantitative criteria appropriate to its positivist perspective. However, it was found to be lacking. In addition, it is deductive in nature and uses statistical sampling methods.

In contrast, qualitative research is described as an action research using observation and interview methods. It is inductive in nature and depends on the purposeful selection of participants (Al-Busaidi, 2008). Although many critics are reluctant to accept the trustworthiness of qualitative research, for many years frameworks for ensuring rigour in this form of work have been in existence.

Trustworthiness

It is important not to fall into the trap of assuming that all qualitative studies should be evaluated with the same criteria that quantitative. The issues of the inappropriateness of quantitative criteria in the assessment of qualitative research and the plurality of qualitative research are important to the understanding of any model of trustworthiness of qualitative research (Krefting, 1991).

It is important to define the different concepts used in qualitative research to bring scientific rigour. Some of these concepts are brought from quantitative research. However their definition from a qualitative point of view will make the concepts clearer. Table 2.3 shows important concepts brought from quantitative approach and how to achieve these concepts from a qualitative perspective.

Tabla 2.3: Criterion to evaluate qualitative research

Qualitative approach Criterion	Quantitative approach
TRUTH VALUE: Credibility / Validity	
<p>Isomorphism between data collected by the researcher and reality. The true value of a meta-study lies in the faithfulness of the researcher in presenting data which resides in the primary research reports, rather than in the prior conceptions of the researcher. A meta study that has truth value is credible- that is, the data from primary research reports are presented in such a way that the authors of these reports would recognize the conclusions as compatible with their descriptions and interpretations of the phenomenon under study.</p> <p>Can be achieved through: Participant observation, Reflexivity, Triangulation, Member checking, Referential, The establishment of/establishing authority of researcher adequacy, Interview technique, Peer examination, Structural coherence, Prolonged and varied field experience</p>	INTERNAL VALIDITY
APPLICABILITY (TRANSFERABILITY)	
<p>Grade that results can be applied to another subject or context. Refers to the consistency between the meta-study conclusions and the domains within which the interpretations may have an impact. In most instances, this criterion would reflect the clinical phenomenon toward which the study was directed, and the arbiters of applicability would be those most intimately connected to the field.</p> <p>Can be achieved through: Nominated sample, Dense description, Comparison of sample to demographic data, Time sample.</p>	EXTERNAL VALIDITY
CONSISTENCY (DEPENDABILITY / RELIABILITY)	
<p>Repetition of results of the research being undertaken in the same subjects and similar context. It relates to the degree to which the conclusions follow logically from the research processes and analytical steps. It is typically determined by the auditability of a study or the degree to which the reader can follow the decision making trail. It requires that the meta-study researchers clearly identify and make explicit their decisions regarding research design and the interpretation of findings.</p> <p>Can be achieved through: Dependability audit, Dense description of research methods, Peer examination, Stepwise replication, Code-recode procedure, Triangulation.</p>	RELIABILITY
NEUTRALITY (CONFIRMABILITY)	
<p>Guarantee that the research findings are not biased by researchers motivations or interests and perspectives. Refers to the freedom from bias in the process and outcome of the meta-study.</p> <p>Can be achieved through: Confirmability audit, Triangulation, Reflexivity.</p>	OBJETIVITY

Source: Krefling, 1991; Morrow, 2005; Shenton, 2004

2.4.2.3. Metasynthesis

It has been seen that qualitative research allows a better understanding of human responses to health or disease, so that useful recommendations can be made for clinical practice (Luen-go González, 2010). Approaches and techniques are related to primary qualitative research.

One step further in qualitative research is qualitative metasynthesis. There has been an unprecedented accumulation in recent years of qualitative studies in health sciences and practice disciplines, but as yet, little accumulation of the understandings gained from these studies exists. The relative lack of effort to "put together" the findings from qualitative studies have important implications for both knowledge development and use of qualitative research in nursing (Valles, 1999). In order to not continue accumulating and averaging qualitative studies and to gain a better understanding of qualitative results, researchers have brought from the quantitative approach the interpretive, which is not merely an aggregation to achieve unity, what is known as metasynthesis

Developing a qualitative metasynthesis is a relevant practice as it belongs to systematic reviews or meta-analysis, which is used to develop EBP. It is not just a summary portraying the lowest common denominator. Zimmer (2006) (as cited in Tao *et al.*, 2013) defined metasynthesis as 'the synthesis interpretation of the interpretations of primary data by the original authors of the constituent studies'.

Following Aristotle, Glass (2000) reminded that meta means "behind" or "in back of". There are a variety of conterminary methods for scientific synthesis. It involves from Metastudy to Metasynthesis, going through metatheory, metadata and metamethod. Nevertheless, Metasynthesis is an integration research approach that involves analysis and synthesis of an existing body of qualitative research (Paterson, 2001), with the overall aim of extending knowledge about a particular phenomenon (Sherwood, 1999, cited in Paterson *et al.*, 2003). The strength of this method with regard to the interpretive is its requirement, that the context and related assumptions behind the findings of each contributing report be taken into consideration and their effects on the findings made visible in presentation (Thorne *et al.*, 2004). To give consistency to metasynthesis, it is important to develop each step carefully.

Stoma formation is not just a health issue, but also a social issue. Therefore, applying a comprehensive approach to the research process will lead to results that can be transferred to care and clinical practice. The results will help stoma care nurses (SCNs) to make better decisions regarding an individual's psychological, physical and social needs (Williams, 2016; Zhang, Wong, You, & Zheng, 2011).

Metasynthesis demonstrates complexity and diversity of experiences of individuals living with a stoma and it finds similarities as well as different perceptions between stoma patients with cancer and inflammatory bowel diseases. The new knowledge derived from comparison of similarities and differences will enrich the understanding of healthcare professionals about the individual experiences, so as to facilitate their successful adaptation to a stoma by providing appropriate healthcare services (Tao *et al.*, 2014).

Efforts to synthesize existing qualitative research studies are seen as essential to reaching higher analytic goals and also to enhancing the generalizability of qualitative research.

2.4.2.4. Implementation

The importance of all these definitions about qualitative research and metasynthesis lies in the application of the results. Based on the best available evidence, the aim of any research is its applicability to improve, in the case of health sciences, effectiveness and efficiency targeted to patients i.e. in this case, the best available care available.

To achieve this, nursing use clinical pathways. To develop a pathway, implementation of care plans need to be done. If implementation is understood as “the scientific study of methods to promote the systematic uptake of clinical research findings and other evidence-based practice into routine practice” (Graham *et al.*, 2006), for nursing practice is essential to stress the importance of diagnosis as a judgment issue carried out by the nurse in its own role to encourage their use and implementation.

Different studies reflect that is more difficult for nurses writing expected results and continuous evaluation. However, this does not mean that it is not done. Only through the internalization and assimilation of this methodology by each one of the nurses in management, will this tool definitely be deployed to give a real dimension to the quality of care provided and demonstrate the scientific rigor of the work of the nurse.

Due the importance of implementation and evaluation of evidence for EBP, it is necessary to evaluate the impact of implementation of evidence and determine two levels of effectiveness; on the one hand the need to check professional usefulness of these instrument and on the other hand to verify the improvement of needed need by subject in which instruments are acting.

At this point of the implementation, the direct purpose is to transfer research results into

clinical practice, involving both extensive monitoring and education (Cheah, 2000). Being in the field of Health Research Results, more specifically from the point of view that determines the approach exclusively focused on biomedical parameters, it does not have sufficient explanatory power if we do not consider that they will be influenced by human answers (Morales Asencio, 2004). A successful implementation of clinical pathways reduces in-patient mortality and outcome variations as well as significant improvements in different groups of patients, with different diagnoses, in different settings are observed. This suggests that the implementation of the clinical pathways has an impact on the quality of care. It significantly improves the quality of clinical processes after the development of clinical pathways.

They are helpful for clinical risk management. Also if current practice is reviewed, the most recent evidence can immediately be incorporated (Panella, Marchisio, & Stanislaw, 2003). They are tools used to guide evidence-based healthcare, applied to a group of patients with a common pathology and predictable clinical course. They provide assistance and reduce clinical variations. They are a method of knowledge translation that helps to coordinate evidence-informed care between health-care disciplines in an effort to improve the care provided to well define patient groups (de Vries, van Weert, Jansen, Lemmens, & Maas, 2007).

Cheah (2000) conveys that the use of nursing taxonomies based on qualitative research interrelating with EBP is necessary to develop clinical pathways. Other authors summarize the steps in phases the general process of a clinical pathway (Panella *et al.*, 2003) is as follows: Select the area of practice with a selection matrix, build the multidisciplinary work-team, define the diagnosis, define the patients, review practice and literature, develop the clinical path, pilot and implement the clinical pathway, ongoing evaluation and implementation. However, the need of using nursing taxonomies for developing clinical pathways through implementation to improve EBP is a chain to be applied. The introduction of a clinical pathway for stoma care provides a framework for the delivery of high-quality care based on evidence and research (Soria *et al.*, 2004; Davenport, 2014).

2.4.3. Nursing process and Standardized Nursing Languages

According to Alfaro-LeFevre (2014), the nursing process is a systematic method of giving humanistic care that focuses on achieving desired outcomes in a cost-effective fashion. It is

also humanistic because it is based on the belief that as nursing plan and care deliveryIt is a widely accepted practice and has been suggested as a scientific and systematic method to guide procedures and qualify nursing care. It is a tool for nurses to provide the best care, and also that it is the base of clinical reasoning. It is the fundamental blueprint of how to provide professional nursing care to individuals (Alfaro-LeFevre, 2014; Pérez Rivas *et al.*, 2016).

The habilty to apply nursing process will depend on the communication process involving the nurse and the patient. Each patient-nurse encounter is different. It is dynamic and interactional. Critical thinking in nursing has long been equated with the nursing process, which confines it to a very linear, narrow, single right solution, problem-solving process (Yildirim & Özkahraman, 2011). With it, the same system of practice can be established by different health professionals in many different settings. It also facilitates the comparability between different contexts (from Intensive Treatment Units (ITU) to home care, geriatric care and primary care that comes from patient's experiences, consensus groups, protocols, guidelines, clinical pathways) (Cruz, Guedes, Santos, Sousa, & Turrini, 2016;de la Cuesta Benjumea, 1983; Pokorski *et al.*, 2009).

Subsequently it will bring quality, efficiency, cost-benefits and patient satisfaction into the nursing practice. Different models and methodologies are used to develop nursing process. Contemporaneous models are, among others; Virginia Henderson's needs model (1964) which proposed 14 basic human needs on which nursing care is the basic mainstay (Alligood, 2013). This model is located in the Models of human needs, in the category of humanistic nursing, where the role of nurses are the performance (substitution or assistance) of the actions that the person cannot perform themselves at a certain time of life because of disease, childhood or old age. Under the same school is Dorothea Orem and her "Self care theory" (1970). Yet another model given by a nursing theorist is the "Adaptation model" by Callista Roy (1999) (Alligood, 2013; Bellido Vallejo & Lendínez Cobo, 2010).

Nevertheless independent of which model or methodology is used, the steps in nursing process are: Assessment, diagnosis, identification of objectives, selection of interventions, development of a care plan, implementation of the care plan, and evaluation of the progresses obtained (Ackley & Ladwig, 2014; Reina, 2010). It will be the root of "Nursing care plans".

2.4.3.1. NANDA, NIC, NOC

According to Carpenito (2016), an optimal care management system should include Care Plans (CPs), Standardized Care Plans (SNCPs) and Individual Care Plans (ICPs) if it is necessary. In order to provide high quality and safe nursing care on wards, nurses should be able to independently apply the nursing process by observation, assessment, nursing diagnosis, planning, interventions and evaluation of patient care. Diagnosis involves the identification of health problems (nursing diagnosis) drawn from data collected during the assessment and based on the priorities of care delivered by nurses.

Only after a thorough analysis which includes recognizing cues, sorting through and organizing or clustering the information, and determining patient strengths and unmet needs, an appropriate diagnosis can be made (Ackley & Ladwig, 2014). They are clinical judgments about individual, family, or community responses to actual or potential health problems. They were created during the 1960's and in 1973 the first Nursing diagnoses were approved by the American Nurses Association (ANA). They evolved through research and during the 1980's, the ANA adopted nursing diagnosi/es from North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) as the official diagnosis system for nursing discipline (Reina, 2010). There are currently 235 diagnoses organized in 5 types (Table 2.4).

Tabla 2.4: Nursing diagnoses

Actual diagnosis	Describes health conditions that exist and supported by defining characteristics. Patient already has the problema
Risk diagnosis	Those that describe disease or other conditions that may develop and are supported by risk factors
Wellness diagnosis	Describes levels of wellness and potential for enhancement to a higher level of functioning
Syndrome nursing Diagnosis	A clinical judgment concerning a specific cluster of nursing diagnoses that occur together, and are best addressed together and through similar interventions. In order to make a syndrome diagnosis, the following must be present: two or more nursing diagnoses must be used as defining characteristics. Related factors may be used if they add clarity to the definition, but are not required.
Possible nursing diagnosis	It is not as actual, risk or syndrome diagnosis. They are an option of who establish diagnosis to indicate there are some data will confirm diagnosis but they are not enough for the moment

Source: Carpenito, 2016

Nowadays the term NANDA-I (Nanda International) is used to reflect an accomplished movement of nursing diagnosis and NANDA classification itself in worldwide countries (NANDA-I, 2014). While there are a number of nursing languages that have been approved by the ANA,

the NANDA-I, Nursing Interventions Classification (NIC), and Nursing Outcomes Classification (NOC) are probably the best known, better developed, and most applicable to school nursing practice (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013; Campos Palomo & Campos Palomo, 2014; Moohead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013; NANDA-I, 2014; Thoroddsen, Ehnfors, & Ehrenberg, 2010)

Once diagnosis has been defined, it is needed to identify outcomes and patient measurable results which will be written with nursing interventions. NOC are stated as concepts that reflect a client, caregiver, family, or community state, perception of behaviour rather than as an expected goal. They are the most recently developed. It includes 490 nursing sensitive patient outcomes (Moohead *et al.*, 2013). Each outcome has a label, definition and indicators that nurse rates to five-point scales.

The benefits of using NOC outcomes is that both the patient and the provider can measure the effects of interventions and nurses can follow trends in specific outcomes with a population of patients they frequently treat (Jones, Lunney, Keenan, & Moorhead, 2010). The next step of the nursing is to establish interventions sensitive to diagnosis and outcomes established. They are named Nursing interventions (NIC). They are defined as a single nursing action, designed to achieve an outcome for a nursing diagnosis, or to/for a medical action, for which the nurse is accountable (Saba & Taylor, 2007). Each NIC intervention consists of a label, a definition, a set of activities that indicate actions and thoughts that lead to intervention (deeper behaviours made by nurses on behalf of the patient (Bulechek *et al.*, 2013; Haugsdal & Scherb, 2003), and brief background readings.

The label and the definition of the intervention are the content of a standardized intervention and it should not be changed when the NIC is used to document a care plan. However, they can be individualized by the election of different activities. From a list of about ten to 30 activities per intervention, nurses choose the most appropriate for a particular individual or family. If it is necessary, new activities could be added, but all modifications and additions should be consistent with the definition of the intervention. In the present work, the 6th edition was used, which consists of 554 interventions, with more than 12000 of activities, grouped into 30 classes and seven domains for ease of use. The seven domains are: Physiological-Mental, Physiological-

Complex, Behavioural, Safety, Family, Health System and Community. They cover the full range of nursing practice- both independent and collaborative interventions and direct or indirect care (Bulechek *et al.*, 2013).

2.4.3.2. Nursing Care Plan

Care plan focuses on achieving desired outcomes in a cost-effective fashion. It is systematic in that it always consists of five steps: assessment, diagnosis, planning, implementing and evaluation. Nowadays, nursing care plan can add a sixth step: Re-evaluation. During the assessment, nurse collects information by different ways, such as, observation or personal interviews. It will provide information that is critical to the development of a care plan that enhances personal health status. Steps during assessment help to discover which needs which can be addressed with proper nursing interventions. Nursing's standardized language plays an important role in describing, communicating, organizing and defining nursing as well as formalizing or shaping nursing knowledge. It is also a way of thinking to improve practice research, administration, education, evaluation of nursing effectiveness and interdisciplinary communication (Thoroddsen, 2005).

Virginia Hendsen needs model or Marjory Gordon's functional health patterns (1982) methodology are used during the assessment because it is structured. Marjory Gordon's health assessment includes 11 patterns (health perception-health management, nutrition-metabolic, elimination, activity-exercise, sleep-rest, cognitive-perceptual, self-perception-self-concept, role-relationship, sexuality-reproductive, coping-stress tolerance, and value-belief). It also considers families, communities health patterns, environment and the influence of biological, cultural, social and spiritual factors (Bellido Vallejo & Lendínez Cobo, 2010; Yilmaz & Gurler, 2014). Then diagnoses could be recognised and named by nursing standardized languages: NANDA-NOC-NIC (NNN) (Bellido Vallejo & Lendínez Cobo, 2010; Rajani, 2013; Santos Ruiz *et al.*, 2011). Once NANDA diagnoses are established, NIC and NOC are planned in order to a care plan. During these phases the nurse continues assessing the patient to determine whether the interventions are effective or not and if the desired outcomes are being met (Ackley & Ladwig, 2014; Guajardo & Castro, 2007).

Implementation is done according to the care plan, so continuity of care for the patient during hospitalization or discharge is assured. Patients' needs are documented in the patient's

record. It makes possible to carry out actions which previously were planned to address patient's problems. During the evaluation, understood as the part of the process where the disease state or patient health is considered in relation to the objectives defined previously. It can be described as an ongoing practice within the nursing process. Evaluation will bring result about if there was enough collected information to form nursing diagnosis, goals and interventions. If they are not, the plan should be developed or changed. By employing NANDA diagnosis, NOC and NIC will ensure that common nursing language is being used (Ackley & Ladwig, 2014; Chabeli, 2007). If all the steps of the nursing process are not systematically implemented, there is a risk of lack of continuity of care (Moraes Lopes, Higa, Oliveira, & Christóforo, 2010).

By using EBP during a care plan, nursing determines if the practice followed was effective or not (Ackley & Ladwig, 2014; Guajardo & Castro, 2007). Nurses continually evaluate interventions and outcomes of care given, as well as they evaluating evidence and the quality of that evidence to include the quality of research and the strength of that evidence. Finally it can be added, the use of a nursing language in a specific care plan based on the best evidence available for a person with a digestive stoma, increases the likelihood of the chosen diagnoses and interventions being effective due to it being supported by nursing research. Effectiveness and benefits of care plans, at any level, encompass the physical, psychological and social functions, and the influence on people with digestive stoma's quality of life (Lim, Cha, Lai, & He, 2015). To provide the best care for person with stoma and their new lifestyle, it is important to know their life story, the process of how a stoma is formed, and the concerns they have around the process. Thus, it will be possible to identify their needs and to provide tailored care to each individual (Maykut & Morehouse, 2002; Pulido Justicia *et al.*, 2001). Needs identification should be carried out either at a pre-operative assessment or during follow-up with the patient. In addition to the aforementioned effects, individuals with a stoma may find it difficult to access specialist services that could support them (Danielsen *et al.*, 2013a; García López, 2006; Kimura *et al.*, 2013; Souza *et al.*, 2010).

Knowledge of all the resources available to them will allow people to live better to their stoma. Applying a comprehensive approach to the research process will lead to results that can be transferred to care and clinical practice (Ferreira Umpiérrez, 2014; Pokorski *et al.*, 2009).

CAPÍTULO 3

*JUSTIFICACIÓN, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y
OBJETIVOS*

Capítulo 3

JUSTIFICACIÓN, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. Justificación

Las repercusiones que conlleva llevar un estoma digestivo no sólo se relacionan con el plano físico y fisiológico, sino que también generan en la persona una experiencia de enfermedad o padecimiento que afecta a la esfera emocional y social.

Las dificultades de las personas con estomas digestivos, no sólo se limitan a su espacio personal, familiar y social, sino que se encuentran con grandes problemas a la hora de acceder a una asistencia sanitaria especializada que les permita resolver sus dudas y conocer todo lo necesario para adaptarse a esta nueva situación. Una vez realizada la intervención, la atención de estos pacientes recae fundamentalmente en los profesionales de enfermería, y más concretamente en el colectivo especializado en estomaterapia. Por tanto la adquisición de competencias necesarias de este colectivo para avalar la toma de decisiones durante su práctica se convierte en un requisito indispensable para aplicar el mejor cuidado. Este colectivo se circunscribe en los roles de lo que se conoce como “Enfermera de Práctica Avanzada” (EPA), un concepto que surge en EEUU en los años 40 y que, actualmente cada país lo ha ido adaptando a las particularidades de cada contexto.

En 2008, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) lo definió como una enfermera con un conocimiento experto, con capacidad para tomar decisiones complejas y con las competencias clínicas necesarias para poder llevar a cabo una práctica ampliada, recomendando para su

formación un nivel de máster (San Martín Rodríguez, 2016). La práctica avanzada se contempla como una forma de mejorar el acceso a la atención y para mejorar la continuidad y la promoción de una atención de calidad a través de diferentes entornos de atención. Si bien existe una amplia gama de modalidades EPA, también hay una carencia de marcos conceptuales para categorizar el alcance de las intervenciones y servicios por EPA en pacientes con estomas digestivos. Los desarrollos conceptuales que ayudan a aislar intervenciones complejas están disponibles, pero apenas se usan (Campbell *et al.*, 2007). Por lo tanto, los criterios de resultado y los "criterios de valoración" utilizados en muchos estudios, a menudo carecen de calidad debido al uso excesivo de variables que apenas son indicativas del propósito previsto. Claramente, se han hecho muchas investigaciones sobre EPAs y muchos de estos estudios tienen a las personas portadoras de estomas digestivos como objetivo. Sin embargo, la investigación varía, y hay poco consenso sobre las mejores prácticas, lo que dificulta obtener una visión adecuada de los diferentes modelos experimentados, sus componentes y sus resultados específicos (Morales Asencio, 2010).

Recientemente se ha publicado el Manual de Competencias Profesionales del Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a personas con ostomías, de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Consejería de Salud, 2017) que pretende dar recorrido a este rol de práctica avanzada. Supone un avance en el desarrollo de esta figura en el Sistema Sanitario Público Andaluz, si bien la adquisición de competencias, está más centrada en la labor del enfermero que en los resultados obtenidos de aplicar planes de cuidados a los propios intervenidos. A ello se le une que las intervenciones suelen tener un carácter multicomponente, lo que implica algunas dificultades metodológicas que no siempre se resuelven con éxito (García Mayor, 2014). No obstante, parece evidente que el uso de un lenguaje enfermero en planes de cuidados en personas portadoras de estomas digestivos, incrementará las posibilidades de elegir los diagnósticos e intervenciones más efectivas, ya que guiarán por la vía más directa para proporcionar el mejor cuidado (Ackley & Ladwig, 2014).

Por tanto, podríamos dimensionar dos elementos que justifican la necesidad de este estudio. Por un lado, la producción científica desarrollada con metodología cualitativa ha crecido exponencialmente en los últimos años, siendo la experiencia y vivencia de personas con estomas digestivos una temática de interés. La investigación cualitativa ofrece la posibilidad de compren-

der los fenómenos desde la propia perspectiva del individuo, y por tanto, ahondar en lo que antes se comentaba en relación a la afectación integral que sufren estas personas. En esta línea, los diseños de investigación secundaria, que en el ámbito de las ciencias de la salud se afianzan con el modelo de Práctica Basada en Evidencias (PBE), ofrecen métodos de síntesis que permiten obtener hallazgos de calidad. En el caso de la investigación cualitativa, los procedimientos de metasíntesis, ofrecen una oportunidad para ello, de ahí que se haya elegido para articular una parte de esta investigación.

Por otro lado, en el marco de desarrollo de la EPA para el cuidado de pacientes con estomas digestivos, la disponibilidad de un lenguaje estandarizado para describir diagnósticos de enfermería (NANDA), puede proporcionar un recurso adicional para clasificar los componentes de diferentes modelos. También puede facilitar la descripción de EPA en un lenguaje universal, disponible en la gran mayoría de los sistemas de registro de atención sanitaria en todo el mundo y vehiculiza los planteamientos de algunos autores que apuestan por interrelacionar la investigación cualitativa con la práctica de los cuidados basada en el uso de las taxonomías enfermeras. Partiendo de esta premisa, se consideró pertinente "traducir" los hallazgos de la metasíntesis en un plan de cuidados basado en lenguaje enfermero estandarizado, y analizar cómo se comportaban en una situación de práctica clínica real, idea sobre la que se articula la otra parte de esta tesis doctoral.

3.2. Preguntas de investigación

Estas son las cuestiones que han guiado el estudio

- ¿Cuál es la experiencia de la persona que porta un estoma digestivo?
- ¿Cómo se afronta y gestiona dicho padecimiento?
- ¿Es factible el desarrollo de una plan de cuidados para pacientes con estomas digestivos a partir de la revisión de investigaciones cualitativas?
- ¿Qué diagnósticos enfermeros son frecuentes en el cuidado de estos pacientes?
- ¿Qué factores influyen en la aparición de los mismos?

3.3. Objetivos

- (1) Explorar la experiencia de portar un estoma digestivo en relación con los factores que influyen desde el punto de vista físico, emocional y social.
- (2) Analizar la producción científica generada a partir de investigación cualitativa sobre la experiencia de portar un estoma digestivo.
- (3) Describir qué dimensiones son relevantes en el cuidado de pacientes portadores de estomas digestivos a partir de la opinión de profesionales expertos en la materia.
- (4) Identificar qué diagnósticos enfermeros son prevalentes en el cuidado de pacientes que portan un estoma digestivo.
- (5) Analizar qué factores de tipo sociodemográfico y clínico influyen en la presencia de estos diagnósticos.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA, RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Capítulo 4

METODOLOGÍA, RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los apartados de metodología, resultado y discusión bajo el formato de estudios de investigación. Tal y como se avanzó en el prólogo de la tesis, se ha optado por esta modalidad de compendio de estudios porque consideramos que permite visualizar de forma más clara el itinerario seguido en esta investigación. Además, unos estudios dependen de otros, por lo que parecía más lógico esta secuencia para dar sentido a este trabajo.

Mediante los estudios 1 y 2, se desarrollan la fase de revisión sistemática, metasíntesis y análisis bibliométrico, dando respuesta a los objetivos 1 y 2. El Estudio 3 presenta el análisis mediante consenso de expertos de las dimensiones identificadas en la fase anterior, propósito recogido en el objetivo 3. Estos tres primeros estudios pretenden ofrecer un análisis de la experiencia de personas ostomizadas desde el punto de vista de los pacientes y de los profesionales especializados que se encarga de su cuidado.

Ese análisis sirvió de base para proponer un plan de cuidados basado en taxonomía enfermera, que se desarrolló en diferentes trabajos al amparo del proyecto de investigación al que se vincula esta tesis. El Estudio 4 presenta la investigación realizada en una unidad de cirugía en la que se atienden a pacientes, tanto recién intervenidos, como en continuidad de cuidados. Cada paciente fue valorado según el plan previamente diseñado. Se presenta en este estudio la presencia de diagnósticos NANDA y los factores sociodemográficos y clínicos asociados, dando así respuesta a los objetivos 4 y 5. Las conclusiones se presentan integradas en el capítulo 5.

ESTUDIO I

Vivir con un estoma digestivo: Metasíntesis

4.1. ESTUDIO I. Vivir con un estoma digestivo: Metasíntesis

4.1.1. Objetivos

El propósito de esta revisión fue explorar las experiencias de personas portadoras de estomas digestivos mediante la síntesis de resultados de estudios cualitativos. Adicionalmente, se pretendía identificar qué factores influyen en el afrontamiento del proceso.

4.1.2. Metodología

Se desarrolló una revisión sistemática cualitativa que se amplió con un procedimiento de síntesis tomando las directrices de la metasíntesis propuesta por Sandelowski, Barroso, & Voils (2007). Se incluyeron estudios publicados en inglés, español o portugués, en el periodo 2002-2015.

Se seleccionaron artículos originales basados en metodología cualitativa, cuyo interés fuera explorar la perspectiva de las personas portadoras de estomas digestivos. Se excluyeron estudios sobre población pediátrica. Se pretendía aportar una visión amplia del fenómeno de estudio, que incluyera trabajos de un amplio contexto geográfico, por lo que se emplearon diversas bases de datos y fuentes de búsqueda: PubMed, CINAHL, Web of Knowledge, Scopus, SciELO (España y América Latina), CUIDEN (España y América Latina), Lilacs (América Latina) y Google Scholar (versión en inglés y español). Se emplearon descriptores procedentes del MESH y DECS (para idioma portugués y español) además de términos libres.

Búsqueda

Inicialmente se hizo una búsqueda expansiva (Fingeld-Connett & Johnson, 2013) para obtener un resultado global de investigaciones en este campo y, posteriormente se concretó aplicando los criterios de diseño y población antes comentados. Este procedimiento se hizo utilizando los filtros que ofrecen las bases de datos o combinando los descriptores temáticos con descriptor de diseño (investigación cualitativa) y, finalmente, haciendo una selección manual.

La selección se hizo mediante lectura de título y resumen en la fase de identificación, lectura de texto completo en la fase de screening y, por último, mediante evaluación de la calidad en la

fase de selección de estudios para la revisión. La búsqueda fue realizada por la autora de esta tesis, bajo la supervisión de una especialista en documentación científica (Tabla 4.1).

La Figura 4.1 muestra el diagrama de flujo. Se seleccionaron 107 artículos.

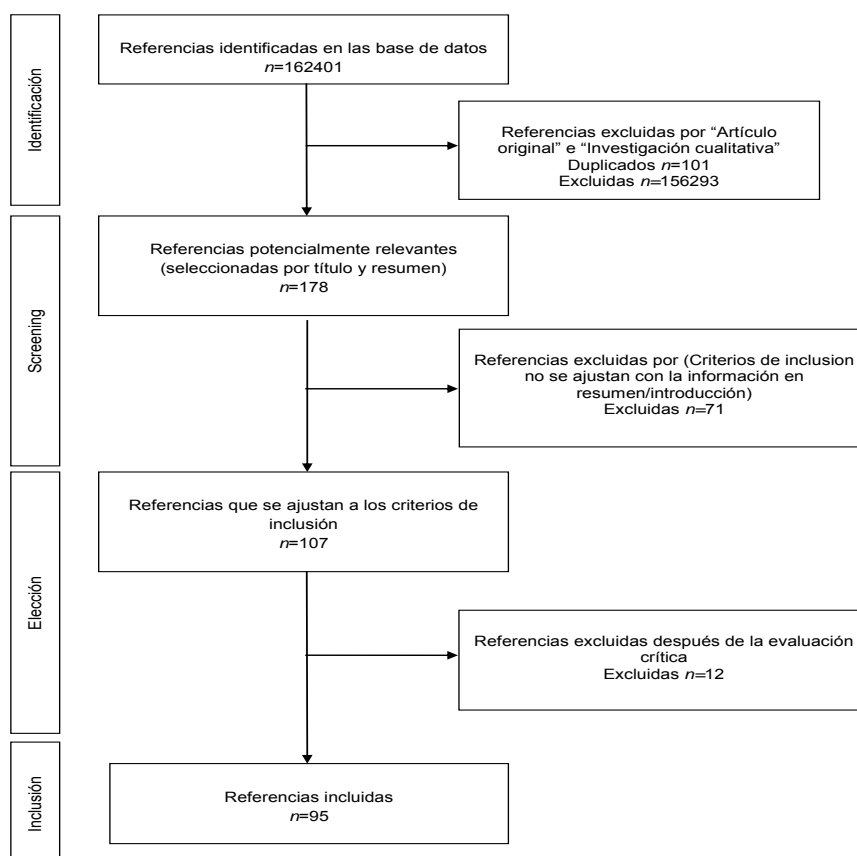


Figura 4.1: Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica final

Evaluación crítica

Los artículos fueron evaluados por dos pares de revisores. Para la evaluación de la calidad se empleó el checklist del programa CASP para estudios cualitativos (Critical Appraisal Skills Programme, Qualitative Research Checklist, 31.05.13).

Tabla 4.1: Descriptores y estrategias de búsqueda

Estrategia de búsqueda en Pubmed
Limiters: ("term"[MeSH Terms] OR "term" [All Fields]) AND ((Journal Article[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfull text"[sb] AND hasabstract[text]) AND ("2002/01/01"[PDAT] : "2015/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

#	Query	Result
S1	Ostomy	10627
S2	Surgical stomas	782
S3	Colostomy	2280
S4	Ileostomy	1801

Estrategia de búsqueda en CINAHL
Limiters: [Limit to: Publication Year 2002-2015 and (Publication Type Journal Article or Review or Systematic Review) and (Language English or Portuguese or Spanish)]

#	Query	Result
S1	Ostomy	2790
S2	Peritoneal Stomata	1
S3	Surgical stomas	57
S4	Colostomy	956
S5	Ileostomy	635

Tabla 4.1(continuación)

Estrategia de búsqueda en Web of Knowledge**Limiters:** (TS= term) AND Language:

(English OR Portuguese OR Spanish) AND document types: (Article OR Review)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Timespan =2002-2015

#	Query	Result
S1	Ostomy	1140
S2	Peritoneal Stomata	212
S3	Surgical stomas	1230
S4	Colostomy	2811
S5	Ileostomy	2210

Estrategia de búsqueda en Scopus**Limiters:** TITLE-ABS KEY (term)

AND DOCTYPE (ar OR re) AND PUBYEAR > 2002 AND PUBYEAR < 2016

#	Query	Result
S1	Ostomy	9455
S2	Peritoneal Stomata	74
S3	Surgical stomas	707
S4	Colostomy	6723
S5	Ileostomy	6783

Estrategia de búsqueda en Scholar Google**Limiters:** Where my words occur = anywhere in the article / Return articles dated between 2002-2015

#	Query	Result
S1	Ostomy	26810
S2	Peritoneal Stomata	245
S3	Surgical stomas	511
S4	Colostomy	24310
S5	Ileostomy	23340

Tabla 4.1(continuación)

Estrategia de búsqueda en SciElo**Limiters** =Búsqueda año por año. Aquí se muestra el total de los resultados.

#	Query	Result
S1	Ostomía	54
S2	Estoma	71
S3	Estomía	19
S4	Estoma Peritoneal	2
S5	Ostomía peritoneal	3
S6	Estoma Peritoneai*	0
S7	Estomía peritoneal*	0
S8	Ostomía Quirúrgica	7
S9	Estoma Quirúrgico	1
S10	Estoma Cirúrgico	7
S11	Estomía quirúrgica*	2
S12	Colostomías	20
S13	Colostomia	138
S14	Ileostomías	8
S15	Ileostomia	60

Estrategia de búsqueda en CUIDEN**Limiters:** year of publication 2002 \leq *date* \geq 2015

#	Query	Result
S1	Ostomía	417
S2	Estoma	401
S3	Estomía	34
S4	Ostomía peritoneal	3
S5	Estoma Peritoneal	1
S6	Estomía peritoneal	0
S7	Ostomía Quirúrgica	83
S8	Estoma Quirúrgico	20
S9	Estomía quirúrgica	3
S10	Colostomía	152
S11	Ileostomía	75

Tabla 4.1(continuación)

Estrategia de búsqueda en LILACS

Limiters: (tw Keyword)) AND (year-cluster Year)) AND (instance:"regional") (tw keyword)) AND (year-cluster Year)) AND (instance:"regional")

#	Query	Result
S1	Ostomía	303
S2	Estoma	684
S3	Estomía	259
S4	Estoma Peritoneal	5
S5	Ostomía peritoneal	6
S6	Estoma Peritoneai	0
S7	Estomía peritoneal	1
S8	Ostomía Quirúrgica	39
S9	Estoma Quirúrgico	60
S10	Estoma Cirúrgico	223
S11	Estomía quirúrgica	37
S12	Colostomia	1030
S13	Ileostomia	461

Estrategia de búsqueda en Google Académico

Limiters: Where my words occur= anywhere in the article / Return articles dated between 2002-2015

#	Query	Result
S1	Ostomía	2446
S2	Estoma	5908
S3	Estomia	570
S4	Estoma Peritoneal	7086
S5	Ostomia peritoneal	598
S6	Estoma Peritoneai	76
S7	Estomia peritoneal	302
S8	Ostomia Quirurgica	665
S9	Estoma Quirurgico	3891
S10	Estoma Cirurgico	2075
S11	Estomia quirurgica	574
S12	Colostomia	4654
S13	Ileostomia	2377

Un par de revisores independientes a los anteriores resolvió las discrepancias. Fueron excluidos 12 estudios (Tabla 4.2). El número final de artículos incluidos en la revisión fue de 95.

Tabla 4.2: **Resultados de la evaluación crítica**

(Las referencias se exponen en el Anexo.1 . La bibliografía de la tesis recoge las referencias citadas en el texto)											
Fuente (n=107)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Decisión
Albuquerque et al. (2009)	✓*	✓	x	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Almeida et al. (2006)	✓	✓	✓	✓	x	x	x	✓	x	-	INCLUIDO
Almeida et al. (2010)	✓	✓	✓	x	x	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Altschuler et al. (2009)	x	✓	x	✓	✓	-	x	✓	x	✓	INCLUIDO
Alves et al. (2013)	✓	✓	x	x	x	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Anderson et al. (2010)	✓	✓	x	x	x	x	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Annells (2006)	✓	✓	✓	x	x	✓	✓	x	x	x	INCLUIDO
Backes et al. (2012)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Barnabe & Dell'Aqua Queiroz (2008)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Barros et al. (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Batista et al. (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Beaver et al. (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Bellato et al. (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	EXCLUIDO ^b
Bonill de las Nieves (2008)	-	x	x	x	x	-	✓	x	x	x	INCLUIDO
Bonill de las Nieves et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Bulkley et al. (2013)	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓	✓	x	INCLUIDO
Calcagno Gomes et al. (2012)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Cardoso et al. (2015)	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Carvalho et al. (2015)	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Cassero & Aguiar (2009)	✓	✓	✓	✓	x	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Coelho et al. (2013)	✓	✓	x	✓	✓	x	✓	✓	x	-	INCLUIDO
Couto & Medeiros (2013)	x	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	INCLUIDO
Crespillo Díaz & Martín Muñoz (2012)	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	x	x	✓	INCLUIDO
Cunha et al. (2012)	x	✓	x	✓	✓	x	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Dabirian et al. (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Danielsen et al. (2013a)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	x	INCLUIDO
Danielsen et al. (2013b)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Dázio et al. (2009)	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Delavechia et al. (2010)	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	✓	x	-	INCLUIDO
Farias et al. (2004)	✓	✓	x	x	✓	-	x	✓	✓	-	INCLUIDO
Ferreira Umpiérrez (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	x	x	✓	✓	-	INCLUIDO
Frolich (2012)	✓	x	✓	x	x	✓	x	x	x	x	INCLUIDO
García López (2006)	x	x	x	x	x	x	✓	x	x	-	INCLUIDO ^a
Gomes & Brandão (2012)	✓	✓	x	✓	✓	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Gomes et al. (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Gomes et al. (2011)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Grant et al. (2011)	✓	✓	x	✓	✓	-	✓	x	✓	x	INCLUIDO
Kimura et al. (2013)	✓	✓	x	x	x	-	✓	✓	x	x	INCLUIDO
Krouse et al. (2009)	✓	✓	-	✓	x	-	-	x	✓	✓	INCLUIDO
Lobão et al. (2009)	✓	✓	✓	x	x	-	x	x	x	-	INCLUIDO
Manderson (2005)	✓	✓	x	x	✓	-	x	x	x	x	INCLUIDO
Martín Muñoz et al. (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Martín Muñoz et al. (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Martín Muñoz & Crespillo Díaz (2015)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO

Tabla 4.2 – (Continuación)

Martins & Alvim (2010)	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Martins & Alvim (2012)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	EXCLUIDO
Martins et al. (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Martins et al. (2011)	✓	✓	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Martins et al. (2015)	✓	✓	✓	✓	x	x	x	x	✓	-	EXCLUIDO
Maruyama & Zago (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Maruyama et al. (2009)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	EXCLUIDO
Mauricio et al. (2014a)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Mauricio et al. (2014b)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Mcmullen et al. (2008)	x	x	-	✓	-	-	-	-	✓	-	EXCLUIDO
Mcmullen et al. (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	x	-	✓	✓	x	INCLUIDO
Mendes et al. (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Mendes et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Menezes & Quintana (2008)	✓	✓	x	x	x	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Menezes et al. (2013)	✓	✓	x	x	x	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Moraes et al. (2015)	✓	✓	✓	✓	x	-	✓	✓	-	-	EXCLUIDO
Mota & Gomes (2013)	✓	✓	x	x	x	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO ^a
Mota et al. (2015)	✓	✓	✓	✓	x	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Mota et al. (2016)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Nascimento et al. (2011)	✓	✓	x	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Neuman et al. (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	x	✓	✓	INCLUIDO
Notter & Burnard (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	x	x	INCLUIDO
Owen et al. (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	x	x	INCLUIDO
Paegle & Silva (2003)	✓	✓	✓	✓	✓	-	x	x	✓	-	INCLUIDO
Paula et al. (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Pereira & Pelá (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Perrin (2012)	x	✓	x	x	x	x	x	x	✓	x	INCLUIDO
Perry-Woodford (2013)	✓	✓	x	✓	x	-	x	✓	✓	-	INCLUIDO
Persson & Hellström (2002)	✓	✓	✓	x	✓	x	x	✓	✓	x	INCLUIDO
Persson et al. (2004)	✓	✓	x	✓	✓	x	✓	x	✓	x	INCLUIDO
Petuco & Martins (2006a)	✓	✓	x	✓	✓	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Petuco & Martins (2006b)	✓	✓	✓	x	✓	-	x	✓	✓	x	INCLUIDO
Poggetto & Casagrande (2003)	✓	✓	x	x	x	-	✓	x	x	-	EXCLUIDO ^c
Poletto & Silva (2013)	✓	✓	x	✓	x	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Poletto & Silva (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Popek et al. (2010)	✓	x	-	x	x	-	x	x	✓	x	EXCLUIDO
Ramirez et al. (2009)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Ramirez et al. (2014)	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Sales et al. (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Santana et al. (2010)	✓	✓	✓	x	x	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Santos et al. (2006)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Santos et al. (2008)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Santos et al. (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	x	✓	-	INCLUIDO
Silva & Shimizu (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Silva & Shimizu (2007)	✓	✓	✓	x	✓	-	✓	✓	✓	x	INCLUIDO
Silva et al. (2010)	✓	✓	x	x	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Silva et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Sinclair (2009)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	✓	INCLUIDO
Sonobe et al. (2002)	✓	✓	-	-	x	-	✓	x	x	x	INCLUIDO ^a
Sousa et al. (2012)	x	✓	-	-	x	-	x	✓	x	-	EXCLUIDO
Sousa et al. (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Souza et al. (2007)	✓	✓	x	x	x	-	x	✓	x	-	INCLUIDO
Souza et al. (2011)	x	✓	x	✓	x	-	✓	✓	x	-	INCLUIDO
Sun et al. (2013)	x	x	-	x	x	-	x	x	x	x	INCLUIDO ^a

Tabla 4.2 – (Continuación)

Sun et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	INCLUIDO
Tao et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Taylor et al. (2011)	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	✓	✓	x	EXCLUIDO
Thorpe et al. (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INCLUIDO
Vieira et al. (2013)	✓	✓	✓	x	-	-	x	x	x	-	INCLUIDO
Violim et al. (2011)	✓	✓	x	x	x	-	✓	x	✓	-	EXCLUIDO
Violin & Sales (2010)	✓	✓	✓	x	x	x	x	x	x	-	INCLUIDO
Wilson et al. (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	x	-	✓	✓	x	INCLUIDO
Zhang et al. (2011)	x	x	✓	✓	✓	x	✓	✓	x	x	EXCLUIDO ^c

Significado de símbolos:

"*✓" = Presente;

"x" = Dudoso;

"-" = No consta;

a : Se incluye por tener citas de interés para el estudio;

b : Se excluye por contener pacientes con urostomías;

c : Temática alejada del interés del estudio.

Items de valoración:

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados y la discusión de los mismos?
10. ¿El investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)?

Extracción de datos

Los datos relevantes (país, número de participantes, ámbito de estudio, tipo de estudio y metodología) fueron extraídos de los artículos por la autora de la tesis y comprobados por otros miembro del equipo de investigación. Las principales características de los estudios seleccionados se muestran en la Tabla 4.3. Para la síntesis, se extrajo de cada artículo las citas de los informantes y/o las descripciones hechas por los autores para dar cuenta de los resultados. No se incluyeron las interpretaciones elaboradas a partir de los datos. Cada estudio fue utilizado como una unidad de análisis y el texto extraído de cada uno de ellos fue importado para su análisis desde el software Atlas.ti 7.0. software.

Tabla 4.3: Características de los estudios incluidos

Autores, año y lugar de publicacion	Contexto	Diseño	Muestra	Método de colección de datos	Entrevista individual o grupal
Albuquerque et al. 2009 (Brazil)	Hospitalario	Experiencia de vida	1	Entrevista semi-estructurada	Individual
Almeida et al. 2006 (Brazil)	Hospitalario	Fenomenológico	15	Preguntas abiertas	Individual
Almeida et al. 2010 (Brazil)	Hospitalario	Fenomenológico	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Altschuler et al. 2009 (US)	Comunitario	Enfoque cualitativo	30	Preguntas abiertas	Individual
Alves et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	11	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Anderson et al. 2010 (Sweden)	Comunitario	Enfoque cualitativo	5	Narración con guión	Individual
Annells 2006 (Australia)	Comunitario	Fenomenológico	6	Entrevista en profundidad	Individual
Backes et al. 2012 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	5	Entrevista semiestructurada	Individual
Barnabe & Dell'Aqua 2008 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	11	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Barros et al. 2008 (Brazil)	Hospitalario	Estudio de caso	4	Entrevista en profundiad	Individual
Batista et al. 2011 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Beaver et al. 2010 (UK)	Comunitario	Enfoque exploratorio	27	Entrevista en profundidad	Individual
Bonill de las Nieves 2008 (Spain)	Comunitario	Experiencia de vida	1	Entrevista semi-estructurada	Individual
Bonill de las Nieves et al. 2014 (Spain)	Comunitario	Enfoque cualitativo	21	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Bulkley et al. 2013 (US)	Comunitario	Método mixto	283	Preguntas abiertas	No especificado
Cardoso et al. 2015 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista individual	Individual
Carvalho et al. 2015 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	6	Entrevista semi-estructurada	Individual
Cassero & Aguiar 2009 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	8	Entrevista semi-estructurada	Individual
Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012 (Spain)	Hospitalario	Estudio de caso	1	Entrevista semi-estructurada	Individual
Coelho et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	23	Entrevista semi-estructurada	Individual
Couto & Medeiros 2013 (Portugal)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	8	Entrevista semi-estructurada	Individual
Cunha et al. 2012 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	13	Grupos focales	Grupal
Dabirian et al. 2011 (Iran)	Comunitario	Enfoque cualitativo	14	Entrevista semi-estructurada	Individual
Dázio et al. 2009 (Brazil)	Hospitalario	Etnografía	16	Entrevista semi-estructurada y observación participante	Individual
Delavechia et al. 2010 (Brazil)	Comunitario	Fenomenológico	7	Entrevista semi-estructurada	Individual
Danielsen et al. 2013a (Denmark)	Hospitalario	Fenomenológico	7	Grupos focales y entrevista en profundidad	Individual y grupal
Danielsen et al. 2013b (Denmark)	Hospitalario	Fenomenológico	15	Entrevista individual y grupos focales	Individual y grupal
Farias et al. 2004 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	8	Entrevista semi-estructurada	Individual
Ferreira Umpiérrez 2013 (Uruguay)	Comunitario	Fenomenológico	9	Entrevista en profundiad	Individual
Frolich 2012(US)	Comunitario	AutoEtnografía	1	Narrativa	Individual
García López 2006 (Spain)	Comunitario	Experiencia de vida	1	Entrevista	Individual
Gomes et al. 2010 (Portugal)	Comunitario	Fenomenológico	7	Entrevista semi-estructurada	Individual
Gomes et al. 2011 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	11	Entrevista basada en la teoría de Levine	Individual
Calcagno Gomes et al. 2012 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Gomes & Brandão 2012 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	12	Entrevista con cuestionario	Individual
Grant et al. 2011 (US)	Comunitario	Enfoque cualitativo	33	Grupos focales	Grupal
Kimura et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Método mixto	40	Cuestionario y Entrevista individual	Individual
Krouse et al. 2009 (US)	Comunitario	Método mixto	467	Preguntas abiertas	No especificado
Lobão et al. 2009 (Portugal)	Hospitalario	Experiencia de vidas	9	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Manderson 2005 (Australia)	Comunitario	Etnografía	32	Entrevistas no estructurada y preguntas abiertas	Individual
Martín Muñoz et al. 2010 (Spain)	Hospitalario	Fenomenológico	21	Entrevista semi-estructurada	Individual

Tabla 4.3 – (Continuación)

Martín Muñoz et al. 2012 (Spain)	Hospitalario	Fenomenológico	14	y observación participante	Grupal e Individual
Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015 (Spain)	Hospitalario	Experiencia de vidas	1	Entrevista en profundidad y grupos focales	Individual
Martins et al. 2006 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista en profundiad	No especificado
Martins & Alvim 2010 (Brazil)	Comunitario	Cuidado convergente	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Martins et al. 2011 (Brazil)	Hospitalario	Fenomenológico	8	Entrevista semi-estructurada	Individual
Maruyama & Zago 2005 (Brazil)	Comunitario	Etnografía	12	Entrevista semi-estructurada y observación participante	Individual
Mauricio et al. 2014a (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	20	Entrevista semi-estructurada	Individual
Mauricio et al. 2014b (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	20	Entrevista semi-estructurada	Individual
McMullen et al. 2011 (US)	Comunitario	Etnografía	31	Entrevista en profundiad	Individual
Mendes et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	26	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Mendes et al. 2014 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	12	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Menezes & Quintana 2008 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	5	Entrevista no estructurada con guión	No especificado
Menezes et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	30	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Mota & Gomes 2013 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	9	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Mota et al. 2015 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	12	Entrevista semi-estructurada	Individual
Mota et al. 2016 (Brazil)b	Hospitalario	Enfoque cualitativo	12	Entrevista individual	Individual
Nascimento et al. 2011 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Neuman et al. 2012 (US)	Comunitario	Teoría fundamentada	26	Entrevista en profundidad	Individual
Notter & Burnard 2006 (UK)	Hospitalario	Fenomenológico	50	Entrevista semi-estructurada	Individual
Owen et al. 2008 (UK)	Comunitario	Enfoque cualitativo	5	Entrevista semi-estructurada	Individual
Paula et al. 2012 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	15	Entrevista semi-estructurada	Individual
Paegle & Silva 2003 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	5	Entrevista individual	Individual
Pereira & Pelá 2006 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	19	Entrevista en profundiad	Grupal
Perrin 2012 (UK)	Comunitario	Enfoque cualitativo	6	Entrevista semi-estructurada	Individual
Perry-Woodford 2013 (UK)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	6	Entrevista semi-estructurada	Individual
Persson & Hellström 2002 (Sweden)	Hospitalario	Fenomenológico	9	Entrevista con preguntas abiertas	No especificado
Persson et al. 2004 (Sweden)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	7	Grupos focales	Grupal
Petuco & Martins 2006a (Brazil)	Hospitalario	Experiencia de vida	7	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Petuco & Martins 2006b (Brazil)	Hospitalario	Experiencia de vida	7	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Poletto & Silva 2013 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Poletto & Silva 2014 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Ramirez et al. 2009 (US)	Comunitario	Fenomenológico	30	Entrevista con preguntas abiertas	Individual
Ramirez et al. 2014 (US)	Comunitario	Experiencia de vida	30	Entrevista en profundidad semi-estructurada	Individual
Sales et al. 2010 (Brazil)	Hospitalario	Fenomenológico	15	Entrevista	Individual
Santana et al. 2010 (Brazil)	Comunitario	Fenomenológico	7	Entrevista	Individual
Santos et al. 2006 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	12	Experiencia de vida	Individual
Santos et al. 2008 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	7	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Santos et al. 2013 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Silva & Shimizu 2006 (Brazil)	Comunitario	Experiencia de vida	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Silvas & Shimuzu 2007 (Brazil)	Comunitario	Experiencia de vida	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Silva et al. 2010 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	25	Entrevista semi-estructurada	Individual
Silva et al. 2014 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	20	Entrevista semi-estructurada	Individual
Sinclair 2009 (Canada)	Comunitario	Narrativo	7	Entrevista cara a cara	Individual
Sonobe et al. 2002 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	10	Entrevista semi-estructurada	No especificado

Tabla 4.3 – (Continuación)

Sousa et al. 2013 (Brazil)	Comunitario	Experiencia de vida	10	Entrevista semi-estructurada	Individual
Souza et al. 2007 (Brazil)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	5	Entrevista	Individual
Souza et al. 2011 (Brazil)	Comunitario	Enfoque cualitativo	8	Entrevista semi-estructurada	No especificado
Sun et al. 2013 (US)	Comunitario	Enfoque cualitativo	33	Grupos focales	Grupal
Sun et al. 2014 (US)	Comunitario	Método mixto	33	Grupos focales	Grupal
Tao et al. 2014 (China)	Hospitalario	Enfoque cualitativo	7	Entrevista en profundidad	Individual
Thorpe et al. 2013 (UK)	Hospitalario	Fenomenológico	12	Entrevista exploratoria cara a cara	Individual
Vieira et al. 2013 (Brazil)	Hospitalario	Teoría fundamentada	6	Entrevista en profundiad	No especificado
Violin & Sales 2010 (Brazil)	Comunitario	Fenomenológico	2	Entrevista	Individual
Wilson et al. 2010 (UK)	Comunitario	Enfoque cualitativo	20	Entrevista semi-estructurada	Individual
a. No especifica un método concreto. b. Acceso a la versión pre-impresión antes de 2016					

Síntesis

Inicialmente el texto extraído fue estudiado línea por línea y codificado según un esquema de categorías y códigos definidos previamente a partir de un estudio primario desarrollado por parte del equipo de investigación (**Anexo.2**) (Bonill de las Nieves, 2011; Bonill de las Nieves *et al.*, 2013; Bonill de las Nieves *et al.*, 2014; Hueso Montoro *et al.*, 2016). Este proceso sirvió para depurar ese esquema previo que finalmente se sustentó en 9 categorías. Una vez codificado el texto, se siguieron la directrices de la metasíntesis de (Sandelowski *et al.*, 2007). Concretamente se realizaron metasumarios en cada categoría. Los sumarios se elaboraron a partir de frases sencillas extraídas de los datos que posteriormente se agruparon en enunciados temáticos, que los englobaban en un rango superior. De cada categoría se fue generando un informe que recogía todo el proceso y que fue la base para redactar el informe final de resultados. Cada informe recogía los siguientes datos: categoría / código / enunciado temático / referencias / citas significativas de los participantes de los estudios (un ejemplo de este informe se puede consultar en el **Anexo.3**). Adicionalmente, se calculó la frecuencia del efecto de cada enunciado temático, dividiendo el número de informes en los que aparecía entre el número total de informes revisados. Se procuró realizar un metasumario lo más excluyente posible en cada categoría, pero había enunciados que simultáneamente se codificaron en más de una porque su significado invitaba a ello, con objeto de obtener una descripción completa de la categoría.

El análisis fue realizado por la autora de la tesis bajo la supervisión de los directores de la misma. Posteriormente, dos miembros del grupo de investigación con experiencia en investigación cualitativa, revisaron un informe parcial de resultados e incorporaron sugerencias que fueron debatidas y consensuadas por todo el equipo antes de elaborar la propuesta final.

4.1.3. Resultados

El número total de participantes en los 95 estudios seleccionados fue de 1982, procedentes de Australia, Brasil, China, Dinamarca, Iran, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, Uruguay y Estados Unidos. El 18.55% de los participantes procedía del ámbito hospitalario, mientras que el 81.44% del ámbito comunitario.

En cuanto al metasumario, los datos generaron 543 frases que fueron agrupadas en 191 enun-

ciados temáticos. Los enunciados se organizaron en 9 categorías. Tal y como se ha comentado anteriormente, inicialmente se empleó un esquema de 7, pero tras la codificación se generó un esquema de 9. Las categorías finales fueron: "Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma", "Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía", "Significado y vivencia de la nueva realidad corporal", "Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio", "Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación", "Afectación social y laboral", "Afectación y participación de la familia en el proceso", "Asistencia recibida" y "Relación con los profesionales de la salud".

Los cambios más significativos respecto al esquema previo fueron los siguientes: la categoría "Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio" que, inicialmente, estaba como código dentro de la categoría "Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma", se transformó en una categoría independiente. Además, surgieron dos códigos emergentes; por un lado "Espiritualidad", que se incluyó dentro de la categoría "Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación" y, por otro lado, "Economía", que se incluyó como código en la categoría "Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía".

Se exponen a continuación los hallazgos más relevantes de cada categoría, empleando para ello los enunciados temáticos más relevantes. Los resultados se completan con los indicadores de prevalencia o effect size (EF) que aparecen entre paréntesis y pueden ser consultados en la Tabla 4.4.

Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma

El cáncer colorrectal suele ser el diagnóstico que mayoritariamente deriva en la realización de la ostomía. Un aspecto que preocupa a los pacientes tiene que ver con el diagnóstico y la sintomatología. El retraso en el diagnóstico produce falta de credibilidad en el sistema sanitario (ES=4.211). En esta línea, el factor cultural actúa como un claro determinante. Los pacientes están influenciados culturalmente por su percepción de las enfermedades, esto condiciona su sintomatología y a veces el tratamiento, de modo que algunos pacientes se automedican o recurren a la medicina tradicional o alternativa como otra opción respecto al sistema sanitario convencional (ES=4.212). Así en el texto de Maruyama & Zago (2005), un paciente explica: "Yo lo achacaba a una hemorroide, me auto-mediqué tomando castaña de indias"

En cuanto a la influencia del sexo, diferentes estudios explican cómo el constructo cultural de la masculinidad de algunas sociedades, hace que las reacciones de los hombres ante el diagnóstico estén determinadas o impuestas (ES=7.361). Generar un clima adecuado y utilizar un lenguaje adaptado culturalmente para la comunicación del diagnóstico, es otra de las evidencias que surgen de los estudios analizados (ES=7.362). El momento de la intervención quirúrgica es otro elemento clave en la descripción del proceso de enfermedad. Aparecen sensaciones de nerviosismo y fragilidad emocional ante la intervención. La ansiedad pre-quirúrgica con, o sin experiencias quirúrgicas previas, es una manifestación frecuente en estos pacientes (ES=10.521). De este modo lo relata un paciente en el estudio de Notter & Burnard (2006): *"Mi mente no podía dejarme ir y cada vez que me movía o respiraba no podía ignorarlo. Nunca lo olvidaré y no es como el parto [esta participante había tenido dos hijos] se desvanece tan pronto como se acabe y nunca lo olvidaré"*. Así mismo, el desarrollo histórico-cultural del cuerpo en las diferentes sociedades, es otro factor a considerar (ES=3.16). En el postoperatorio, los estudios analizados señalan la importancia de trabajar con la persona los problemas percibidos y la autoimagen después de la operación. Las actitudes positivas minimizan los conflictos posteriores con el entorno y la persona (ES=13.68).

Por último, uno de los códigos centrales de esta categoría se centra en las complicaciones. Las flatulencias, la ubicación del estoma o la imposibilidad de hacer las actividades de una vida normal (cargar peso, jugar fútbol, etc.), provocan en el paciente inquietud y miedo (ES=10.522). Aparece el temor por posibles operaciones posteriores, recidivas de la enfermedad, o alteraciones fisiopatológicas derivadas del estoma (hernias, prolapsos, etc.), (ES=10.523). Algunos estudios muestran que el dolor, o la incomodidad de ir muchas veces al baño, hacen que el paciente lo prefiera como opción a la instauración de la bolsa de colostomía, mientras que, en otros casos, no llevar la bolsa produce inseguridad (ES=3.16). Otra de las complicaciones está asociada a la dimensión sexual, específicamente en lo relacionado con la fertilidad, fecundidad y con las relaciones sexuales (ES=4.213). Un informante del estudio de Mendes, Leite, & Batista (2014), afirma lo siguiente: *"La ostomía es un gran problema para aquellos que son solteros en el momento del sexo, es muy difícil, yo llevaba mucho tiempo sin tener erección, siempre dependerá de la bolsa y tienes que tener siempre a mano una bolsa para el cambio de emergencia que puede ocurrir en cualquier momento."*

Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía

Diferentes estudios explican que las experiencias de vida, las enfermedades previas y el concepto que tienen las personas de sí mismos, condicionan la forma de reaccionar ante la noticia del estoma (ES=11.57). Saber que el estoma es reversible, hace que los pacientes tengan una mejor predisposición, lo que mejora la percepción de su calidad de vida (ES=4.21). Cuando el paciente recibe la noticia, el contacto con profesionales preparados e informados, al igual que el contacto con otros pacientes, es fundamental. Los pacientes necesitan saber las consecuencias de todo el procedimiento y la posibilidad de reconstrucción o no (ES=5.26). Uno de los participantes del estudio de Perry-Woodford (2013), lo explica así: *"No recuerdo que alguien me dijera que podría fallar o sabes, puede que no te convenga, y era algo que no esperaba. Sólo pensé que una vez que se hiciera, estaría bien, pero no lo era"*.

Significado y vivencia de la nueva realidad corporal.

La incertidumbre y la preocupación derivada de la enfermedad y de la creación del estoma se mantienen un tiempo tras la intervención. Pasada la fase aguda, los pacientes tienen que afrontar cambios tanto de imagen como de comportamientos y respuestas emocionales. Experimentan cambios físicos y psicológicos: adelgazamiento, pérdida de control de la evacuación y apatía debido a tantos ingresos (ES=17.89).

La pérdida de masculinidad o feminidad, relacionada con la concepción cultural de la sociedad en la que el paciente se encuentra, es otro de los enunciados a destacar (ES=5.26). También tienen que afrontar la falta de preparación para el autocuidado (ES=11.57).

La persona ostomizada siente que es una carga familiar. Se produce un proceso de enfrentamiento, negación, estrés y aislamiento (ES=12.631). La negación del estoma provoca miedo, resignación, odio hacia sí mismo e impide los autocuidados aumentando la dependencia (ES=24.211). El cambio de imagen corporal es uno de los aspectos más recurrentes en el discurso de los participantes, el cual es peor percibido por la mujeres, lo que hace que disminuyan sus actividades sociales, así como su calidad de vida en general (ES=24.212). Sin embargo, a pesar de la vivencia negativa, esta experiencia se entiende como una oportunidad para seguir viviendo.

Los pacientes realizan ejercicios de autorreflexión y luchan continuamente contra la sensación de pérdida. Un hecho significativo que muestran algunos estudios es que la relación de pareja en algunos casos se fortalece (ES=25.26). Así lo expresa un participante en el estudio de (Silva *et al.*, 2010): *"El apoyo de mi esposa fue fundamental. Siempre comprensiva. Siempre percibí que mi vida podía regresar a la normalidad, con amigos, mi vida afectiva y sexual. No es fácil esa adaptación, pero te tienes que conformar y tienes que aprender a vivir con la ostomía"*.

Los pacientes intentan volver a la rutina lo antes posible (ES=12.632). Sin embargo, cuando hay una mala evolución del estoma, se produce un retraso en la asimilación y en la vuelta a la normalidad, provocando malestar (ES=3.16). Las dificultades en la adaptación a la nueva realidad corporal produce limitaciones en el día a día (ES=14.73). No obstante, a pesar de las dificultades, los pacientes manifiestan que viven mejor con la bolsa que con la enfermedad, es decir, perciben que la bolsa les aleja u oculta la presencia de la enfermedad, que la perciben como una mayor amenaza (ES=8.42).

Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio

Con la creación del estoma, los pacientes comienzan a valorar otros aspectos de la vida que antes no contemplaban. Se ponen en marcha mecanismos para preservar la personalidad y se reconstruye una nueva identidad (ES=15.78). En la medida que el paciente se va adaptando a su nueva situación, acepta la realidad y avanza en su propia existencia (ES=18.95). Alguno de los informantes comentan: *"Enfadarse sólo empeora las cosas. Pero como es algo a lo que tenemos que adaptarnos, es la única salida"* (Backes, Backes, & Erdmann, 2012). Y en el estudio de Bulkley *et al.* (2013), otro participante afirma: *"Me siento como si tuviera una segunda oportunidad de vivir cuando necesitaba una cirugía de colostomía. . . Estoy agradecido de que soy un superviviente del cáncer de colon. Me encuentro disfrutando más cosas. Ahora me gusto más"*.

Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación

La tendencia habitual del sujeto es alcanzar la máxima autonomía, de modo que el autocuidado es la estrategia principal para ello. El inicio del autocuidado es complejo, pero se acaban estableciendo rutinas y conociendo bien los cuidados del estoma: alimentación, cambio de bolsa,

dispositivos, higiene, etc. (ES=33.69). A veces, se necesita la ayuda de un cuidador o un miembro de la familia para detectar complicaciones (ES=18.95). La educación sanitaria y la consulta a los profesionales es un punto clave para mejorar el autocuidado y mejorar el afrontamiento del estoma y prevenir complicaciones a medio y largo plazo (ES=17.89). Son significativas las estrategias para mantener la autoestima y la seguridad como mecanismos de afrontamiento del cambio de imagen corporal (ES=26.32). El apoyo de la pareja y la red social es un factor clave en la aceptación de la imagen (ES=12.63). Internet es un recurso útil para buscar información y para la conexión con otras personas en situación similares, y con profesionales que les ayudan y dan consejos (ES=6.31). Uno de los informantes del estudio de Frolich (2012), así lo señala: *"Internet fue un gran lugar para comenzar mi divulgación. Me pareció un entorno seguro y relativamente anónimo para conocer a otros. La confianza que gané en este espacio me permitió revelar mi ostomía de una forma más cómoda a mi familia y amigos"*.

Por último, la espiritualidad emerge como un área de intervención relevante. Partiendo de las diferencias culturales entre los países representados en la revisión, según lo explican diferentes estudios, la espiritualidad ayuda a los pacientes a interpretar su condición de salud y a superar los momentos difíciles (ES=20). En el estudio de Carvalho *et al.* (2015), uno de los informantes afirma: *"Creo en Dios [...] Soy un firme creyente en Dios, que Dios me ayudó mucho a través de esto [...] incluso el médico me dijo, después de recuperarme, que Dios estaba con él durante la cirugía"*.

Afectación social y laboral

La ostomía puede producir una separación o pérdida parcial o total del trabajo, lo que conlleva una pérdida de la situación socioeconómica y sentimientos de impotencia (ES=25.261). A este respecto, los hombres perciben una pérdida de su masculinidad al perder el rol de sustento económico de la familia, debido a que el trabajo es el marco de referencia para la construcción de la identidad masculina (ES=5.26). Para los pacientes, la vuelta al trabajo es agradable tras recuperarse de la cirugía. Informar previamente a sus compañeros de su condición clínica, se considera beneficioso porque favorece la comprensión su estado de salud (ES=3.16). El compartir experiencias en grupos de ayuda mutua es una estrategia efectiva para mejorar el afrontamiento (ES=15.78).

Para facilitar la adaptación al entorno laboral, los pacientes crean hábitos para evitar realizar muchos cambios de bolsa o cuidados del estoma durante el horario de trabajo (ES=1.05). A pesar de los esfuerzos por adaptarse, algunos estudios muestran que las personas con estomas digestivos sienten vergüenza en el trabajo por los ruidos y olores que genera el estoma y las heces. También tienen miedo a dañarse el estoma o a ser despedidos por su situación (ES=9.471). De esta forma, en la investigación de Grant *et al.* (2011), lo refleja un informante: " *Estaba teniendo accidentes. Y yo era profesor. Me sentí totalmente avergonzado. Tú, a lo mejor, no piensas mucho en ello, excepto cuando estás teniendo un accidente en el trabajo, eso es realmente difícil*".

La actitud de las personas portadoras de estomas digestivos respecto a la red social es variable. Algunas personas comunican su situación de salud para ayudar a mantener las relaciones sociales (ES=10.52). Otros lo ocultan por miedo o preocupación a la reacción que tendrán los que les rodean. Esto puede generar situaciones estresantes y traumáticas que favorecen aún más el aislamiento (ES=9.472). El apoyo social es clave para el afrontamiento efectivo del estoma. Los pacientes viven un auténtico duelo por la pérdida sufrida, de modo que el apoyo de familia y amigos atenúa la situación (ES=25.262).

La economía es otro de los aspectos que preocupan a los pacientes, ya que el estoma y sus cuidados supone un desembolso económico difícil de asumir por los pacientes y sus familias, obligándoles a veces a modificar su estilo de vida (ES=7.36). En el estudio de Dabirian *et al.* (2011), uno de los participantes afirma: " *Cada bolsa cuesta entre 13.000-14.000 Rials, y necesitamos al menos una bolsa nueva cada día, y si no observamos nuestra dieta, podemos necesitar más de dos bolsas por día. La mayoría de nosotros somos sólo empleados con un salario bajo, así que ¿cómo podemos pagarlo?*". Hay que tener en cuenta que este tema genera cierta variabilidad debido a que, las realidades de los diferentes países, pueden variar dependiendo del sistema de prestaciones sanitarias que tengan.

Afectación y participación de la familia en el proceso

La familia es la primera fuente de soporte social. Generalmente, los cuidadores son los padres, las hijas y pareja. Según lo expresan los participantes, la pareja juega un papel clave como figura de apoyo, tanto instrumental en los cuidados, como emocional tras la cirugía. Esta situación conlleva a que teman sobre el proceso de adaptación de su pareja a la nueva condición (ES=20.1).

Algunos estudios muestran que aparecen sentimientos de impotencia y actitudes de rebeldía en el paciente cuando no recibe el apoyo de la familia (ES=8.421). Los pacientes que tienen hijos muestran preocupación por su bienestar y por cómo les afectará su nueva situación (ES=9.47).

También les preocupa la relación de pareja, ya que influye en el afrontamiento y recuperación. Todo ello genera la necesidad de una comunicación más plena e intensa entre los miembros de la familia (ES=11.57).

Algunos estudios también identifican situaciones de desgaste con la pareja, que puede verse agravado por la afectación de la esfera sexual a causa del estoma (ES=18.95). Uno de los códigos centrales en esta categoría es la sexualidad, que algunos estudios la señalan como un elemento clave para contribuir al éxito o fracaso de la relación y el bienestar de la pareja (ES=3.16). La alteración de la imagen corporal afecta a la sexualidad, pudiendo producir pérdida de libido, impotencia, baja autoestima o alteraciones de la eyaculación (ES=8.422).

Asistencia recibida y relación con los profesionales de la salud

Aunque en el análisis se trabajaron como categorías independientes, consideramos más apropiado presentar sus hallazgos conjuntamente dada la afinidad de ambas.

Diferentes estudios resaltan la figura de la enfermera como asesora, consultora y gestora de cuidados en la relación terapéutica (ES=15.78). La información proporcionada a los pacientes se convierte en un pilar fundamental sobre el que se articula la relación paciente-profesional. Cuando la información, educación y preparación previa a la intervención existe, es muy bien valorada (ES=23.161). La información debe ser apropiada en cantidad y en un lenguaje claro, sencillo y adaptado al nivel educacional de los pacientes.

Los pacientes también valoran que se les comuniquen los aspectos más negativos del proceso (ES=10.52). Según los estudios revisados, es evidente que el abordaje asistencial de la persona con estoma digestivo debe ser integral, no sólo centrarse en aspectos físicos, sino contemplar el resto de esferas (vida social y familiar, sexualidad, espiritualidad, etc.), además de tener en cuenta factores como la edad del sujeto. Por tanto, es importante el desarrollo de planes de cuidados pre y post operatorios tempranos, individualizados y holísticos (ES=11.57). Otro aspecto fundamental para mejorar la atención sanitaria, es poner en conocimiento de los pacientes las asociaciones de ostomizados, ya que éstas permiten compartir experiencias similares, ayudando

en el abordaje de la nueva situación (ES=3.16).

El seguimiento de pacientes, tras el alta, a través de la continuidad de cuidados es valorado positivamente (ES=7.36). Así, algunos estudios ponen de manifiesto que la falta de tiempo y la falta de conocimientos específicos de los profesionales para realizar los cuidados necesarios, son factores que dificultan la recuperación y el afrontamiento (ES=4.21).

El trato recibido es otro tema relevante. Algunos estudios muestran que los pacientes perciben una falta de diálogo y comunicación con los profesionales sanitarios, así como falta de accesibilidad a ellos, lo que conlleva a que los pacientes sientan que pierden sus derechos (ES=17.89). Por el contrario, el tiempo de escucha que dedican las enfermeras, es considerado como algo fundamental para transmitir las opciones terapéuticas que pueden llevar al sujeto a la plena autonomía y, además, supone una descarga emocional (ES=8.42).

Los participantes de algunos estudios señalan lo positivo de poder acceder a un equipo multidisciplinar (enfermeras, médicos, psicólogos), y conceden mucha importancia a la especialización de las enfermeras como estomaterapeutas (ES=23.162). Así se refleja en el estudio de Mota *et al.* (2016): *"No me quería cuidar. En los primeros meses no me quería mover, hasta que la cicatriz no estuvo bien.. Pero después fui al Servicio de Estomaterapia y consulté con la enfermera, aprendí bien y empecé a hacerlo sola"*.

Tabla 4.4: Indicador de prevalencia. Referencias

<i>Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma</i>	
4.211	Bonill de las Nieves 2008; Dázio et al. 2009; Silva & Shimizu 2006; Violin & Sales 2010
4.212	Martins et al. 2006; Maruyama & Zago 2005; Mendes et al. 2013; Petuco & Martins 2006a
7.361	Almeida et al. 2010; Cardoso et al. 2015; Dázio et al. 2009; García López 2006; Gomes et al. 2010; Petuco & Martins 2006b; Violin & Sales 2010
7.362	Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Bonill de las Nieves 2008; Carvalho et al. 2015; Gomes et al. 2010; Martins et al. 2011; Maruyama & Zago 2005; Violin & Sales 2010
10.521	Almeida et al. 2010; Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Bonill de las Nieves 2008; Delavechia et al. 2010; Gomes et al. 2010; Notter & Burnard 2006; Owen et al. 2008; Petuco & Martins 2006a; Sinclair 2009; Violin & Sales 2010.
13.68	Barros et al. 2008; Batista et al. 2011; Bonill de las Nieves 2008; Couto & Medeiros 2013; Danielsen et al. 2013a; Farias et al. 2004; García López 2006; Gomes et al. 2010; Persson & Hellström 2002; Sales et al. 2010; Santos et al. 2006; Silva & Shimizu 2006; Sonobe et al. 2002
10.522	Anderson et al. 2010; Annells 2006; Bonill de las Nieves et al. 2014; Dabirian et al. 2011; Kimura et al. 2013; Perrin 2012; Sinclair 2009; Sonobe et al. 2002; Sun et al. 2013; Wilson et al. 2010
10.523	Barros et al. 2008; Bonill de las Nieves et al. 2014; Dabirian et al. 2011; Farias et al. 2004; García López 2006; Martins et al. 2011; Mota & Gomes 2013; Notter & Burnard 2006; Silva & Shimizu 2006; Sun et al. 2013
3.161	Martins et al. 2006; Maruyama & Zago 2005; Tao et al. 2014
3.162	Bonill de las Nieves 2008; Owen et al. 2008; Perry-Woodford 2013
4.213	Cardoso et al. 2015; Kimura et al. 2013; Mendes et al. 2014; Perrin 2012
<i>Factores que condiciona el afrontamiento de la noticia de la ostomía</i>	
11.57	Anderson et al. 2010; Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Carvalho et al. 2015; Dázio et al. 2009; Lobão et al. 2009; Mendes et al. 2014; Petuco & Martins 2006a; Perry-Woodford 2013; Poletto & Silva 2014; Sales et al. 2010; Tao et al. 2014
4.21	Danielsen et al.2013; Neuman et al. 2012; Sinclair 2009; Owen et al. 2008
5.26	Lobão et al. 2009; Menezes et al. 2013; Poletto & Silva 2014; Petuco & Martins 2006b; Perry-Woodford 2013; Sun et al. 2014
<i>Significado y vivencia de la nueva realidad corporal</i>	
17.89	Almeida et al. 2010; Cardoso et al. 2015; Cassero & Aguiar 2009; Couto & Medeiros 2013; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Danielsen et al. 2013a; Danielsen et al. 2013b; Mendes et al. 2013; Mota et al. 2015; Mota et al. 2016; Owen et al. 2008; Persson et al. 2004; Poletto & Silva 2014; Ramirez et al. 2014; Santos et al. 2013; Sinclair 2009; Silva et al. 2014;
5.26	Danielsen et al. 2013a; Dázio et al. 2009; Lobão et al. 2009; Notter & Burnard 2006; Santos et al. 2008
11.57	Danieslen et al.2013a; Danielsen et al.2013b; Martín Muñoz et al. 2010; McMullen et al. 2011; Notter & Burnard 2006; Persson et al. 2004; Santos et al. 2006; Santos et al. 2008; Silva & Shimizu 2006; Vieira et al. 2013; Wilson et al. 2010
12.631	Almeida et al. 2010; Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Barros et al. 2008; Couto & Medeiros 2013; Frolich 2012; Manderson 2005; Martín Muñoz et al. 2010; Mauricio et al. 2014b; Notter & Burnard 2006; Petuco & Martins 2006a; Ramirez et al. 2014; Silva et al. 2014
24.211	Coelho et al. 2013; Couto & Medeiros 2013; Danielsen et al.2013b; Gomes et al. 2010; Grant et al. 2011; Krouse et al. 2009; Lobão et al. 2009; Manderson 2005; Menezes & Quintana 2008; Mauricio et al. 2014b; Mota et al. 2015; Mota et al. 2016; Notter & Burnard 2006; Perry-Woodford 2013; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Ramirez et al. 2009; Ramirez et al. 2014; Sales et al. 2010; Silva & Shimizu 2006; Silva et al. 2010; Silva et al. 2014; Wilson et al. 2010
24.212	Albuquerque et al. 2009; Almeida et al. 2006; Almeida et al. 2010; Anderson et al. 2010; Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Batista et al. 2011; Cardoso et al. 2015; Cassero & Aguiar 2009b; Couto & Medeiros 2013; Danielsen et al. 2013b; Delavechia et al. 2010; Farias et al. 2004; Frolich 2012; Grant et al. 2011; Lobão et al. 2009; McMullen et al. 2011; Mendes et al. 2014; Persson et al. 2004; Ramirez et al. 2014; Sinclair 2009; Sonobe et al. 2002; Souza et al. 2011; Thorpe et al. 2013; Sun et al. 2014
25.26	Anderson et al. 2010; Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Bulkley et al. 2013; Cardoso et al. 2015; Cassero & Aguiar 2009; Couto & Medeiros 2013; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Farias et al. 2004; García López 2006; Gomes et al. 2010; Krouse et al. 2009; Lobão et al. 2009; Martín Muñoz et al. 2010; Mendes et al. 2014; Mota & Gomes 2013; Neuman et al. 2012; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Persson et al. 2004; Perry-Woodford 2013; Santos et al. 2006; Silva et al. 2010; Sinclair 2009; Vieira et al. 2013
12.632	Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Barros et al. 2008; Batista et al. 2011; Bonill de las Nieves 2008; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; García López 2006; Lobão et al. 2009; Owen et al. 2008; Persson & Hellström 2002; Petuco & Martins 2006a; Souza et al. 2007; Thorpe et al. 2013
3.16	Bonill de las Nieves 2008; Dabirian et al. 2011; Notter & Burnard 2006
14.73	Carvalho et al. 2015; Bulkley et al. 2013; Ferreira Umpiérrez 2013; Lobão et al. 2009; Martín Muñoz et al. 2012; Mauricio et al. 2014a; Mendes et al. 2014; Menezes & Quintana 2008; Notter & Burnard 2006; Paula et al. 2012; Persson & Hellström 2002; Poletto & Silva 2014; Sinclair 2009; Vieira et al. 2013

Tabla 4.4 – (Continuación)

8.42	Bulkley et al. 2013; Cassero & Aguiar 2009; Coelho et al. 2013; Lobão et al. 2009; Neuman et al. 2012; Persson & Hellström 2002; Persson et al. 2004; Santos et al. 2013
Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio	
15.78	Anderson et al. 2010; Backes et al. 2012; Bulkley et al. 2013; Cassero & Aguiar 2009; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Farias et al. 2004; Frolich 2012; Gomes et al. 2010; Gomes et al. 2011; Mauricio et al. 2014a; Mota et al. 2016; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Silva & Shimizu 2006; Souza et al. 2011
18.95	Anderson et al. 2010; Backes et al. 2012; Barnabe & Dell’Aqua Queiroz 2008; Batista et al. 2011; Bulkley et al. 2013; Carvalho et al. 2015; Cassero & Aguiar 2009; Dázio et al. 2009; Delavechia et al. 2010; Gomes et al. 2010; Gomes et al. 2011; Lobão et al. 2009; Mendes et al. 2014; Mota et al. 2016; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Tao et al. 2014
Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación	
33.69	Alves et al. 2013; Backes et al. 2012; Barnabe & Dell’Aqua Queiroz 2008; Barros et al. 2008; Beaver et al. 2010; Bonill de las Nieves 2008; Bonill de las Nieves et al. 2014; Coelho et al. 2013; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Dabirian et al. 2011; Danielsen et al. 2013b; Dázio et al. 2009; Farias et al. 2004; Ferreira Umpiérrez 2013; Gomes et al. 2010; Gomes & Brandão 2012; Kimura et al. 2013; Martín Muñoz et al. 2010; Martín Muñoz et al. 2012; McMullen et al. 2011; Mota & Gomes 2013; Mota et al. 2016; Nascimento et al. 2011; Neuman et al. 2012; Petuco & Martins 2006b; Perrin 2012; Perry-Woodford 2013; Sales et al. 2010; Silva et al. 2010; Sun et al. 2013; Thorpe et al. 2013; Wilson et al. 2010
18.95	Barros et al. 2008; Beaver et al. 2010; Calcagno Gomes et al. 2012; Carvalho et al. 2015; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; Ferreira Umpiérrez 2013; Mendes et al. 2013; McMullen et al. 2011; Mota & Gomes 2013; Neuman et al. 2012; Notter & Burnard 2006; Perrin 2012; Petuco & Martins 2006b; Petuco & Martins 2006a; Sinclair 2009; Thorpe et al. 2013; Vieira et al. 2013
17.89	Barros et al. 2008; Cassero & Aguiar 2009; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Dabirian et al. 2011; Ferreira Umpiérrez 2013; Gomes et al. 2010; Martín Muñoz et al. 2010; Martín Muñoz et al. 2012; Menezes et al. 2013; Mota & Gomes 2013; Nascimento et al. 2011; Neuman et al. 2012; Notter & Burnard 2006; Owen et al. 2008; Poletto & Silva 2013; Silva et al. 2010; Thorpe et al. 2013.
26.32	Anderson et al. 2010; Barros et al. 2008; Batista et al. 2011; Coelho et al. 2013; Calcagno Gomes et al. 2012; Farias et al. 2004; Gomes et al. 2010; Gomes et al. 2011; Grant et al. 2011; Kimura et al. 2013; Lobão et al. 2009; Manderson 2005; Mendes et al. 2013; Martín Muñoz et al. 2010; Menezes & Quintana 2008; Mota & Gomes 2013; Mota et al. 2015; Nascimento et al. 2011; Notter & Burnard 2006; Persson & Hellström 2002; Petuco & Martins 2006b; Sales et al. 2010; Santos et al. 2008; Sonobe et al. 2002; Vieira et al. 2013
12.63	Altschuler et al. 2009; Couto & Medeiros 2013; Farias et al. 2004; Lobão et al. 2009; Mendes et al. 2014; Notter & Burnard 2006; Poletto & Silva 2014; Ramirez et al. 2009; Sales et al. 2010; Santos et al. 2013; Silva et al. 2014; Sousa et al. 2013
6.31	Bonill de las Nieves et al. 2014; Carvalho et al. 2015; Frolich 2012; García López 2006; Sinclair 2009; Thorpe et al. 2013
20	Almeida et al. 2006; Almeida et al. 2010; Backes et al. 2012;; Carvalho et al. 2015; Couto & Medeiros 2013; Ferreira Umpiérrez 2013; Gomes et al. 2011; Gomes et al. 2010; Martins et al. 2011; Petuco & Martins 2006b; Petuco & Martins 2006a; Sales et al. 2010; Santana et al. 2010; Santos et al. 2006; Santos et al. 2013; Silva & Shimizu 2006; Silva et al. 2010; Vieira et al. 2013; Violin & Sales 2010
Afectación social y laboral	
25.261	Cassero & Aguiar 2009; Coelho et al. 2013; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Dabirian et al. 2011; Dázio et al. 2009; Farias et al. 2004; Gomes et al. 2010; Gomes et al. 2011; Lobão et al. 2009; Mauricio et al. 2014a; Mauricio et al. 2014b; Mendes et al. 2013; Mendes et al. 2014; Mota & Gomes 2013; Nascimento et al. 2011; Owen et al. 2008; Perry-Woodford 2013; Persson & Hellström 2002; Petuco & Martins 2006b; Poletto & Silva 2013; Souza et al. 2007; Silva & Shimizu 2006; Souza et al. 2011; Violin & Sales 2010
5.26	Cardoso et al. 2015; Dabirian et al. 2011; Dázio et al. 2009; Farias et al. 2004; Gomes et al. 2011; Souza et al. 2011
3.16	Anderson et al. 2010; Ferreira Umpiérrez 2013; Sinclair 2009
15.78	Anderson et al. 2010; Backes et al. 2012; Batista et al. 2011; Carvalho et al. 2015; Farias et al. 2004; Gomes et al. 2010; Manderson 2005; Martín Muñoz et al. 2012; Martins et al. 2011; Mota et al. 2016; Perry-Woodford 2013; Sales et al. 2010; Sonobe et al. 2002; Sun et al. 2014; Violin & Sales 2010
1.05	Anderson et al. 2010
9.471	Grant et al. 2011; Martín Muñoz et al. 2012; Mauricio et al. 2014a; Mauricio et al. 2014b; Nascimento et al. 2011; Persson & Hellström 2002; Poletto & Silva 2013; Sinclair 2009; Souza et al. 2007
10.52	Almeida et al. 2010; Barros et al. 2008; Bonill de las Nieves 2008; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Frolich 2012; Manderson 2005; Martín Muñoz et al. 2010; Mota et al. 2016; Persson & Hellström 2002; Sinclair 2009
9.472	Anells 2006; Lobão et al. 2009; Martín Muñoz et al. 2010; Mauricio et al. 2014a; Mendes et al. 2013; Mendes et al. 2014; Mota & Gomes 2013; Notter & Burnard 2006; Sun et al. 2013

Tabla 4.4 – (Continuación)

25.262	Anderson et al. 2010; Backes et al. 2012; Barros et al. 2008; Batista et al. 2011; Coelho et al. 2013; Crespillo Díaz & Martín Muñoz 2012; Dázio et al. 2009; Ferreira Umpiérrez 2013; García López 2006; Grant et al. 2011; Lobão et al. 2009; Martín Muñoz et al. 2010; Mauricio et al. 2014b; Mauricio et al. 2014a; Mota & Gomes 2013; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Sales et al. 2010; Silva et al. 2014; Sonobe et al. 2002; Souza et al. 2007; Vieira et al. 2013; Violin & Sales 2010; Wilson et al. 2010
7.36	Dabirian et al. 2011; Grant et al. 2011; Mauricio et al. 2014a; Mauricio et al. 2014b; McMullen et al. 2011; Menezes et al. 2013; Poletto & Silva 2013
<i>Afectación y participación de la familia en el proceso</i>	
21.05	Altschuler et al. 2009; Anderson et al. 2010; Barros et al. 2008; Carvalho et al. 2015; Couto & Medeiros 2013; Farias et al. 2004; Lobão et al. 2009; Manderson 2005; McMullen et al. 2011; Mendes et al. 2014; Menezes & Quintana 2008; Mota et al. 2015; Ramirez et al. 2009; Silva et al. 2010; Souza et al. 2011; Persson et al. 2004; Sousa et al. 2013; Santos et al. 2013; Tao et al. 2014; Vieira et al. 2013
8.421	Carvalho et al. 2015; Farias et al. 2004; Couto & Medeiros 2013; Mendes et al. 2014; Mota et al. 2015; Santos et al. 2013; Sousa et al. 2013; Tao et al. 2014
9.47	Dabirian et al. 2011; Kimura et al. 2013; Manderson 2005; Paula et al. 2012; Santos et al. 2006; Silva & Shimuzu 2007; Sonobe et al. 2002; Sun et al. 2013; Vieira et al. 2013
11.57	Altschuler et al. 2009; Bonill de las Nieves 2008; Farias et al. 2004; Kimura et al. 2013; McMullen et al. 2011; Menezes et al. 2013; Notter & Burnard 2006; Ramirez et al. 2009; Sinclair 2009; Silva & Shimuzu 2007; Violin & Sales 2010
18.95	Altschuler et al. 2009; Cardoso et al. 2015; Danielsen et al. 2013a; Gomes & Brandão 2012; Gomes et al. 2010; Gomes et al. 2011; Manderson 2005; Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; McMullen et al. 2011; Mota & Gomes 2013; Notter & Burnard 2006; Paula et al. 2012; Persson et al. 2004; Ramirez et al. 2009; Santos et al. 2013; Silva et al. 2014; Sousa et al. 2013; Sun et al. 2013
3.16	Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; Mota & Gomes 2013; Paula et al. 2012
8.422	Cardoso et al. 2015; Coelho et al. 2013; Couto & Medeiros 2013; Mendes et al. 2014; Paula et al. 2012; Santos et al. 2013; Silva et al. 2014; Sousa et al. 2013
<i>Asistencia recibida y relación con los profesionales de la salud</i>	
15.78	Anderson et al. 2010; Batista et al. 2011; Couto & Medeiros 2013; Danielsen et al. 2013b; Ferreira Umpiérrez 2013; Mendes et al. 2013; Mendes et al. 2014; Menezes et al. 2013; Mota et al. 2015; Mota et al. 2016; Owen et al. 2008; Poletto & Silva 2013; Santos et al. 2006; Thorpe et al. 2013; Violin & Sales 2010
23.161	Cardoso et al. 2015; Carvalho et al. 2015; Coelho et al. 2013; Danielsen et al. 2013b; Martín Muñoz et al. 2010; Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; Martins et al. 2011; Menezes et al. 2013; Mota & Gomes 2013; Nascimento et al. 2011; Notter & Burnard 2006; Persson & Hellström 2002; Perrin 2012; Perry-Woodford 2013; Poletto & Silva 2014; Poletto & Silva 2013; Silva et al. 2010; Souza et al. 2007; Sun et al. 2014; Tao et al. 2014; Thorpe et al. 2013; Wilson et al. 2010
10.52	Carvalho et al. 2015; Cardoso et al. 2015; Danielsen et al. 2013a; Sun et al. 2014; Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; Perry-Woodford 2013; Poletto & Silva 2014; Souza et al. 2011; Tao et al. 2014; Wilson et al. 2010
11.57	Almeida et al. 2006; Anderson et al. 2010; Barros et al. 2008; Coelho et al. 2013; Farias et al. 2004; Mauricio et al. 2014a; Notter & Burnard 2006; Santos et al. 2013; Souza et al. 2011; Sun et al. 2014; Vieira et al. 2013
3.16	Backes et al. 2012; Barros et al. 2008; Danielsen et al. 2013b
7.36	Backes et al. 2012; Menezes et al. 2013; Santos et al. 2013; Sinclair 2009; Sun et al. 2014; Thorpe et al. 2013; Vieira et al. 2013
4.21	Cardoso et al. 2015; Notter & Burnard 2006; Poletto & Silva 2014; Thorpe et al. 2013
17.89	Cardoso et al. 2015; Cunha et al. 2012; Danielsen et al. 2013a; Ferreira Umpiérrez 2013; Gomes & Brandão 2012; Martín Muñoz et al. 2010; Notter & Burnard 2006; Persson et al. 2004; Petuco & Martins 2006; Persson & Hellström 2002; Poletto & Silva 2013; Poletto & Silva 2014; Perry-Woodford 2013; Sinclair 2009; Sun et al. 2014; Thorpe et al. 2013; Vieira et al. 2013
8.42	Danielsen et al. 2013; Perry-Woodford 2013; Poletto & Silva 2014; Sinclair 2009; Souza et al. 2007; Sun et al. 2014; Thorpe et al. 2013; Vieira et al. 2013
23.162	Beaver et al. 2010; Carvalho et al. 2015; Coelho et al. 2013; Cardoso et al. 2015; Cunha et al. 2012; Danielsen et al. 2013a; Dázio et al. 2009; Gomes et al. 2010; Martins & Alvim 2010; Martín Muñoz & Crespillo Díaz 2015; Mota et al. 2015; Mota et al. 2016; Nascimento et al. 2011; Poletto & Silva 2013; Poletto & Silva 2014; Ramirez et al. 2014; Silva et al. 2010; Sonobe et al. 2002; Souza et al. 2007; Sun et al. 2013; Vieira et al. 2013; Thorpe et al. 2013

Nota: Se ha optado por unificar las referencias nombrando al primer y al segundo autor, si había dos autores. A partir de tres autores se nombra el primero y se añade 'et al' para el resto.

4.1.4. Discusión

Las revisiones sistemáticas de los estudios cualitativos proporcionan una visión amplia de la experiencia de las personas ante problemas de salud. Este trabajo se centró en comprender la experiencia de personas que viven con una ostomía, a partir de una revisión exhaustiva que incluye trabajos de varios países, como representación de Europa, Estados Unidos, América Latina, Australia y Asia.

El análisis ha permitido identificar elementos comunes presentes en los estudios analizados, lo cual fortalece la relevancia internacional del trabajo. Por otro lado, esta revisión actualiza los hallazgos ya generados en trabajos previos de similares características, si bien el número de trabajos analizados y la representación de países es más significativa que los anteriores (Tao *et al.*, 2014; Thorpe *et al.*, 2009).

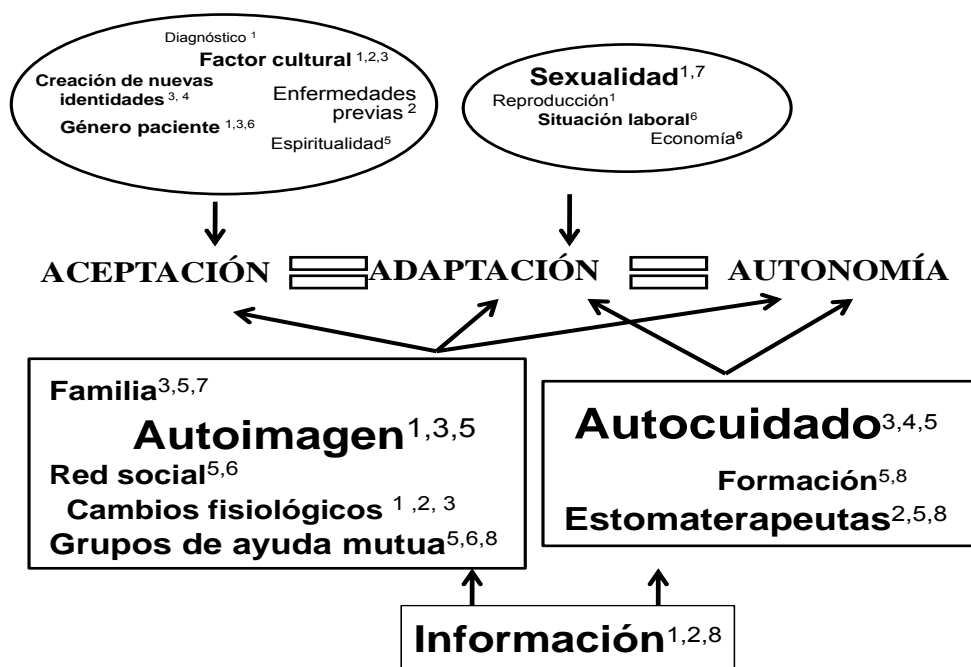
El estudio previo del que parte esta revisión (Bonill de las Nieves, 2011), definió un modelo conceptual del padecimiento de las personas portadoras de estomas digestivos. Denominamos a este modelo, como el "Modelo de la triple A: Aceptación, Adaptación, Autonomía" (Figura 4.11). Los hallazgos de la revisión afianzan los principales postulados del modelo a la vez que han enriquecido el mismo, incorporando algunos matices para una mejor comprensión.

En este sentido, de acuerdo con las experiencias de los informantes de los estudios revisados, podríamos decir que, una vez que se produce el debut de los primeros síntomas, las personas portadoras de estomas digestivos inician un proceso con objeto de alcanzar la Autonomía. Este proceso está en consonancia con las teorías de Lazarus sobre el manejo del estrés y las emociones y sus implicaciones en el manejo de enfermedades. Así, el modelo lo describiría como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, que las personas que viven con un estoma, ponen en marcha para responder a las demandas específicas ante una situación percibida como problemática y que están orientadas a restablecer el equilibrio (Lazarus, 2006).

El primer paso consistiría en conseguir *Aceptar* el diagnóstico de la enfermedad, así como aceptar que van a ser ostomizados. La aceptación, tanto de la enfermedad que deriva en el estoma, como de la modificación corporal que se produce tras la cirugía, permitirá que la persona, no sólo inicie el proceso de *Adaptación* a su nueva realidad corporal, sino que consiga una mejor adaptación que en el caso de las personas que no han aceptado el diagnóstico y la presencia del

estoma. En este proceso, intervendrían múltiples factores, cuya influencia favorecerá o retrasará el hecho de que la persona consiga adaptarse a su nueva situación.

Entre los factores que podrían favorecer este proceso estarían: el apoyo de la familia y amigos, el contar con la enfermera estomaterapeuta, las creencias, la posibilidad de reconstrucción, la puesta en marcha mecanismos de afrontamiento (pensar en positivo, ser optimistas, etc.), el contar con el grupo de iguales y opciones técnicas para el manejo del estoma, entre otros. Como factores que podrían dificultar este proceso estarían: los problemas relacionados con la gestión asistencial, el fracaso terapéutico, problemas económicos, así como la ausencia de los factores favorecedores anteriormente comentados.



^a: Los enunciados temáticos más relevantes se expresan en forma de código dentro de la figura. Se indica en qué categoría aparece cada uno. Además, en el tamaño y resaltado de la letra se ha tenido en cuenta el indicador de prevalencia.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 1. Descripción del proceso de enfermedad, 2. Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía, 3. Significado y vivencia de la nueva realidad corporal, 4. Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio, 5. Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación, 6. Afectación social y laboral, 7. Afectación y participación de la familia en el proceso y 8. Asistencia recibida y relación con los profesionales de la salud.

Figura 4.2: Modelo Triple A (Bonill de las Nieves, 2011) modificado^a

A lo largo de todo el proceso, Aceptación-Adaptación-Autonomía, el factor de mayor peso es la información proporcionada al paciente, al encontrarse directamente vinculada a todos los demás factores, contribuyendo de forma importante en la progresión de la persona. Destaca

igualmente la figura de la enfermera estomaterapeuta, que se convierte en un pilar fundamental para garantizar un afrontamiento efectivo del sujeto, que le permita desarrollar estrategias de autocuidados que le lleven a alcanzar la plena autonomía del proceso. De hecho, estudios previos (Coca & García-Llana, 2015), han demostrado la efectividad de estos profesionales, destacando que los pacientes atendidos por enfermeras especialistas, gastan un 70 % menos, tienen menor número de ingresos hospitalarios por complicaciones, el coste medio directo es la mitad que si no tuvieran como referente un enfermero especialista, y lo más importante, el bienestar es mucho mayor, sufriendo menos dolor y teniendo mejor calidad de vida.

Debilidades y fortalezas

Con el fin de contribuir a dar uniformidad a las publicaciones de estudios de síntesis cualitativa, este trabajo está en línea con la guía "Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research" (Tong, Flemming, McInnes, Oliver, & Craig, 2012). Conviene señalar la dificultad que ha supuesto la elección de una estrategia de síntesis de estudios cualitativos, debido a la heterogeneidad existente. Se ha optado por seguir las directrices de (Sandelowski, Docherty, & Emden, 1997), porque ofrece procedimientos que eran de fácil aplicación al objetivo que se pretendía, además de ofrecer la posibilidad de obtener indicadores cuantitativos que han sido útiles en el proceso de síntesis.

En relación a las categorías descritas, se ha optado por un modelo previo que funcionó adecuadamente en un estudio anterior, de modo que esta revisión ha fortalecido la coherencia del esquema de categorías y, consecuentemente, del modelo generado. No obstante, han quedado algunas preguntas pendientes de resolver, por ejemplo, las diferencias en función del tipo de enfermedad que deriva en el estoma, es una línea que habrá que explorar para matizar definitivamente el modelo y los hallazgos de la revisión. También sería interesante contrastar el modelo conceptual elaborado con teorías ya consolidadas. Por ejemplo, en el ámbito enfermero se intuyen ciertas sinergias con el modelo de autocuidados de Orem (Marriner & Raile, 2007), que convendría explorar en un análisis teórico más profundo. En este línea, cabe preguntarse si este modelo puede extrapolarse a otros problemas de salud, especialmente en el campo de la cronicidad, o en los que se producen pérdidas de elementos corporales (amputaciones, mastectomías, etc.). Esta cuestión ya se suscitó con el modelo original y convendría profundizar en ella

en futuras investigaciones.

Implicaciones prácticas

El modelo de la triple A puede ayudar a sistemas sanitarios y a los profesionales a diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de personas que viven una ostomía, ya que marca un itinerario coherente con el proceso e identifica aquellos factores que pueden facilitar u obstaculizar el mismo. En este sentido, este modelo ofrece un marco teórico de interés para el desarrollo de guías de práctica clínica, protocolos, vías clínicas, etc. Además, puede ser útil como base teórica para el desarrollo de futuras investigaciones.

ESTUDIO II

*Producción científica en investigación cualitativa sobre la experiencia de
personas con estoma digestivo*

4.2. ESTUDIO II. Producción científica en investigación cualitativa sobre la experiencia de personas con estoma digestivo.

4.2.1. Objetivos

El objetivo de este estudio fue realizar un análisis bibliométrico de la producción científica sobre el padecimiento ante la ostomía procedente de investigaciones cualitativas.

4.2.2. Metodología

Estudio bibliométrico descriptivo enfocado en la producción científica cualitativa en torno al tema de estudio. Se realizó a tres niveles: micro o individual (investigador), meso (institución) y macro (país). A partir de lo anterior, se analizaron variables e indicadores bibliométricos relacionados con la autoría (producción y colaboración entre autores), la filiación institucional (colaboración entre instituciones para investigación y país), aspectos metodológicos de los estudios (diseño metodológico, técnicas de recogida y análisis de datos), además de datos bibliográficos de las revistas en las que fueron publicados (nombre de revista, año, país e idioma de publicación) (Romaní, Huamaní, & González-Alcaide, 2011).

La muestra la componen 107 artículos obtenidos en la revisión bibliográfica descrita en el estudio anterior. Conviene matizar que estos estudios corresponde a los seleccionados en el periodo 2002-2013 (la actualización posterior hasta 2015 incluida en el trabajo anterior no fue analizada desde el punto de vista bibliométrico). Se incluyen aquellos estudios que pasaron las etapas de identificación, screening y elección, según el diagrama de flujo antes expuesto. Los datos de las variables fueron recolectados en una base de datos de Microsoft Excel® creada ad hoc, y posteriormente, se analizaron a través de estadística descriptiva.

4.2.3. Resultados

El análisis micro de los datos deja ver que la media de autores es de 4, en el 62.96 % de los artículos figuran entre 2, 3 y 4 autores, siendo más común la participación de 2 y 3 autores.

Los artículos que registran un solo autor son el 10.19 %, y el número máximo de autores en un estudio es de diez, en el 1.85 % de los casos.

El número total de autores de los estudios incluidos es de 281, sin importar su orden de aparición. Los investigadores más productivos son Marcia Grant y Robert S. Krouse, que aparecen como autores en once de los artículos seleccionados (Tabla 4.5). En el 81.14 % de los investigadores se concentra la producción de un artículo, mientras que el 9.61 % es autor de 2 artículos, y los investigadores con 3 o más artículos publicados son el 9.25 %.

Tabla 4.5: **Investigadores más productivos (4 o más artículos)**

Investigador	N° de artículos	Porcentaje (%)
Grant, Marcia	11	10.19
Krouse, Robert S.	11	10.19
Hornbrook, Mark C.	8	7.41
Altschuler, Andrea	7	6.48
Baldwin, Carol M.	7	6.48
McMullen, Carmit K.	7	6.48
Wendel, Christopher S.	7	6.48
Mohler, M. Jane	6	5.56
Gomes, Giovana Calcagno	5	4.63
Crespillo Díaz, Yolanda	4	3.70
Erdmann, Alacoque Lorenzini	4	3.70
Herrinton, Lisa J.	4	3.70
Maruyama, Sônia Ayako Tao	4	3.70

Para el análisis de las áreas de conocimiento y las instituciones de las que procedían los investigadores, se tuvo en cuenta únicamente el primer autor. En el 63.89 % de los artículos, el área de conocimiento es enfermería; no obstante, en el 27.78 % de los artículos no se tiene información al respecto. En menor proporción son investigadores de otras áreas, como psicología (1.85 %), salud pública (1.85 %), terapia enterostomal (0.93 %), nutrición (0.93 %), otras especialidades de ciencias de la salud (0.93 %), y de las ciencias sociales, como sociología (0.93 %) y periodismo (0.93 %).

De acuerdo a la información de filiación institucional del primer autor de cada artículo, se presenta un ranking de las instituciones más productivas frente al tema de estudio (2 o más artículos), el cual es encabezado por la Universidade Federal do Rio Grande-Brasil- (3.70 %) y el Hospital Regional Universitario Carlos Haya-España- (3.70 %), que figuran como instituciones del primer autor en cuatro artículos cada una. El 58.33 % de las instituciones aparecen en un solo artículo cada una (Tabla 4.6).

Tabla 4.6: Institución a la que se encuentra adscrito el primer autor

Institución	N° de artículos	Porcentaje (%)
Universidade Federal do Rio Grande	4	3.70
Hospital Regional Universitario Carlos Haya	4	3.70
Center for Health Research, Kaiser Permanente Northwest	3	2.78
Southern Arizona Veterans Affairs Health Care System	3	2.78
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	3	2.78
Universidade Federal de Mato Grosso	3	2.78
City of Hope National Medical Center	2	1.85
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou	2	1.85
Hospitais da Universidade de Coimbra	2	1.85
Sahlgrenska University Hospital	2	1.85
St Mark's Hospital	2	1.85
Universidade de Brasília	2	1.85
Universidade de Passo Fundo	2	1.85
Universidade de Taubaté	2	1.85
Universidade Federal de Santa Catarina	2	1.85
University of Copenhagen	2	1.85
University of Ulster	2	1.85
Sin información	3	2.78

Una vez revisada filiación institucional de los investigadores, se clasificó la institución del primer autor, y se determina que predominan los investigadores provenientes del ámbito universitario (61.11 %), seguidos de instituciones sanitarias en donde predominan los hospitales (29.63 %), fundaciones de investigación (3.70 %), instituciones gubernamentales como Consejerías de Salud (1.85 %) y asociaciones (0.93 %). En el 2.78 % de los artículos no hay información de filiación institucional del primer autor, con lo cual no puede saberse a qué tipo de institución se encontraba adscrito.

En cuanto a la colaboración institucional para el desarrollo de las investigaciones, en el 42.59 % de los artículos no hay colaboración, en el 25.93 % se identifican más de dos instituciones y no se clasifica el tipo de colaboración. La mayor colaboración es entre universidades (14.81 %), seguida de la existente entre instituciones sanitarias y Universidad (9.26 %), Universidad e institución gubernamental (2.78 %), entre instituciones sanitarias (0.93 %), institución sanitaria y fundación (0.93 %) y en algunos casos no hay información (2.78 %).

En prácticamente la mitad de los artículos, el primer autor proviene de Brasil (49.07 %), seguido de Estados Unidos (12.04 %), Reino Unido (11.11 %), España (6.48 %), Portugal (4.63 %), Australia y Suecia (3.70 % cada uno), Canadá, Dinamarca y Noruega (1.85 % cada uno), China, Irán, Irlanda y Uruguay (0.93 % cada uno).

Los 107 artículos incluidos en el estudio fueron publicados en 59 revistas diferentes, de las

cuales, las más productivas en el periodo seleccionado fueron: Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing (7.41 %), Revista Latino-Americana de Enfermagem (5.56 %), Revista Brasileira de Enfermagem (4.63 %), Index de Enfermería y Revista Eletrónica de Enfermagem (3.70 % cada una), European Journal of Oncology Nursing, Journal of Clinical Nursing, Psycho-Oncology, Referência, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista Enfermagem, Revista Mineira de Enfermagem y Texto & Contexto Enfermagem (2.78 % cada una).

Aunque la revista con mayor producción publica artículos en inglés, y coherentemente con el país más productivo, el portugués es el idioma de publicación del 49.07 % de los artículos, seguido muy de cerca de inglés con el 43.52 %, mientras que la publicación en español es escasa (7.41 %). El 68.52 % de estos artículos fueron publicados entre 2009 y 2013, lo cual muestra un creciente interés de la investigación cualitativa frente al tema de estudio (Gráfico 4.3).

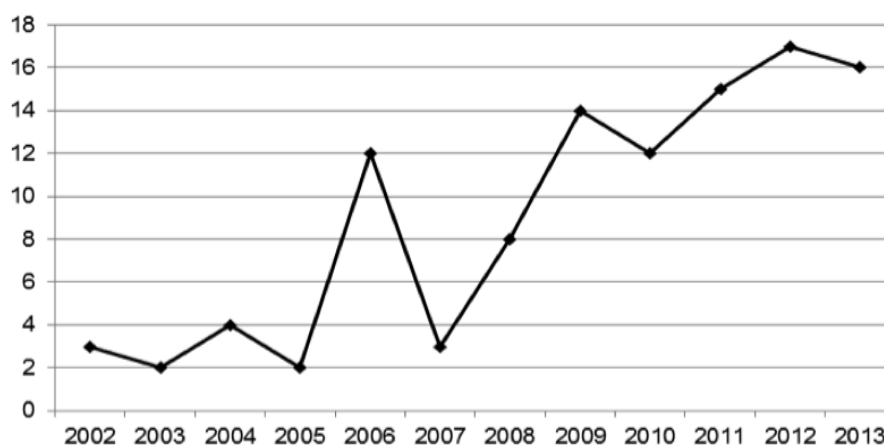


Figura 4.3: Distribución de los años de publicación de los artículos incluidos

En lo concerniente a los diseños cualitativos señalados en los artículos, cabe destacar la diversidad de enfoques, aunque con alta presencia de estudios fenomenológicos (24.3 %) y descriptivos (22.43 %). En algunos estudios simplemente se menciona que se realizó investigación cualitativa sin profundizar en la tradición investigadora (16.82 %), también hay una pequeña representación de estudios mixtos (8.41 %) (Tabla 4.7).

Tabla 4.7: Diseños de investigación empleados en los estudios

Diseño investigación	N° de artículos	Porcentaje (%)
Estudio fenomenológico	26	24.30
Estudio descriptivo exploratorio	24	22.43
Investigación cualitativa	18	16.82
Estudio mixto	9	8.41
Estudio etnográfico	5	4.67
Historia de vida	5	4.67
Relato biográfico	4	3.73
Representaciones sociales	4	3.73
Investigación Convergente Asistencial	3	2.80
Estudio narrativo	2	1.87
Teoría fundamentada	2	1.87
Autoetnografía	1	0.93
Estudio de caso	1	0.93
Investigación Participante	1	0.93
Itinerario de Investigación Freireano	1	0.93
Pragmatismo según Patton	1	0.93
Total	107	100

Para la recolección de datos, los investigadores refieren el uso de una diversidad de técnicas, así como la combinación de las mismas en un mismo estudio, en el 14.81 % de los artículos únicamente se menciona el desarrollo de entrevistas, sin dar más detalles; predomina la realización de entrevistas semiestructuradas (47.22 %), seguido de los grupos focales (6.48 %), entrevista en profundidad (5.56 %), entrevista no estructurada (3.70 %), cuestionario con pregunta abierta (3.70 %), entrevista abierta (2.78 %), y entrevista en profundidad semiestructurada (0.93 %). En el 12.96 % de los artículos se combinaron técnicas (cuestionario-entrevista, entrevista semiestructurada-observación participante, cuestionario-grupo focal, entrevista en profundidad-grupo focal, entrevista-observación, grupos focales-observación). En un 1.85 % de los artículos no se explicita la técnica de recogida de datos.

En el análisis de datos, también son múltiples los enfoques empleados, así como las variantes de los mismos. El análisis de contenido fue usado en el 32.71 % de los artículos, aunque en el 10.19 % no se especificaba un referente, el 13.89 % fue según Bardin, además del 8.33 % según Krippendorff, Graneheim & Lundman, Burnard, Vala, Van Manen, Meihy, Denzin & Lincoln, Elo & Kyngas, Bardin-Minayo (0.93 % en cada caso). El análisis temático también es muy común en los estudios incluidos (16.82 %), el 7.41 % no explicita desde qué autor lo trabaja, el 5.56 % según Minayo, el 4.63 % según Freire, Van Manen, Miles & Huberman's, Polit & Beck y Burnard (0.93 % en cada caso).

Así mismo, destaca el uso del análisis fenomenológico, en el 12.14 % de los artículos, en el

4.67% no se señala el referente, y en otros casos se basa en Heidegger (1.85%), Giorgi (1.85%), Ricoeur, Colaizzi, Feijoo y Husserl (0.93% en cada uno). También se usa el análisis según Taylor & Bogdan (4.67%), así como de la teoría fundamentada (4.67%), según Charmaz, Strauss, Strauss & Corbin y Glaser & Strauss, sin referente concreto (0.93% en cada uno). El 13.08% de los artículos no especifica el enfoque para el análisis de datos (Tabla 4.8).

Tabla 4.8: **Enfoques para el análisis de datos en los estudios**

Técnica de análisis	Nº de artículos	Porcentaje (%)
Análisis de contenido	35	32.71
Análisis temático	18	16.82
Análisis fenomenológico	13	12.14
Análisis según Taylor y Bogdan	5	4.67
Teoría fundamentada	5	4.67
Análisis de historia oral según Meihy	2	1.87
Discurso del Sujeto Colectivo	2	1.87
Etnografía	2	1.87
Investigación Convergente Asistencial	2	1.87
Análisis biográfico según Streuber & Carpenter	1	0.93
Análisis de prosa	1	0.93
Análisis del discurso	1	0.93
Análisis inductivo	1	0.93
Análisis narrativo según Clandinin & Connelly's	1	0.93
Autoetnografía	1	0.93
Itinerario de Investigación Freireano	1	0.93
Pragmatismo según Patton	1	0.93
Referencial de la comunicación no verbal	1	0.93
Sin información	14	13.08
Total	107	100

4.2.4. Discusión

El análisis de la producción científica, con base en parámetros bibliométricos, constituye una herramienta esencial para evaluar el conocimiento científico y determinar el avance de las disciplinas y áreas de conocimiento. En este caso, la temática y el contexto son muy concretos, de modo que, sin entrar a realizar un análisis bibliométrico exhaustivo, se dispone de información útil para comprender aspectos generales en cuanto al conocimiento científico en relación al padecimiento de personas con estomas digestivos desde la investigación cualitativa.

Enfermería se señala como la disciplina que más se ha preocupado por generar conocimiento científico sobre el tema de estudio. Por una parte, esto corrobora el interés de esta disciplina por la investigación, coherente con el crecimiento exponencial de la producción científica desarrollada por enfermeras(os), en las últimas décadas, especialmente en Iberoamérica, y con

abordajes cualitativos (Medina García, Martínez Casas, & Reina Leal, 2014; Reina Leal, Amezcua, Gómez Urquiza, & Amezcua González, 2012). Y por otra, que la diferencia establecida con respecto a otras áreas de conocimiento puede corresponderse a que los profesionales que tratan a pacientes con ostomía, conocidos como estomaterapeutas, están mayoritariamente ubicados en el área de enfermería.

Estos resultados coinciden con un estudio bibliométrico realizado en Brasil, que analizó la producción científica sobre la educación a la persona con estoma digestivo, donde casi el 63 % de los autores de los artículos analizados eran enfermeras(os) o estomaterapeutas (García Reveles & Toshie Takahashi, 2007). Es importante subrayar que Enfermería es una disciplina orientada a las respuestas humanas y, por ende, proclive al desarrollo de metodologías cualitativas en el estudio de las mismas (González López & Ruiz Hernández, 2011).

En relación al análisis micro (autoría), se establecen investigadores líderes en el área de estudio. La media de autores en los artículos incluidos representa casi el doble que el hallado en el estudio antes mencionado, que fue de 2 (García Reveles & Toshie Takahashi, 2007). En comparación con otros ámbitos temáticos, es similar la media de autores que está entre 2.88 y 3.55 (Gutiérrez Romero, Martínez Guerrero, Garrido Bujalance, & Montiel López, 2011; Luque Ortega *et al.*, 2011). En nuestro trabajo, más del 60 % de las publicaciones están escritas por 2, 3 y 4 autores, lo que puede indicar un buen nivel de trabajo colaborativo, aunque todavía queda algo lejos de cifras que denotarían una plena consolidación del trabajo en equipo, si se tiene en cuenta que los grupos de investigación competitivos suelen constituirse por un mínimo de 6 personas.

Respecto a la procedencia de las publicaciones en relación al país, Brasil se erige como el principal productor, aglutinando prácticamente la mitad de los artículos publicados. Este dato es coherente con el trabajo de García Reveles & Toshie Takahashi (2007), donde este país reunía el 70.3 %. Brasil se muestra como potencia internacional en cuanto a producción científica sobre ostomías. En lo que a Investigación Cualitativa se refiere, el estudio de Mercado Martínez, Díaz, Tejada Tabayas, & Ascencio Mera (2011), exploró la actividad de investigación cualitativa en México, determinando que Brasil fue el país extranjero con más publicaciones de este tipo.

Atendiendo a la evolución anual, se observa una dinámica particular con algunos períodos

de crecimiento, alternado con otros de retroceso; sin embargo, es notable el incremento de la producción a partir del año 2007 hasta 2013, y cabe anotar que dados los procesos de indización en las bases de datos, es posible que en 2013 se hayan publicado más, pero no se localizaron, por las fechas de realización de la búsqueda. Esta evolución coincide con la del estudio de Bassora & Campos (2010), quienes caracterizaron la investigación cualitativa producida en varias áreas de la salud y Ciencias Humanas entre 2002 y 2010, donde el 88 % de las publicaciones revisadas eran posteriores a 2005 (Bassora & Campos, 2010). Estos autores atribuyen esta evolución en el tiempo a la consolidación y expansión del método cualitativo en escenario académico.

En lo referente a la producción científica según la institución del primer investigador, es la Universidad la que destaca como productora de investigación, lo cual es lógico dado el carácter académico de la misma, y el creciente interés en la investigación, concordando esto con el trabajo de García Reveles & Toshie Takahashi (2007). En lo concerniente al grado de colaboración institucional, los datos demuestran que aún no existe un alto grado de colaboración entre autores de distintas instituciones, y es muy escasa la colaboración internacional entre autores.

La revista *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* se alza como la revista de elección, teniendo en cuenta que es una revista especializada en la temática. Continuando con la *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Index de Enfermería* y *Revista Eletrónica de Enfermagem*, revistas de Enfermería como disciplina más implicada en el abordaje general de las ostomías, y coincidentes con algunas de las revistas más consumidas en Iberoamérica (Reina Leal *et al.*, 2012).

Los diseños cualitativos más empleados por los estudios analizados fueron los estudios fenomenológicos y los descriptivos exploratorios, sin concretar éstos el referente seguido. Esto coincide con los resultados de Mercado Martínez *et al.* (2011), que señalan que, el 62 % de los trabajos examinados, no definían el diseño concreto empleado y se autodenominaban estudios de naturaleza cualitativa. Al igual que en el estudio de Ball, McLoughlin, & Darvill (2011), en el que se analizó la aplicación y metodología de la investigación cualitativa en enfermería a nivel global. Este estudio consideró 240 investigaciones de las cuales 180 se definían de forma general como estudio cualitativo descriptivo sin especificar más detalles (Ball *et al.*, 2011). Así también, en la revisión de la producción científica en España de Amezcua & Carricondo Guirao (2000),

se comprobó que los ámbitos de aplicación de la investigación cualitativa en salud, se ubicaban metodológicamente dentro de enfoques cualitativos o estudios mixtos, o bien de estudios puramente cualitativos, combinando varias técnicas para completar perspectivas sobre un mismo problema de investigación.

La entrevista semiestructurada fue la técnica más recurrente en los artículos revisados, Mercado Martínez *et al.* (2011), cifraron en su estudio un uso de esta técnica en el 88 % de los artículos revisados, dato también congruente con otros trabajos, si bien también es de destacar el uso de técnicas grupales (Amezcuea & Carricondo Guirao, 2000). El análisis de contenido y el análisis temático se establecen como las principales técnicas de análisis. Estos resultados son un punto intermedio a los de otros trabajos que encuentran uso de esta técnica en el 45 % (Bassora & Campos, 2010) y en el 23 % de los estudios (Ball *et al.*, 2011).

Es importante subrayar la confusión o falta de criterio existente a la hora de clasificar los estudios cualitativos, tanto en lo que respecta al diseño, como en las técnicas de recogida y análisis de datos. En general, se observa una cierta confusión tanto en la utilización de la terminología propia de la investigación cualitativa, como a la hora de distinguir entre lo que son filosofías, diseños, métodos, técnicas o tipos de análisis. Son abundantes los estudios que catalogan su trabajo como de corte cualitativo en general, escaseando aproximaciones teóricas a metodologías específicas, lo cual es corroborado por Amezcuea & Carricondo Guirao (2000). Además, predominan las publicaciones que reducen su idea de lo cualitativo a la utilización de distintas técnicas de forma aislada, no otorgándole importancia al rigor científico, en cuanto a citación de métodos y análisis empleado se refiere (Amezcuea & Carricondo Guirao, 2000; Ball *et al.*, 2011). Es sobre todo este último el menos aludido entre las publicaciones, lo cual afecta su validez, y pone en evidencia una gran desorientación y variabilidad entre los trabajos que sí mencionan el tipo de análisis llevado a cabo.

Dentro de las limitaciones del estudio, se señala que, si bien la gran mayoría de investigaciones originales suelen publicarse en forma de artículos originales, a veces los investigadores optan por publicar sus hallazgos en otros formatos (monografías, libros, etc.), por lo que puede suponer que estos resultados pueden no mostrar la totalidad de investigaciones realizadas.

Además, si bien se han revisado las bases de datos consideradas las más completas para el

área de conocimiento de Ciencias de la Salud, puede haber investigaciones publicadas en revistas no indexadas en estas bases de datos, y que otras bases de datos de interés no se hayan incluido. Sin embargo, y en base al grado de duplicidad encontrado entre las bases de datos utilizadas, se considera esta limitación como menor. También hay que considerar que la selección de estudios se ha hecho en base a un estudio cuyo propósito fundamental no era el análisis bibliométrico, por lo que en el proceso de elección pueden que se hayan excluidos artículos que sí hubieran sido de interés desde el punto de vista bibliométrico. No obstante, consideramos que la muestra manejada ha sido representativa.

ESTUDIO III

*Dimensiones que definen la experiencia de personas con estoma digestivo:
revisión de expertos*

4.3. ESTUDIO III. Dimensiones que definen la experiencia de personas con estoma digestivo: revisión de expertos

4.3.1. Objetivos

El objetivo de este estudio ha sido analizar la relevancia en la práctica clínica de las dimensiones que definen la experiencia de personas portadoras de estomas digestivos, a través de la opinión de profesionales de enfermería expertos en estomaterapia.

4.3.2. Metodología

Se sometieron a consenso los hallazgos obtenidos en el Estudio 1, que fueron considerados como dimensiones que explican el padecimiento de estos pacientes. En este caso, cada unidad de análisis la componían los enunciados temáticos elaborados en la metasíntesis.

Se decidió como método de consenso el empleo de un diseño cualitativo evaluativo basado en la técnica Delphi modificada. La modificación se hizo a partir de la propuesta de Yañez Gallardo & Cuadra Olmos (2008), de modo que las primeras etapas de generación de ideas no se llevaron a cabo, ya que se partía de ideas, en este caso enunciados temáticos, generados exhaustivamente a partir de un procedimiento de metasíntesis. Por ello, se pasó directamente a la evaluación cuantitativa de cada una de los enunciados elaborados. Se trata de una modificación próxima al Delphi de tipo jerárquico, que pretende lograr consenso sobre un orden jerárquico de prioridades o importancia de problemas o soluciones.

Se convocó a 43 profesionales de enfermería expertos en estomaterapia, a los que se accedió a través de la Sociedad Española de Enfermería experta en Estomaterapia. Para la recogida de datos, se diseñó una encuesta on line a través de la aplicación Google drive. La encuesta, recogía, por una parte, una serie de datos de caracterización de los participantes (sexo, edad, formación y tiempo de experiencia de atención a personas con estomas) y por otra, el listado con los 191 enunciados temáticos, que se organizó siguiendo el esquema de categorías ya descrito en el Estudio I descrito en la sección 4.1.

Dado el volumen de enunciados que había que evaluar, se decidió dividir a los participantes en tres grupos, de modo que cada uno evaluara un conjunto de enunciados. Finalmente, aceptaron la invitación 39 expertos, que fueron divididos en tres grupos de 13, garantizando así el número mínimo sugerido para la técnica Delphi, que oscila entre 10 y 18 participantes (Okoli y Pawlowski, 2004, citado en Yañez Gallardo & Cuadra Olmos, 2008).

El indicador de resultado que se midió fue la intensidad de la situación descrita en cada enunciado, entendida en términos de frecuencia de aparición en la práctica clínica. Para ello, se empleó una escala tipo Likert donde 1 correspondía a "nunca demostrado", 2 a "raramente demostrado", 3 a "a veces demostrado", 4 a "con frecuencia demostrado" y 5 "siempre demostrado". Para el análisis se graduó la intensidad obtenida en tres niveles, asignando el enunciado a cada nivel siempre que se obtuviera más del 50 % de respuestas que cumplieran los criterios establecidos:

- Intensidad alta: Frecuentemente demostrado y/o siempre demostrado.
- Intensidad moderada: A veces demostrado.
- Intensidad baja: Nunca demostrado y/o raramente demostrado.

A cada profesional se le envió un correo electrónico explicándole el objetivo del estudio y las instrucciones para cumplimentar la encuesta. Se contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación de Centro de Granada. Los datos fueron tratados con la máxima confidencialidad y conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos los participantes fueron informados del estudio y su participación fue voluntaria. Los documentos vinculados a las consideraciones éticas del estudio se pueden consultar en el **Anexo.4**.

4.3.3. Resultados

La media de edad de los sujetos que integraron el panel de expertos fue de 51.58 años (Desviación Típica "DT"=8.70). El 87.2 % eran mujeres y el 12.8 % hombres. La procedencia geográfica era la siguiente: Barcelona=7.7 %, Cádiz=2.6 %, Castellón=2.6 %, Córdoba=5.1 %, Girona=2.6 %, Granada=10.3 %, Jaén=2.6 %, Las Palmas=2.6 %, Madrid=15.4 %, Málaga=15.4 %, Navarra=5.1 %, Sevilla=2.6 %, Tarragona=2.6 %, Valencia=5.1 %, Zaragoza=2.6 %. La expe-

riencia profesional media (en años) era de 28.84 (DT=9.27) y como estomaterapeuta de 15.9 (DT=9.94). Todos los participantes tenían formación en estomaterapia.

Respecto al lugar de trabajo, los datos fueron los siguientes: Atención Primaria=2.6 %, Consulta de cirugía=7.7 %, Consulta o unidad de estomaterapia=20.5 %, Hospitalización= 51.3 %, y Hospitalización junto con consulta de estomaterapia=7.7 %. El 94.9 % de los expertos trabajaban en una unidad en la que se atendía directamente a pacientes ostomizados. La media de pacientes visitados fue de 111.97 (DT=63.62; Me=100). Los grupos fueron homogéneos en cuanto a las características antes descritas. Se obtuvo una intensidad alta (más del 50 % de respuestas entre frecuentemente demostrado o siempre demostrado) en 23 enunciados (Tabla 4.9).

4.3.4. Discusión

Uno de los hallazgos más relevantes obtenidos en este estudio es el impacto social que supone para los pacientes el ser portadores de un estoma digestivo. Los resultados muestran que la afectación social es la necesidad más destacada, de modo que emerge en casi la mitad de los estudios analizados en la metasíntesis y coincide con un nivel de intensidad alto en base al juicio de los expertos. En este sentido, las relaciones sociales están condicionadas por el miedo manifiesto de los pacientes por el olor y ruido que puede generar el estoma, o por el hecho de que los demás puedan ver el dispositivo. Estos condicionantes pueden derivar en situaciones de aislamiento.

El riesgo de aislamiento es recogido por otras investigaciones (Ferreira Costa, Garcia Alvez, Eufrásico, Salomé, & Masako Ferreira, 2014; Silva, Soares, Alves, & García, 2014; Zhang *et al.*, 2014). Estos estudios reafirman, en lo que concierne a la persona con estoma, que las percepciones de otros juegan un rol vital en los sistemas de valores de las personas en una sociedad colectiva. Otros autores vinculan el concepto de soledad con el concepto de autocuidado, de modo que el desarrollo de estrategias de promoción del autocuidado fortalece la autonomía e independencia en este tipo de pacientes, lo cual atenúa el riesgo de aislamiento social que puedan sufrir (Mota *et al.*, 2016).

Al hilo de lo anterior, un denominador común es que las personas con estomas digestivos priorizan en sus discursos las necesidades relacionadas con la dimensión psicosocial, mientras que las necesidades de tipo biológico son menos prevalentes. Esto está en consonancia con lo que otros

Tabla 4.9: **Enunciados temáticos con intensidad alta.**

Código	Enunciado
Categoría: Factores que condicionan el afrontamiento de la noticia de la ostomía	
Recibe noticia estoma	Las expresiones de emociones que más aparecen cuando se recibe la noticia del estoma son: sufrimiento, tristeza, pánico, incertidumbre, ansiedad ante la cirugía
Reconstrucción	La información durante el proceso de reconstrucción es fundamental. Los pacientes necesitan saber las consecuencias, si hay o no posibilidad de reconstrucción, etc.
Categoría: Significado y vivencia de la nueva realidad corporal	
Reacciones inmediatas es- toma	En la etapa inmediata a la realización del estoma se producen alteraciones sexuales, pérdida de control sobre la evacuación. Aparecen sentimientos de soledad motivados por la sensación de sentirse diferente.
Vivir con un estoma	Portar un estoma permite vivir sin problemas, sin limitaciones, exige precaución con la ostomía en la vida social, pero no imposibilita la vida social.
Adaptación	La mala adaptación se refleja en la percepción de limitaciones para retomar las actividades de la vida diaria.
Imagen corporal	Recién operados sienten miedo al cambio brusco de imagen. Supone un cambio en su conformación estética, una agresión a su integridad, una mutilación.
Categoría: Asistencia recibida y relación con los profesionales de la salud	
Asistencia	La enfermera mediante la relación de ayuda, acompaña y educa. Se resalta la figura de la enfermera como asesora, consultora y gestora de cuidados en la relación terapéutica.
Información	La información previa a la intervención es proporcionada por el equipo de enfermería. Se reclama más información dirigida hacia la alimentación.
Seguimiento	El abordaje y continuidad de los cuidados en el hospital así como en el alta, debe hacerse lo más tempranamente posible. Cuando el seguimiento no se hace tras el alta, a los pacientes les surgen muchas incertidumbres. La información no debe centrarse únicamente en el cambio de bolsa.
Conocimientos del profesional	Los pacientes solicitan profesionales con conocimientos que puedan responder a sus preguntas.
Abordaje multidisciplinar y especialización	Importancia del conocimiento de los profesionales para poder atender las necesidades de los pacientes con estomas digestivos de la mejor manera posible. Importancia del equipo multidisciplinar (estomaterapeutas, médicos, psicólogos). Especialización en estomaterapia
Categoría: Estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación	
Autocuidados	La educación sanitaria y la consulta a los profesionales es un punto clave para mejorar el autocuidado y mejorar el afrontamiento del estoma. También para la prevención de complicaciones a medio/largo plazo. La reflexión del autocuidado y la educación sanitaria es estimulada por la enfermera.
Grupo de iguales	Hablar con personas que han tenido el mismo problema (en los grupos) y establecer relaciones de amistad ayuda a mejorar la comprensión de la situación, a obtener información y a superar los problemas y miedos. Además a ver que no se está solo y no es el único. Ayuda a la rehabilitación.

Tabla 4.9 – (Continuación)

Categoría: Afectación y participación de la familia en el proceso	
Apoyo familiar	El apoyo familiar fortalece las relaciones entre los miembros de la familia y es un pilar fundamental para la suplencia de cuidados en algunos casos o para la promoción de la autonomía del paciente.
Desgaste de la pareja	El cuidado de la persona ostomizada puede generar desgaste en la pareja, que se incrementa por la afectación de la esfera sexual a causa del estoma.
Categoría: Afectación social y laboral	
Afectación social	El sujeto tiene miedo durante las relaciones sociales por los olores y ruidos y por si lo demás pueden ver el estoma o la bolsa, lo que puede producir aislamiento y limitar las relaciones.
Categoría: Descripción del proceso de enfermedad y creación del estoma	
Síntomas enfermedad	El retraso en el diagnóstico provoca un agravamiento de los síntomas, afecta negativamente a la credibilidad del profesional y del sistema sanitario.
Diagnóstico	Es importante mantener un entorno adecuado cuando se va a dar la noticia del diagnóstico de cáncer. Además es importante el discurso en el momento de dar la noticia. Hay que tener en cuenta qué oyen los pacientes después de la palabra cáncer, directamente van al concepto de bolsa. En algunos casos se indica que el aspecto psicológico es importante en la evolución y esto es remarcado por el paciente.
Complicaciones	Complicaciones a nivel físico, temor y decepción, relacionado con operaciones posteriores, reproducción del cáncer, hernias, brotes, prolapsos, dermatitis, shock, dolor.
Intervención	Los pacientes perciben la intervención de realización de la ostomía, con sentimientos contradictorios. Post-operatorio En el post-operatorio es importante trabajar con el paciente el miedo a que el cáncer se reproduzca y los cambios que pueden producirse en su auto-imagen.
Categoría: Apreciar otros aspectos de la vida tras el cambio	
No aplicable	La creación de un estoma produce transformaciones de vida definidas como radical en la propia persona y en todo lo que le rodea. Es el principio de su existencia, antes de la ostomía no había nada. Tienen que reinterpretar y adaptarse a la nueva situación.

estudios ya señalan acerca de que en el relato de los pacientes, el componente físico a veces no es ni mencionado (Kenderian, Stephens, & Jatoi, 2013). No obstante, hay que considerar en esta interpretación el tipo de estudio del que emergen estos enunciados, que se focaliza principalmente en la perspectiva del sujeto, por lo que puede ser una obviedad hacer esta afirmación.

Con indicadores de prevalencia también significativos y con intensidad de frecuencia alta, destacan necesidades relacionadas con la interacción con grupos de iguales, la educación sanitaria y la consulta a profesionales para mejorar el autocuidado. Investigaciones previas concluyen que un autocuidado efectivo, aprendido mediante la formación directa con enfermeras, grupos de iguales o siendo autodidacta, da a las personas con estoma un gran número de "trucos" o estrategias que van a facilitar la aceptación de la nueva realidad, minimizando las limitaciones y ayudando a la adaptación (Tao *et al.*, 2014).

Respecto a la educación sanitaria y promoción del autocuidado, hay que señalar que la asistencia especializada a estos pacientes es fundamental para atender a este tipo de necesidades. Para esta asistencia se requiere de un profesional especializado, y dadas las características integrales que implica el cuidado de la persona con ostomía, ésta tiene que ser promovida por el área de enfermería. Bien por el conocimiento científico, bien por su presencia e implicación en el momento del diagnóstico, o bien por la asistencia en las diferentes etapas pre y post operatoria, es este profesional el que se destaca como el garante para formación, información y educación en este tipo de pacientes. Igualmente, son los profesionales de enfermería los que deben establecer vínculos con la persona y su familia, favoreciendo las intervenciones de afrontamiento de la nueva situación, estimulando la búsqueda de una calidad de vida satisfactoria (Ferreira Costa *et al.*, 2014; Kenderian *et al.*, 2013; Tao *et al.*, 2014).

La preocupación por el cambio de imagen corporal y la afectación de las relaciones sexuales, también aparecen como dimensiones prevalentes. Además de lo anterior, existen otros aspectos que, si bien no han sido muy destacadas en este estudio, sí conviene señalar por su recorrido en otras investigaciones. Hay investigaciones que demuestran que para la persona con ostomía, la espiritualidad y religión constituyen un papel importante y ofrecen fuerzas significativas en los diversos momentos de sufrimiento causados por la enfermedad y por el tratamiento (Silva & Shimizu, 2006). Otro punto de interés es la repercusión en el ámbito económico, debido a una

disminución de los ingresos por bajas laborales y a un aumento de los gastos (desplazamientos, comidas fuera de casa, necesidad de cuidadores privados, etc.) (Ministerio de Sanidad, 2010), aspectos ya comentados con anterioridad.

A partir de los resultados obtenidos, se propone un modelo en el que surge como categoría central la necesidad de educación de las personas con ostomías, que debe ser mediada por profesionales enfermeros, y que va a tener una repercusión positiva para la promoción del autocuidado. Esta intervención, en combinación con otras (grupos de ayuda mutua, etc.), puede aminorar las consecuencias que se derivan de este proceso y que afecta fundamentalmente a la esfera psicosocial del paciente (Figura 4.4 Este modelo complementa al ya descrito en el estudio anterior, contribuyendo, desde el punto de vista de las implicaciones prácticas, a orientar la atención prestada a personas ostomizadas.

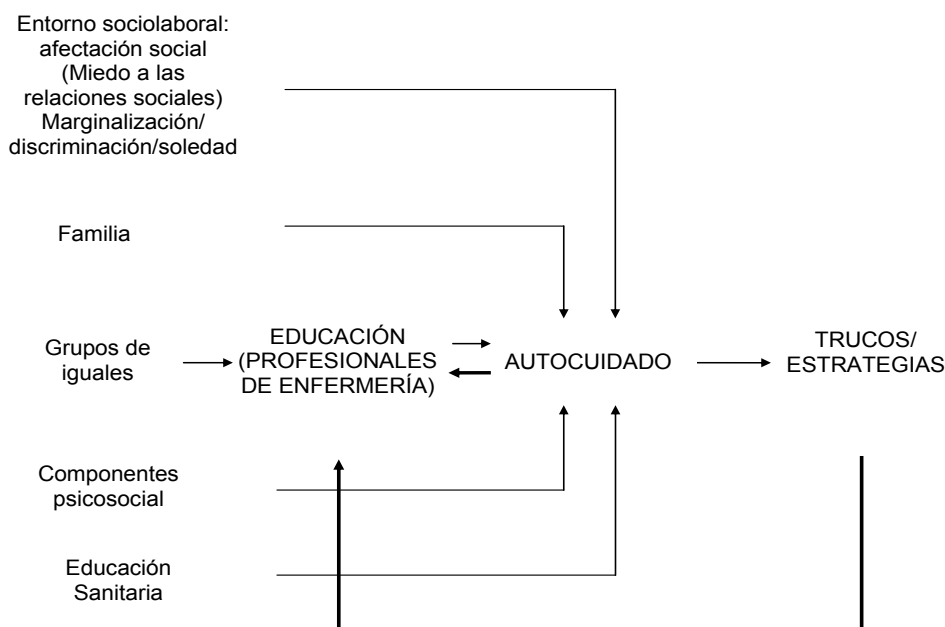


Figura 4.4: Modelo de intervención ante necesidades de la persona con estoma digestivo

Este estudio no está exento de limitaciones. La principal limitación se refiere a la técnica empleada. A pesar de la flexibilidad que ofrece la técnica DELPHI, hubiera sido recomendable incorporar alguna etapa más de evaluación cuantitativa, previa información de los resultados de la primera valoración. Se optó por realizar este estudio como una forma de afianzar hallazgos ya descubiertos en estudios anteriores y consideramos que los resultados van en la línea ya planteada en el Estudio I. Por otro lado, cabe señalar que en el cuidado del paciente ostomizado intervienen otros profesionales (profesionales de enfermería no expertos, cirujanos, etc.), cuya evaluación hubiera sido interesante incorporar con objeto de matizar los hallazgos obtenidos desde diferentes perspectivas clínicas. En cualquier caso, son líneas que pueden desarrollarse en investigaciones futuras.

ESTUDIO IV

*Factores asociados a la presencia de Diagnósticos de enfermería en
personas con estoma digestivo. Estudio piloto*

4.4. ESTUDIO IV. Factores asociados a la presencia de Diagnósticos de enfermería en personas con estoma digestivo. Estudio piloto

4.4.1. Antecedentes y objetivos

El objetivo de este último trabajo fue determinar la presencia de diagnósticos enfermeros en personas portadoras de estomas digestivos, así como analizar la asociación con factores sociodemográficos y clínicos.

Los hallazgos de los estudios anteriores fueron el sustrato para desarrollar una propuesta de diagnósticos NANDA (NANDA-I, 2014), intervenciones NIC (Bulechek *et al.*, 2013) y resultados NOC (Moohead *et al.*, 2013). Este último estudio presenta los resultados de la puesta en práctica de esa propuesta sobre una muestra de pacientes. Para situar el estudio, se describe brevemente el procedimiento empleado para confeccionar dicha propuesta, lo cual se articuló en torno al proyecto de investigación al que se vincula esta tesis, si bien no se incluye en la misma por haberse desarrollado a través de un estudio complementario (Labella Rodríguez, Sánchez Crisol, Hueso Montoro, Roldán Chicano, Rodríguez Tello, & García López, 2016).

Elaboración de la propuesta de NANDA, NIC y NOC para el cuidado de personas con estomas digestivos

Fase 1: Se diseñó una primera propuesta a partir de los resultados de la metasíntesis, correspondiente al Estudio 1. Las frases o ítems obtenidos en la primera etapa del metasumario fueron consideradas como elementos de valoración clínica. Siguiendo con la secuencia del proceso enfermero, en primer lugar se realizó una agrupación de los mismos según los Patrones funcionales de Gordon (2007). La clasificación se hizo mediante un análisis minucioso en el que se buscaba, en primer lugar, en qué patrones podría encajar cada ítem y, en una segunda ronda, la asignación en el patrón más idóneo.

A continuación se identificaron los diagnósticos que potencialmente podrían estar presentes, siguiendo la clasificación NANDA. Este proceso se complementó con un análisis de frecuencia de cada ítem por diagnóstico, cuya finalidad era resaltar los diagnósticos más relevantes en base

al porcentaje de ítems asociados. Como resultado de lo anterior, se identificaron un total de 21 diagnósticos NANDA. El proceso se completó con la selección de resultados esperados según la clasificación NOC, así como las intervenciones a llevar a cabo y sus correspondientes actividades atendiendo a la clasificación NIC. Respecto a las intervenciones y resultados esperados, en total se identificaron 44 intervenciones y 43 resultados.

Esta fase fue desarrollada por una colaboradora del proyecto de investigación con formación y experiencia en el manejo de las taxonomías enfermeras, así como en procedimientos de codificación de datos.

Fase 2: Con objeto de evaluar la validez de contenido de la propuesta, ésta fue revisada por tres expertos en metodología enfermera pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, que llevan a cabo funciones de mentorización en el Hospital Universitario de Cartagena (Murcia, España) para el manejo adecuado de taxonomías enfermeras por parte de profesionales enfermeros.

Además, se contó con una enfermera experta en estomaterapia del Servicio Andaluz de Salud, que dispone de consulta de seguimiento y es supervisora de la unidad de cirugía general del Complejo Hospitalario de Granada (España). Los cuatro expertos revisaron la propuesta obtenida en la fase 1 y sus recomendaciones fueron incorporadas por el equipo investigador para definir la propuesta final. A este grupo de expertos se les pidió que valoraran la pertinencia de situar los diagnósticos en distintas fases del proceso de atención, diferenciados en periodo quirúrgico y en periodo de continuidad de cuidados. Finalmente se incluyeron 23 diagnósticos (realmente eran 21 pero se desglosaron dos de ellos en distintos periodos de atención por recomendaciones de los expertos), 34 intervenciones y 32 resultados.

Fase 3: Se llevó a cabo un estudio de serie de casos, con 9 pacientes, con el fin de pilotar la propuesta. Se incluyeron 9 pacientes y los datos se recogieron entre marzo y mayo de 2016. El procedimiento de recogida de datos se describe con detalle en el apartado de metodología de este estudio, ya que fue el mismo que se empleó para la muestra final. El estudio se realizó en la unidad de cirugía del Complejo Universitario de Granada, que al disponer de unidad de hospitalización y consulta de seguimiento, permitió valorar a cada paciente en diferentes momentos de atención sanitaria. Esta fase no modificó la propuesta derivada de la fase 2. Este pilotaje fue desarrollado por la enfermera experta en estomaterapia que participó en la fase 2 y una colaboradora del

proyecto de investigación con formación y manejo en taxonomía enfermera.

La propuesta final de diagnósticos, intervenciones y resultados puede consultarse en el Anexo 5. Para cada diagnóstico se incluye su definición, las intervenciones posibles, los resultados, así como el momento en el que previsiblemente podría aparecer. En relación a esta última cuestión, conviene señalar que en el proceso de recogida de datos no se tuvo en cuenta este matiz, ya que se pretendía que fuera el juicio clínico de la enfermera el que se utilizara como criterio para determinar la presencia o ausencia de cada diagnóstico en estudio.

4.4.2. Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal entre febrero y abril de 2017 en la Unidad de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Granada. Esta unidad cuenta con consulta de seguimiento de personas con estomas digestivos y atención hospitalaria. La consulta es gestionada por enfermeras expertas en estomaterapia acreditadas por la Sociedad Española de Enfermería en Estomaterapia. Normalmente se destina a la continuidad de cuidados, una vez que los pacientes reciben el alta, aunque también se atiende a pacientes que van a ser intervenidos por cirugía programada. La atención hospitalaria es de tipo quirúrgico y es realizada por profesionales de enfermería, bajo la supervisión de una enfermera experta en estomaterapia.

La población de estudio fueron los pacientes atendidos en esta unidad, que fueran portadores de un estoma digestivo o estuvieran ingresados en planta para intervención quirúrgica inmediata. Los pacientes fueron reclutados tanto desde la consulta como desde la planta de hospitalización. Se excluyeron a menores de edad, ya que el estudio se centraba en población adulta y además la prevalencia de estomas digestivos asociados a Cáncer de Colon es muy baja en este grupo, también se excluyeron pacientes con problemas cognitivos que dificultaran su valoración y aquellos que no aceptaron participar en el estudio. Se realizó un muestreo consecutivo hasta alcanzar 50 pacientes. Aún siendo conscientes del limitado tamaño muestral, se consideró que era suficiente para realizar un análisis estadístico fiable y así al menos mostrar las tendencias en el comportamiento de las variables de estudio.

En el momento de cierre de esta tesis doctoral, la recogida de datos seguía su curso, por lo que esperamos contar con datos más consistentes en futuros análisis.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- Edad: Variable cuantitativa medida en años.
- Sexo: Variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: Hombre/Mujer.
- Pertenencia a asociación de pacientes: Variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: Sí/No.
- Presencia de familiar portador de estoma: Variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: Sí/No.
- Fecha de realización del estoma: Variable cuantitativa medida en días, meses y año.
- Estado atención sanitaria: Variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: quirúrgico (que abarcaba el periodo prequirúrgico y el tiempo de hospitalización tras la cirugía) y continuidad de cuidados (que abarcaba desde el momento del alta y se prolongó durante el seguimiento en consulta).
- Realización de marcaje previo del estoma: variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: Sí/No.
- Diagnósticos de enfermería NANDA: Variable cualitativa dicotómica. Las modalidades fueron: Sí/No. También se recogieron datos relacionados con las intervenciones NIC y resultados NOC, pero no se incluyen en este trabajo debido a que su análisis excedía los objetivos iniciales de esta investigación.

La selección de variables sociodemográficas y clínicas se hizo atendiendo a lo recomendado en la literatura científica (C.O.F, 2015; R.N.A.O, 2009) y al estudio piloto previamente desarrollado. Además, son variables habituales en la historia clínica de este tipo de pacientes. Existen otras variables de interés, pero se redujo a estas teniendo en cuenta la dificultad en la valoración de estos pacientes, de modo que se priorizó la recogida de datos en las variables relacionadas con los diagnósticos, intervenciones y resultados.

Procedimiento de recogida de datos

Se elaboró un cuaderno que incluía una breve hoja de instrucciones, documentos relacionados con las consideraciones éticas (**Anexo.4**) (consentimiento informado y hoja de información al

paciente), formulario con las variables sociodemográficas y clínicas, así como un formulario con el desarrollo de cada diagnóstico y sus correspondientes intervenciones y actividades.

Los datos fueron recogidos por una enfermera colaboradora del proyecto de investigación con titulación de Grado y Máster de Enfermería en Estomaterapia. Tenía conocimientos y manejo amplio de la taxonomía enfermera gracias a la formación en competencias que a ese respecto adquirió tanto en su formación de Grado como de Máster (incluía un módulo específico sobre manejo de planes de cuidados utilizando taxonomía enfermera en pacientes con ostomías digestivas). Esta enfermera era ajena al servicio donde se realizó el estudio. Contó con el apoyo y supervisión de la enfermera experta en estomaterapia que gestionaba una de las consultas de seguimiento y era además la supervisora de la unidad. Previa a la recogida de datos, la enfermera visitó en varias ocasiones la unidad para familiarizarse con ella y tuvo la ocasión de revisar las historias clínicas de algunos pacientes e interactuar con ellos, con objeto de ir comprobando la viabilidad de los diagnósticos, intervenciones y resultados que se iban a aplicar.

Una vez iniciado el periodo de recogida de datos, la enfermera se presentaba al paciente, le explicaba el objetivo del estudio y le pedía su participación en el mismo y la firma del consentimiento informado. Ningún paciente se negó a colaborar. Primero se cumplimentaba los datos sociodemográficos y clínicos y, posteriormente, se chequeaba la presencia de cada diagnóstico con preguntas cortas relacionadas con los factores incluidos. La respuesta a las preguntas y el juicio clínico de la enfermera, determinaron la presencia o ausencia del diagnóstico. Posteriormente, la enfermera cumplimentaba el resto del plan de cuidados asociado al diagnóstico, seleccionando las posibles intervenciones a desarrollar y los resultados esperados, asignando el nivel basal correspondiente en función de la escala de cada indicador. En caso de duda, se consensuaba con la enfermera experta o con el resto del personal de enfermería presente en la unidad.

Análisis de datos

Los datos de cada cuaderno fueron tabulados en una base de datos creada en Microsoft Excel. Primero se depuró la base de datos en busca de valores atípicos, no encontrando nada al respecto. A continuación se realizó análisis univariante mediante cálculo de la media y desviación típica para variables cuantitativas, mientras que las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje.

Para el análisis bivalente, se consideró como variable de resultado el diagnóstico NANDA y se comparó con el resto de variables sociodemográficas y clínicas. Se aplicó la prueba de *t* de Student para contrastar cada diagnóstico con variables cuantitativas, en este caso la edad, previa verificación de la normalidad de la variable en los grupos de comparación, mediante el test de Shapiro-Wilk. Además, se tuvo en cuenta la homocedasticidad entre grupos, comprobada con la prueba de Levene. Por otro lado, se empleó la prueba de chi cuadrado cuando las variables de contraste eran cualitativas, aplicando el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron las condiciones exigidas para el chi cuadrado. Estos análisis se realizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows.

Adicionalmente, se diseñaron varios modelos de regresión logística tomando como variable de resultado los diagnósticos NANDA y como variables independientes aquellas que dieron significativas en el análisis bivalente. Todos los modelos se ajustaron por edad y sexo, por lo que debido al tamaño de muestra, se incluyó una variable significativa de contraste, con objeto de disponer de al menos 15 casos por variable incluida en el modelo, tal y como se recomienda en regresión multivariante. Para cada variable incluida en el modelo se calculó las Odds Ratio (OR) con su correspondiente Intervalo de Confianza (IC) al 95 %.

Una vez generado el modelo, se comprobaron las condiciones de ajuste: se investigó la colinealidad entre variables mediante el cálculo del Factor de Inflación de la Varianza (FIV), considerando ausencia de colinealidad con $FIV < 2,5$; se comprobó la linealidad de la variable dependiente con la única variable cuantitativa incluida en el modelo (edad); la calibración se determinó por medio de la prueba de bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow, que viene reflejada por la ausencia de diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los valores observados y los valores esperados según el modelo. Finalmente la discriminación se determinó a partir del valor del área bajo la curva ROC, que se consideró adecuada cuando era $> 0,70$. Los cálculos se realizaron con el programa R-comander. En todos los análisis se consideró significativa una $p < 0,05$

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se obtuvo el visto bueno del Comité de Ética e Investigación de la provincia de Granada (**Anexo.4**). A cada paciente se le entregó una hoja informativa sobre los objetivos de la investigación y todos dieron su consentimiento antes de ser incluidos

en la investigación. Los datos fueron tratados con la máxima confidencialidad y conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando el anonimato de los pacientes mediante el empleo de un código de identificación y la confidencialidad de la información por parte de la enfermera encargada de recoger los datos.

4.4.3. Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La edad media de los pacientes estudiados fue de 63.98 años (DT=10.97; min=41, máx.=84). La distribución de la muestra por sexo fue homogénea, 25 (50 %) casos pertenecían al sexo masculino y otros 25 (50 %) al femenino. Seis (12 %) de los pacientes pertenecía a una asociación de personas con estomas digestivos frente a 44 (88 %) que no. Tres (6 %) de esos pacientes tenían algún familiar portador de estoma digestivo frente a 47 (94 %) que no lo tenían. En cuanto al diagnóstico que derivó en la realización del estoma, en 39 (78 %) casos se debía a patología oncológica frente a 11 (22 %) con un diagnóstico diferente. A 42 (84 %) de los pacientes se les intervino quirúrgicamente para la creación del estoma en el último año, mientras que a 8 (15 %) se les intervino hace más de un año tomando como referencia el momento de recogida de datos. En cuanto al estado de asistencia sanitaria, 22 (44 %) pacientes se encontraban en fase quirúrgica y 28 (56 %) en continuidad de cuidados. A 38 (76 %) pacientes se les había realizado marcaje previo del estoma frente a 12 (24 %) a los que no se le realizó.

Diagnósticos NANDA

De los 23 diagnósticos NANDA incluidos en el estudio, la presencia fue del 100 % de los casos en los diagnósticos "Disposición para mejorar la salud" y "Conocimientos deficientes", mientras que no aparecieron en ningún caso los diagnósticos "Disconfort" y "Desesperanza". Del resto, se encontró que más del 50 % de los casos presentaban "Trastorno del patrón del sueño" y "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea", mientras que fue menor del 15 % en los diagnósticos "Riesgo de baja autoestima crónica", "Sufrimiento espiritual", "Temor", "Duelo", e "Incontinencia fecal" (en estado quirúrgico) (Tabla 4.10).

Tabla 4.10: Diagnósticos NANDA

Código NANDA / etiqueta	SI		NO	
	n	%	n	%
00162 Disposición para mejorar la salud	50	100 %	0	0 %
00126 Conocimientos deficientes	50	100 %	0	0 %
00198 Trastorno del patrón del sueño	37	74 %	13	26 %
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	33	66 %	17	34 %
00118 Trastorno de la imagen corporal	25	50 %	25	50 %
00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia	18	36 %	32	64 %
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad	17	34 %	33	66 %
00069 Afrontamiento ineficaz	15	30 %	35	70 %
00052 Deterioro de la interacción social	14	28 %	36	72 %
00060 Interrupción de los procesos familiares	13	26 %	37	74 %
00120 Baja autoestima situacional	12	24 %	38	76 %
00059 Disfunción sexual	11	22 %	39	78 %
00146 Ansiedad	10	20 %	40	80 %
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	10	20 %	40	80 %
00014 Incontinencia fecal (alta)	8	16 %	42	84 %
00224 Riesgo de baja autoestima crónica	3	6 %	47	94 %
00066 Sufrimiento espiritual	3	6 %	47	94 %
00148 Temor	2	4 %	48	96 %
00136 Duelo (prequirúrgico)	2	4 %	48	96 %
00014 Incontinencia fecal (quirúrgico)	2	4 %	48	96 %
00136 Duelo (quirúrgico)	1	2 %	49	98 %
00214 Disconfort	0	0 %	50	100 %
00124 Desesperanza	0	0 %	50	100 %

Resultados del análisis bivariante

Los diagnósticos "Disposición para mejorar la salud" y "Conocimientos deficientes" estaban presentes en el 100 % de la muestra, por lo que su distribución en función de las variables de contraste coincide con lo ya expuesto en relación a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. En el resto de diagnósticos, se realizó la prueba de chi cuadrado para analizar su asociación con las variables sociodemográficas y clínicas. Debido al limitado tamaño muestral, se incluyeron en este análisis aquellos diagnósticos con una presencia mínima del 15 %. Las tablas 15 a 27 muestran los resultados encontrados. Se observa que los factores que tuvieron un comportamiento significativo fueron fundamentalmente el estado de asistencia en el que se encuentra el paciente y el tiempo transcurrido desde la realización del estoma.

Tabla 4.11: Diagnóstico "Afrontamiento Ineficaz" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	66.93	8.371	62.71	11.799	0.216
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.355
Hombre	6	24 %	19	76 %	
Mujer	9	36 %	16	64 %	
Familiar con estoma					0.211
Sí	2	66.7 %	1	33.3 %	
No	13	27.7 %	34	72.3 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	2	33.3 %	4	66.7 %	
No	13	29.5 %	31	70.5 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	11	28.9 %	27	71.1 %	
No	4	33.3 %	8	66.7 %	
Estado atención sanitaria					0.804
Quirúrgico	7	31.8 %	15	68.2 %	
Continuidad Cuidados	8	28.6 %	20	71.4 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.086
En el último año	15	35.7 %	27	64.3 %	
Más de un año	0	0.0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	12	30.8 %	27	69.2 %	
No oncológico	3	27.3 %	8	72.7 %	

Tabla 4.12: Diagnóstico "Ansiedad" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.90	8.319	63.75	11.622	0.770
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					1.000
Hombre	5	20 %	20	80 %	
Mujer	5	20 %	20	80 %	
Familiar con estoma					1.000
Sí	0	0 %	3	100 %	
No	10	21.3 %	37	78.7 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	1	16.7 %	5	83.3 %	
No	9	20.5 %	35	79.5 %	
Marcaje previo del estoma					0.416
Sí	9	23.7 %	29	76.3 %	
No	1	8.3 %	11	91.7 %	
Estado atención sanitaria					0.014 ^a
Quirúrgico	8	36.4 %	14	63.6 %	
Continuidad Cuidados	2	7.1 %	26	92.9 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.184
En el último año	10	23.8 %	32	76.2 %	
Más de un año	0	0.0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					0.197
Oncológico	6	15.4 %	33	84.6 %	
No oncológico	4	36.4 %	7	63.6 %	

^a OR= 7.429 (IC95 %, Intervalo de confianza=1.38-39.86)

Tabla 4.13: Diagnóstico “Baja autoestima situacional” vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.83	11.598	63.71	10.917	0.761
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.508
Hombre	7	28 %	18	72 %	
Mujer	5	20 %	20	80 %	
Familiar con estoma					0.011 ^a
Sí	3	100 %	0	0 %	
No	9	19.1 %	38	80.9 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	1	16.7 %	5	83.3 %	
No	11	25 %	33	75 %	
Marcaje previo del estoma					0.129
Sí	7	18.4 %	31	81.6 %	
No	5	41.7 %	7	58.3 %	
Estado atención sanitaria					0.631
Quirúrgico	6	27.3 %	16	72.7 %	
Continuidad Cuidados	6	21.4 %	22	78.6 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.173
En el último año	12	28.6 %	30	71.4 %	
Más de un año	0	0.0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					0.257
Oncológico	11	28.2 %	28	71.8 %	
No oncológico	1	9.1 %	10	90.9 %	

^a a OR= 5.222 (IC95 %=2.90-9.39)

Tabla 4.14: Diagnóstico “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades” vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	62.30	13.158	64.40	10.510	0.594
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.157
Hombre	3	12 %	22	88 %	
Mujer	7	28 %	18	72 %	
Familiar con estoma					1.000
Sí	0	0 %	3	100 %	
No	10	21.3 %	37	78.7 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	1	16.7 %	5	83.3 %	
No	9	20.5 %	35	79.5 %	
Marcaje previo del estoma					0.416
Sí	9	23.7 %	29	76.3 %	
No	1	8.3 %	11	91.7 %	
Estado atención sanitaria					0.014 ^a
Quirúrgico	8	36.4 %	14	63.6 %	
Continuidad Cuidados	2	7.1 %	26	92.9 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.184
En el último año	10	23.8 %	32	76.2 %	
Más de un año	0	0.0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	8	20.5 %	31	79.5 %	
No oncológico	2	18.2 %	9	81.8 %	

^a OR= 7.42 (IC95 %=1.38-39.86)

Tabla 4.15: Diagnóstico “Deterioro de la interacción social” vs variables socio-demográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	63.57	11.607	64.14	10.884	0.872
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.529
Hombre	6	24 %	19	76 %	
Mujer	8	32 %	17	68 %	
Familiar con estoma					0.550
Sí	0	0 %	33	100 %	
No	14	29.8 %	33	70.2 %	
Pertenece a Asociación					0.331
Sí	3	50 %	3	50 %	
No	11	25 %	33	75 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	11	28.9 %	27	71.1 %	
No	3	25.0 %	9	75.0 %	
Estado atención sanitaria					0.001 ^a
Quirúrgico	1	4.5 %	21	95.5 %	
Continuidad Cuidados	13	46.4 %	15	53.6 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.197
En el último año	10	23.8 %	32	76.2 %	
Más de un año	4	50.0 %	4	50.0 %	
Diagnóstico médico					0.148
Oncológico	13	33.3 %	26	66.7 %	
No oncológico	1	9.1 %	10	90.9 %	

^a OR= 0.055 (IC95 %=0.006-0.467)

Tabla 4.16: Diagnóstico ”Disfunción sexual” vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	67.09	9.731	63.10	11.260	0.292
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.733
Hombre	6	24 %	19	76 %	
Mujer	5	20 %	20	80 %	
Familiar con estoma					0.534
Sí	1	33.3 %	2	66.7 %	
No	10	21.3 %	37	78.7 %	
Pertenece a Asociación					0.17
Sí	4	66.7 %	2	3.33 %	
No	7	15.9 %	37	84.1 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	8	21.1 %	30	78.9 %	
No	3	25.0 %	9	75 %	
Estado atención sanitaria					0.001 ^a
Quirúrgico	0	0.0 %	22	100 %	
Continuidad Cuidados	11	39.3 %	17	60.7 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.009 ^b
En el último año	6	14.3 %	36	85.7 %	
Más de un año	5	62.5 %	3	37.5 %	
Diagnóstico médico					0.416
Oncológico	10	25.6 %	29	74.4 %	
No oncológico	1	9.1 %	10	90.9 %	

^a OR=0.10 (IC95 %=0.01-0.53), ^b OR=0.10 (IC95 %=0.019-0.532)

Tabla 4.17: Diagnóstico "Incontinencia fecal" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	67.75	10.236	63.26	11.079	0.294
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.049 ^a
Hombre	1	4 %	24	96 %	
Mujer	7	28 %	18	72 %	
Familiar con estoma					0.414
Sí	1	33.3 %	2	66.7 %	
No	7	14.9 %	40	85.1 %	
Pertenece a Asociación					0.242
Sí	2	33.3 %	4	66.7 %	
No	6	13.6 %	38	86.4 %	
Marcaje previo del estoma					0.379
Sí	5	13.2 %	33	86.8 %	
No	3	25 %	9	75 %	
Estado atención sanitaria					0.006 ^b
Quirúrgico	0	0.0 %	22	100 %	
Continuidad Cuidados	8	28.6 %	20	71.4 %	
Tiempo intervención quirúrgica					1.000
En el último año	7	16.7 %	35	83.3 %	
Más de un año	1	12.5 %	7	87.5 %	
Diagnóstico médico					0.174
Oncológico	8	20.5 %	31	79.5 %	
No oncológico	0	0.0 %	11	100 %	

^a OR= 0.10 (IC95 %=0.01-0.95), ^b OR=1.40 (IC95 %=1.10-1.77)

Tabla 4.18: Diagnóstico "Interrupción de los procesos familiares" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	62.92	9.912	64.35	11.429	0.691
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.747
Hombre	7	28 %	18	72 %	
Mujer	6	24 %	19	76 %	
Familiar con estoma					1.000
Sí	1	33.3 %	2	66.7 %	
No	12	25.5 %	35	74.5 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	1	16.7 %	5	83.3 %	
No	12	27.3 %	32	72.7 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	10	26.3 %	28	73.7 %	
No	3	25.0 %	9	75 %	
Estado atención sanitaria					0.406
Quirúrgico	7	31.8 %	15	68.2 %	
Continuidad Cuidados	6	21.4 %	22	78.6 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.093
En el último año	13	31 %	29	69 %	
Más de un año	0	0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	10	25.6 %	29	74.4 %	
No oncológico	3	27.3 %	8	72.7 %	

Tabla 4.19: Diagnóstico "Riesgo de Compromiso de la resiliencia" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.00	9.437	63.97	11.896	0.992
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					1.000
Hombre	9	36 %	16	64 %	
Mujer	9	36 %	16	64 %	
Familiar con estoma					1.000
Sí	1	33.3 %	2	66.7 %	
No	17	36.2 %	30	63.8 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	2	33.3 %	4	66.7 %	
No	16	36.4 %	28	63.6 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	14	36.8 %	24	63.2 %	
No	4	33.3 %	8	66.7 %	
Estado atención sanitaria					< 0,001 ^a
Quirúrgico	15	68.2 %	7	31.8 %	
Continuidad Cuidados	3	10.7 %	25	89.3 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.039 ^b
En el último año	18	42.9 %	24	57.1 %	
Más de un año	0	0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	14	35.9 %	25	64.1 %	
No oncológico	4	36.4 %	7	63.6 %	

^a OR=17.85(IC95 %=3.99-79.73), ^b OR=0.571(IC95 %=0.44-0.74)

Tabla 4.20: Diagnóstico "Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.45	10.955	63.06	11.289	0.675
Cualitativas	n	v %	n	%	
Sexo					0.765
Hombre	16	64 %	9	36 %	
Mujer	17	68 %	8	32 %	
Familiar con estoma					0.542
Sí	3	100 %	0	0 %	
No	30	63.8 %	17	36.2 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	4	66.7 %	2	33.3 %	
No	29	65.9 %	15	34.1 %	
Marcaje previo del estoma					0.510
Sí	24	63.2 %	14	36.8 %	
No	9	75 %	3	25 %	
Estado atención sanitaria					0.034 ^a
Quirúrgico	11	50 %	11	50 %	
Continuidad Cuidados	22	78.6 %	6	21.4 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.013 ^b
En el último año	31	73.8 %	11	26.2 %	
Más de un año	2	25 %	6	75 %	
Diagnóstico médico					0.151
Oncológico	28	71.8 %	11	28.2 %	
No oncológico	5	45.5 %	6	54.5 %	

^a OR=0.273(IC95 %=0.08-0.933), ^b OR=8.455 (IC95 %=1.48-48.25)

Tabla 4.21: Diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.35	10.983	63.79	11.135	0.865
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.370
Hombre	7	28 %	18	72 %	
Mujer	10	40 %	15	60 %	
Familiar con estoma					0.264
Sí	2	66.7 %	1	33.3 %	
No	15	31.9 %	32	68.1 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	2	33.3 %	4	66.7 %	
No	15	34.1 %	29	65.9 %	
Marcaje previo del estoma					1.000
Sí	13	34.2 %	25	65.8 %	
No	4	33.3 %	8	66.7 %	
Estado atención sanitaria					0.034 ^a
Quirúrgico	11	50 %	11	50 %	
Continuidad Cuidados	6	21.4 %	22	78.6 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.039 ^b
En el último año	17	40.5 %	25	59.5 %	
Más de un año	0	0 %	8	100 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	13	33.3 %	26	66.7 %	
No oncológico	4	36.4 %	7	63.6 %	

^a OR = 3.66 (IC95 % = 1.07-12.54), ^b OR = 0.595 (IC95 % = 0.464-0.764)

Tabla 4.22: Diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs variables socio-demográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	64.68	10.286	63.28	11.792	0.657
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.157
Hombre	10	40 %	15	60 %	
Mujer	15	60 %	10	40 %	
Familiar con estoma					1.000
Sí	1	33.3 %	2	66.7 %	
No	24	51.1 %	23	48.9 %	
Pertenece a Asociación					1.000
Sí	3	50 %	3	50 %	
No	22	50 %	22	50 %	
Marcaje previo del estoma					0.742
Sí	20	52.6 %	18	47.4 %	
No	5	41.7 %	7	58.3 %	
Estado atención sanitaria					0.023 ^a
Quirúrgico	7	31.8 %	15	68.2 %	
Continuidad Cuidados	18	64.3 %	10	35.7 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.702
En el último año	20	47.6 %	22	52.4 %	
Más de un año	5	62.5 %	3	37.5 %	
Diagnóstico médico					0.306
Oncológico	21	53.8 %	18	46.2 %	
No oncológico	4	36.4 %	7	63.6 %	

^a OR = 0.259 (IC95 % = 0.07-0.84)

Tabla 4.23: Diagnóstico "Trastorno del patrón del sueño" vs variables sociodemográficas y clínica

Variables	Presencia diagnóstico				P
	Sí		No		
Cuantitativas	Media	Dt	Media	Dt	
Edad	65.54	10.262	59.54	12.122	0.090
Cualitativas	n	%	n	%	
Sexo					0.333
Hombre	17	68 %	8	32 %	
Mujer	20	80 %	5	20 %	
Familiar con estoma					0.558
Sí	3	100 %	0	0 %	
No	34	72.3 %	13	27.7 %	
Pertenece a Asociación					0.643
Sí	4	66.7 %	2	33.3 %	
No	33	75.0 %	11	25 %	
Marcaje previo del estoma					0.480
Sí	27	71.1 %	11	28.9 %	
No	10	83.3 %	2	16.7 %	
Estado atención sanitaria					0.406
Quirúrgico	15	68.2 %	7	31.8 %	
Continuidad Cuidados	22	78.6 %	6	21.4 %	
Tiempo intervención quirúrgica					0.181
En el último año	33	78.6 %	9	21.4 %	
Más de un año	4	50 %	4	50 %	
Diagnóstico médico					1.000
Oncológico	29	74.4 %	10	25.6 %	
No oncológico	8	72.7 %	3	27.3 %	

Resultados del análisis multivariante

Se realizaron modelos de regresión logística múltiple ajustados por edad y sexo, en aquellos diagnósticos en los que se observó asociación estadísticamente significativa con respecto al estado de atención, al ser el factor que más influyó en base a los resultados mostrados en el análisis bivalente. Así, se elaboraron modelos para los diagnósticos:

- "Ansiedad",
- "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades",
- "Deterioro de la interacción social",
- "Riesgo de compromiso de la resiliencia",
- "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea",
- "Riesgo de intolerancia a la actividad", y
- "Trastorno de la imagen corporal".

Se descartó el modelo para el diagnóstico "Incontinencia fecal", ya que este diagnóstico únicamente se valoró en el momento del alta.

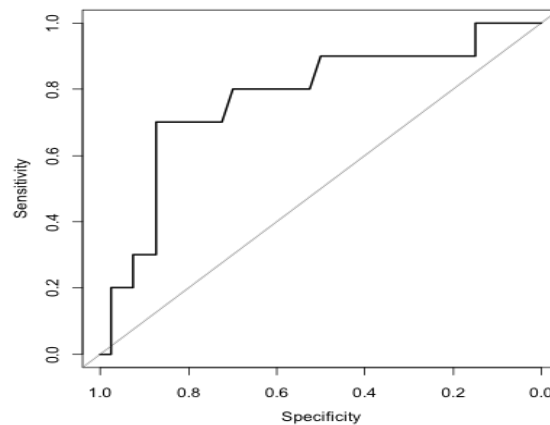
Tras valorar los criterios de ajuste, se obtuvieron modelos válidos para "Ansiedad" (Tabla 4.12), "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" (Tabla 4.14), "Deterioro de la interacción social" (Tabla 4.15), "Riesgo de compromiso de la resiliencia" (Tabla 4.19), "Riesgo de intolerancia a la actividad" (Tabla 4.21) y "Trastorno de la imagen corporal" (Tabla 4.22). Se descartó el modelo para "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" por problemas en la calibración (Área bajo la curva $ROC < 0,70$).

Los resultados muestran que en el periodo quirúrgico el riesgo aumenta respecto al periodo de continuidad en diagnósticos como "Ansiedad" ($OR = 9,53, p = 0,014$), "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" ($OR = 9,82, p = 0,017$), "Riesgo de intolerancia a la actividad" ($OR = 4,54, p = 0,027$) y "Riesgo de compromiso de la resiliencia" ($OR = 26,75, p = < 0,001$). Mientras que es el riesgo es menor para los diagnósticos "Deterioro de la interacción social" ($OR = 0,03, p = 0,005$) y "Trastorno de la imagen corporal" ($OR = 0,25, p = 0,029$), cuyo riesgo aumenta en el periodo de continuidad de cuidados frente al periodo quirúrgico.

Tabla 4.24: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Ansiedad" vs estado atención sanitaria

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	1.03 (<0.001-1.12)	0.335	1.10
Sexo			
Hombre	0.83 (<0,001-3.91)	0.821	1.02
Mujer	Ref.		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	9.53 (1.86-78.46)	0.014	1.13
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): $X^2 = 7,42$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,49$; Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva = : 0.77 (95 % CI: 0.57-0.93) Gráfico 4.5.

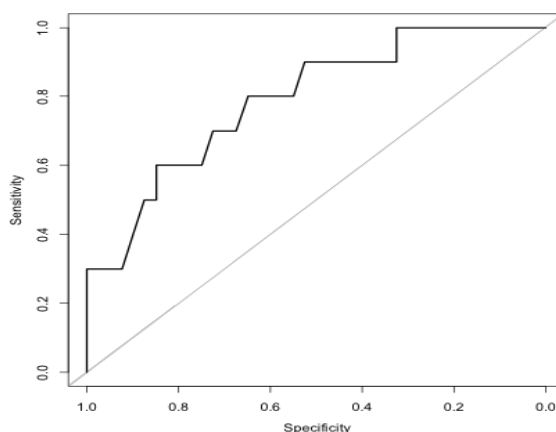


Grafica. 4.5: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Ansiedad" vs estado atención sanitaria.

Tabla 4.25: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" vs estado atención sanitaria.

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	1.00 (0.93-1.08)	0.920	1.12
Sexo			
Hombre	0.24 (0.03 - 1.15)	0.091	1.06
Mujer	Ref.		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	9.82 (1.79 -87.19)	0.017	1.18
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): $X^2 = 2,03$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,9798$. Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva =0.79 (95 % CI: 0.61-0.93) Gráfico 4.6.

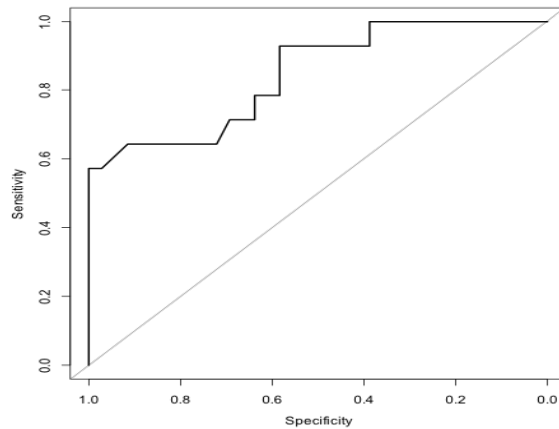


Grafica. 4.6: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" vs estado atención sanitaria.

Tabla 4.26: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Deterioro de la interacción social" vs estado atención sanitaria.

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	0.95 (0.87 - 1.02)	0.189	1.33
Sexo			
Hombre	0.49 (0.09 - 2.30)	0.384	1.18
Mujer	Ref.		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	0.03 (0.001-0.25)	0.005	1.18
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): $X^2 = 14,93$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,06$; Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva = 0.84 (95 % CI: 0.70-0.95) Gráfico 4.7.

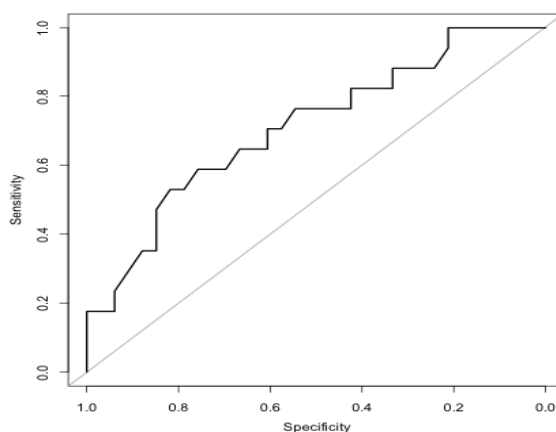


Grafica. 4.7: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico Deterioro de la interacción social vs estado atención sanitaria

Tabla 4.27: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs estado atención sanitaria.

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	1.01 (0.95 - 1.08)	0.541	1.12
Sexo			
Hombre	0.50 (0.13 - 1.77)	0.292	1.04
Mujer	Ref.		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	4.54 (1.25 - 19.25)	0.027	1.15
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): $X^2 = 5,17$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,73$; Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva = 0.71 (95% CI: 0.55-0.85) Gráfico 4.8.

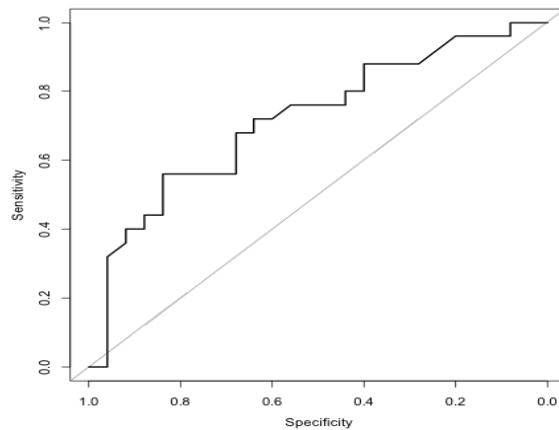


Grafica. 4.8: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Riesgo de intolerancia a la actividad" vs estado atención sanitaria

Tabla 4.28: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs estado atención sanitaria.

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	0.99 (0.93 - 1.04)	0.749	1.09
Sexo			
Hombre	0.43 (0.12-1.45)	0.184	1.03
Mujer	Ref		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	0.25 (0.06-0.84)	0.029	1.06
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): $X^2 = 4,96$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,76$; Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva = 0.72 (95 % CI: 0.57-0.85) Gráfico 4.9.

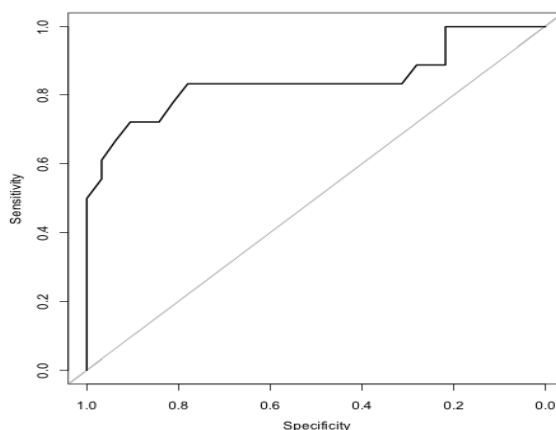


Grafica. 4.9: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico "Trastorno de la imagen corporal" vs estado atención sanitaria

Tabla 4.29: Modelo de regresión logística para diagnóstico "Riesgo de compromiso de la resiliencia" vs estado atención sanitaria.

VARIABLES	OR (IC 95 %)	p	FIV*
Edad	1.04 (≥ 0.001 ? 1.12)	0.22	1.25
Sexo			
Hombre	0.72 (≥ 0.001 - 3.20)	0.67	1.05
Mujer	Ref.		
Estado atención sanitaria			
Quirúrgico	26.75 (5.61 - 202.71)	<0.001	1.31
Continuidad de cuidados	Ref.		

Comprobada ausencia de colinealidad con *FIV (Factor de Inflación de la Varianza) < 2,5; Comprobada relación lineal con variable edad a través del gráfico de variables agregadas; Calibración (Test de Hosmer-Lemeshow): X^2 -squared = 13,661, $df = 8$. p -value = 0,09; Prueba de discriminación mediante curva ROC: área bajo la curva = 0.84 (95 % CI: 0.69-0.96) Gráfico 4.10.



Grafica. 4.10: Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico Riesgo de compromiso de la resiliencia vs estado atención sanitaria

4.4.4. Discusión

El objetivo de este trabajo fue analizar la presencia y los factores asociados a diagnósticos NANDA que potencialmente pueden aparecer en personas portadoras de estomas digestivos. Por tanto, este trabajo se une a la línea de investigaciones que bajo la necesidad de establecer una epidemiología de necesidades de cuidados, determina prevalencia de diagnósticos en una población concreta y describe qué factores se asocian a su presencia (Echevarría Pérez, Romero Sánchez, Giró Formatger, & Giménez Fernández, 2016).

En cuanto al perfil de la muestra, nos encontramos con una distribución homogénea en cuanto al sexo. Se trata de adultos mayores en los que la enfermedad principal que ha derivado la realización del estoma era una patología oncológica. Encontramos un perfil parecido en otros estudios, con medias de edad en torno a los 55 años y siendo la enfermedad oncológica la principal causa de la ostomía (Baykara *et al.*, 2014). Destaca que sólo 6 pertenecían a una asociación de pacientes con estomas digestivos, lo cual es un porcentaje bajo (aun considerando que casi la mitad de los pacientes estaban recién intervenidos) a la luz de las recomendaciones de la literatura científica, que sugiere motivar a los pacientes al asociacionismo por el fortalecimiento que esto supone a la personas con estomas (Luz & Araújo Luz, 2015), aspecto también señalado por los expertos en el Estudio 3. Conviene señalar que el marcaje previo fue realizado a la mayor parte de los pacientes, algo que tiene que ser tenido en cuenta debido a que mejora la calidad de vida en el post-operatorio, disminuye las complicaciones en este periodo y promueve la independencia del paciente (Person *et al.*, 2012).

Uno de los diagnósticos más prevalentes fue "Conocimientos deficientes". Esto se puede justificar por el hecho de que estos pacientes se enfrentan a algo desconocido cuando se les realiza el estoma y que, a partir de ese momento, puede acompañarle durante un periodo de tiempo incierto o bien durante toda su vida. La información es fundamental en este proceso y ha sido una constante en los estudios que sustentan esta tesis. En este sentido, destacar que la desinformación es una de las categorías más destacadas en investigaciones previas (Martín Muñoz & Crespillo Díaz, 2015), de manera que la falta de datos para comprender la enfermedad, la cirugía y el pronóstico ante la enfermedad, se convierte en uno de los factores más influyentes sobre el estado emocional de los pacientes. Llama la atención que incluso en pacientes en periodo

de continuidad de cuidados, siga vigente este diagnóstico, lo que se puede explicar bien porque haya una sobrevaloración del mismo dado que los factores relacionados no estén claros o sean heterogéneos en los pacientes, o porque la información y/o educación no haya trascendido en ellos y sigan delegando gran parte del cuidado en los profesionales. En cualquier caso, es un aspecto a profundizar.

Otro diagnóstico prevalente fue "Disposición para mejorar la gestión de la propia salud", que junto con otros que aparecían también como destacados ("Riesgo de compromiso de la resiliencia" o "Afrontamiento ineficaz") trata de situar la capacidad de respuesta del paciente ante la ostomía. En todos los pacientes se ha observado ese interés por adoptar un régimen terapéutico que le permita gestionar eficazmente su problema y las consecuencias del mismo, si bien la capacidad de respuesta y el afrontamiento pueden estar comprometidos.

El "Trastorno de la Imagen Corporal" apareció también como un diagnóstico a considerar, siendo más intenso, como cabría esperar, en el momento de la creación del estoma. A la luz de los resultados obtenidos, parece que el riesgo de aparición de este diagnóstico disminuye en el periodo de continuidad. En este sentido, la información y la orientación vuelve a ser clave en la aceptación (Hueso Montoro *et al.*, 2016; Person *et al.*, 2012).

Otro diagnóstico de interés fue "Disfunción sexual". Esto muestra que es uno de los temas que impactan en la persona con estoma digestivo (Cardoso *et al.*, 2015) y por tanto una necesidad a considerar en los planes de cuidados. Estudios previos indican que el 44% de personas con estomas digestivos dejan de ser sexualmente activos tras la realización del estoma (R.N.A.O, 2009).

La inclusión de la familia en el proceso de atención es fundamental si tenemos en cuenta que el vínculo familiar es un aspecto que se deteriora en algunos casos, por miedo a la reacción ante la noticia, o por el rechazo subjetivo que se genera en los familiares. En este sentido, tienen una gran influencia las características sociales y culturales que se asocian a cada caso (Ferreira Umpiérrez & Fort Fort, 2014). Todo ello justifica la valoración de la vida sociofamiliar del paciente y la posibilidad de trabajar con el diagnóstico "Interrupción de los procesos familiares".

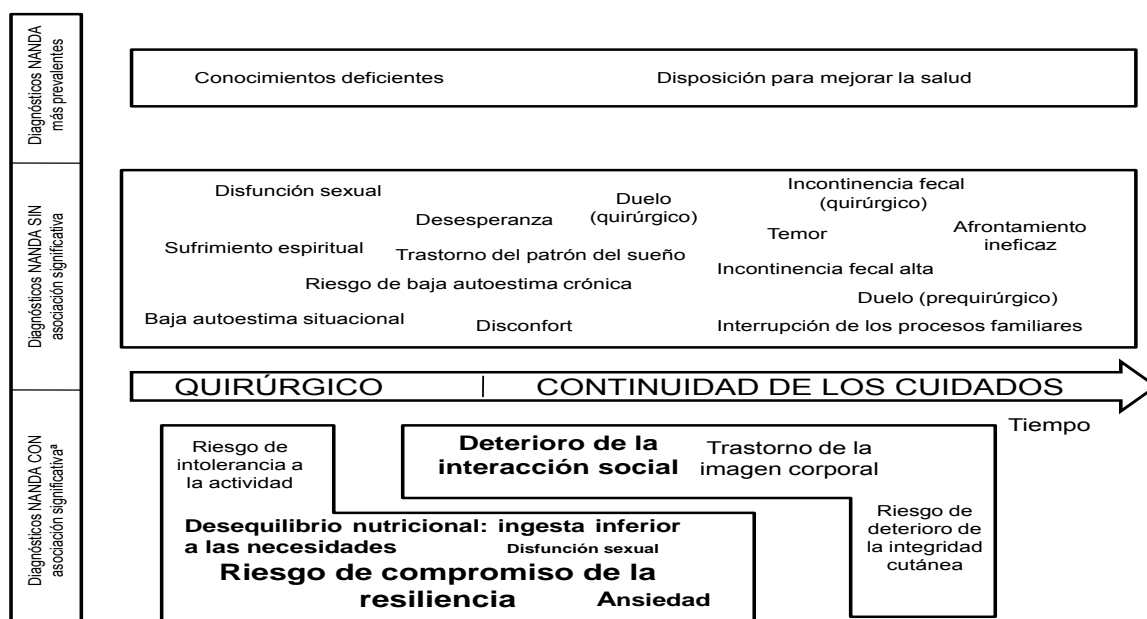
En relación con otros diagnósticos, se han encontrado coincidencias con otros trabajos en los que se desarrollan planes de cuidados a personas con ostomías (C.O.F, 2015; Fernández Ba-

talla, 2017; Olavarría Beivide, Santamaría Corona, & Gómez Muñoz, 2010). Algunos de estos trabajos destacan diagnósticos como "Incontinencia Fecal", "Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea", "Baja autoestima" o "Ansiedad". Estos últimos aparecen como problemas psicológicos a los que estos pacientes tienen que enfrentarse creando una dependencia desagradable vinculada a sensaciones de angustia.

En este sentido la recuperación a largo plazo se caracteriza, inicialmente, por el control del cuidado de la ostomía y, posteriormente, por el restablecimiento de las actividades laborales y sociales. Influenciado por la formación, la mejora en las destrezas del cuidado del estoma, disminuye la ansiedad (R.N.A.O, 2009). Uno de los hallazgos destacables en el estudio, es la influencia que tiene en la aparición de unos u otros diagnósticos, el estado de atención en el que se encuentra el paciente. Se han obtenido diferencias destacables en algunos diagnósticos en función de si el sujeto está en periodo quirúrgico o en continuidad de cuidados, lo cual es un hallazgo de interés ya que puede orientar de manera más precisa los planes de cuidados a desarrollar en la práctica clínica. La Figura 4.11 resume la distribución de cada diagnóstico tomando en consideración el factor antes comentado. De este modo, al margen de los diagnósticos que no se ven condicionados, por el periodo de atención en el que se encuentra el paciente, hay que prestar especial atención a los diagnósticos "Ansiedad", "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" y "Riesgo de intolerancia a la actividad" en el periodo quirúrgico, y a los diagnósticos "Deterioro de la interacción social" y "Trastorno de la imagen corporal" en continuidad de cuidados.

En ambos casos, se han observado diferencias en un periodo frente al otro, confirmando tanto en el análisis bivalente como en el multivariante (ajustado por edad y sexo) que el riesgo difiere significativamente.

En concreto para el diagnóstico "Ansiedad", la duración del periodo preoperatorio y la urgencia de la intervención son factores añadidos que deben ser valorados. Así el estudio de Gordillo León, Arana Marínez, & Mestas Hernández (2011) indica que, cuanto mayor sea la urgencia de la operación, menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.



^a El tamaño y resaltado de la letra se corresponde con la diferencia de OR. Este valor se confirma cuando se ajusta los diagnósticos por edad y sexo. A mayor tamaño y resaltado, mayor probabilidad de que un diagnóstico se presente en cada estado. Así en el periodo "quirúrgico", los diagnósticos con mayor OR indican mayor probabilidad de presentarse en ese estado. Por otro lado, en el estado de "continuidad de los cuidados", los diagnósticos con menor OR serán los que tengan mayor probabilidad de presentarse durante esa etapa.

Figura 4.11: Distribución de diagnósticos enfermeros en función del estado de atención

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Este estudio no está exento de limitaciones. La selección de diagnósticos NANDA se ha sustentado en una revisión exhaustiva de la investigación cualitativa, que ha permitido indagar en las necesidades expresadas por los propios pacientes y ha sido aplicado a una muestra de pacientes que ha permitido explorar los factores relacionados.

A pesar de ello, sería arriesgado confirmar la validez clínica de nuestros hallazgos, toda vez que convendría completar el proceso con procedimientos de validación más exhaustivos que cada vez se están empleando con más asiduidad en las investigaciones sobre taxonomías enfermeras (Echevarría Pérez *et al.*, 2016). Una limitación es que la selección de diagnósticos en la muestra se hizo en base al juicio clínico de una sola enfermera. Para un proceso más robusto hubiera sido necesario incluir al menos a otro experto para analizar la fiabilidad interobservador, y hubiera sido interesante incorporar cuestionarios o escalas ya validadas sobre alguno de los diagnósticos identificados (ansiedad, imagen corporal, entre otros) para dar validez de criterio concurrente a los resultados obtenidos.

En esta línea, también hay que señalar como limitación que el estudio se centra exclusivamente en el problema que supone portar un estoma digestivo, si bien hay que considerar que el estoma digestivo es consecuencia de diferentes patologías que pueden generar respuestas distintas incluso en el manejo del propio estoma, y que hay otros procesos estrechamente relacionados, como es el caso de las incontinencias, que deberían abordarse conjuntamente si se propone un plan de cuidados integral.

En cuanto a los factores relacionados, debido al limitado tamaño muestral no se han podido desarrollar modelos multivariantes con más factores de ajuste. Además, han quedado fuera algunos que podrían incorporarse en futuras investigaciones. Por ejemplo, la permanencia o no del estoma, es un factor relevante que no se ha explorado en este estudio debido a que, la mayor parte de la muestra, está en periodo quirúrgico y en este estado es variable el pronóstico a este respecto. No obstante, el análisis diferenciado por tiempo transcurrido desde la creación del estoma, compensa en parte esta limitación. Un aspecto destacado que señalan otros estudios es el del nivel económico y educacional de los pacientes (de Frutos Muñoz *et al.*, 2011; Luz & Araújo Luz, 2015), que también podrá incorporarse en futuras investigaciones. De hecho, una de las líneas de investigación futuras que se derivan de esta tesis es la la realización de un estudio de seguimiento, que incluya tanto la evolución de los diagnósticos enfermeros, así como del resto de componentes del plan de cuidados, a lo que se le pueden unir más variables de caracterización y otros indicadores como calidad de vida, etc. Todo ello permitirá realizar análisis más robustos (análisis de supervivencia con regresión de Cox, entre otros) que mostrarán un conocimiento más exhaustivo y confirmará las asociaciones halladas, las cuales hay que tomar con cautela debido a la transversalidad del diseño empleado. Especialmente interesante será el análisis de los indicadores de criterios NOC, no solo porque nos da una medida del nivel de necesidades de los pacientes, sino por el valor predictivo que tienen de cara a la selección de diagnósticos (Echevarría Pérez *et al.*, 2016).

Por otro lado, el limitado tamaño muestral no ha permitido analizar el comportamiento de algunos diagnósticos. Tal y como se ha informado anteriormente, en el momento de finalización de esta tesis doctoral, el estudio seguía en activo, por lo que la muestra se incrementará en futuros análisis. También el tamaño muestral ha imposibilitado la realización de modelos mul-

tivariantes con más variables explicativas, por lo que puede que las asociaciones identificadas estén confundidas con otros factores. Será una limitación que se resolverá con el incremento de muestra.

Implicaciones para la práctica

Los hallazgos de esta investigación tienen una aplicabilidad en diferentes aspectos. Por un lado, nos ha permitido describir la situación clínica de los pacientes a través de las etiquetas diagnósticas empleadas. Por otro lado, contribuye a la validación de diagnósticos NANDA en un contexto tan concreto como es el de la persona con estoma digestivo, sin olvidar las limitaciones antes descritas. También puede considerarse que el procedimiento empleado ayuda a completar las investigaciones que se están realizando sobre validación de diagnósticos NANDA. Creemos que las fases 2 y 3 empleadas en la elaboración de esta propuesta sí tienen limitaciones importantes, pero consideramos una fortaleza del estudio el haber empleado la metasíntesis como fuente primaria para la elaboración de los diagnósticos.

Por otro lado, ofrece a los profesionales de enfermería que cuidan a este tipo de pacientes, una guía orientativa acerca de qué necesidades pueden estar alteradas en el paciente y en qué momento pueden aparecer. Como consecuencia de aplicar dichos planes, se garantiza la calidad y continuidad del cuidado, favoreciendo la gestión del proceso de enfermedad y produciendo beneficios en la situación del paciente (Bueno Cardona, Pelegrina Bone, & Jiménez Vinuesa, 2015).

A colación con lo anterior, los modelos de práctica avanzada en enfermería requieren de un liderazgo clínico, investigador y de una práctica de cuidados de alta cualificación (Goodman, Morales Asensio, & de la Torre Aboki, 2013), por lo que el manejo de taxonomías es una oportunidad para el desarrollo de este nivel profesional. Además, conviene tener en cuenta que la normativa vigente en el estado español sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, incluye la taxonomía NANDA, NOC, NIC (RD, 2010) (R.D 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud).

En esta línea, recientemente la (Consejería de Salud, 2017) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2017), ha publicado el Manual de competencias profesionales para Enfermero/a

de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con O stomías; en la competencia sobre personalización de los cuidados, se indica como buena práctica, la realización de planes de cuidados individualizados. En este sentido, los hallazgos de este estudio pueden contribuir a ayudar a los profesionales que precisen de dicha acreditación a orientar el desarrollo de esta buena práctica.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Capítulo 5

CONCLUSIONES

Este apartado recoge las principales conclusiones de esta tesis doctoral, que dan cuenta de las conclusiones de cada uno de los estudios presentados y, consiguientemente de los objetivos. Se hace énfasis en las contribuciones teóricas y aplicaciones para la práctica que se derivan de los hallazgos obtenidos.

Se presentan ordenadas por objetivos.

Objetivo 1

Explorar la experiencia de portar un estoma digestivo en relación con los factores que influyen desde el punto de vista físico, emocional y social.

1. La persona ostomizada describe una experiencia de padecimiento ante el estoma, de modo que expresa cambios físicos, emocionales y sociales derivados de la percepción subjetiva que tiene de su proceso y de la atención y cuidado que recibe; todo ello en el marco de las estructuras (organización sanitaria) y relaciones sociales que establece.
2. Los hallazgos de esta tesis avalan y completan el modelo de la triple A (Bonill de las Nieves, 2011), que explica el padecimiento de personas ostomizadas. El modelo se define a partir de tres categorías centrales que muestran el itinerario que sigue el paciente desde el momento de realización del estoma - etapa de Aceptación -, pasando por un proceso de Adaptación y con el objetivo final de alcanzar la Autonomía. Diversos factores influyen en el mismo, siendo la información, uno de los elementos más influyentes en todo el proceso. El modelo reconoce la función del profesional enfermero experto en estomaterapia como garante de la promoción del autocuidado.

Objetivo 2

Analizar la producción científica generada a partir de investigación cualitativa sobre la experiencia de portar un estoma digestivo.

3. El perfil de publicaciones sobre el padecimiento de personas con estomas digestivos, desde la investigación cualitativa, es de estudios realizados entre 2 y 4 cuatro autores, principalmente del área de enfermería y mayoritariamente adscritos a la Universidad. La mayoría de estos trabajos se realizaron en Brasil y Estados Unidos y fueron publicados en revistas de enfermería y revistas especializadas en ostomías. Es muy común el desarrollo de estudios descriptivos exploratorios en general, en donde se empleó la entrevista en sus diversas variantes para la recogida de datos, así como numerosas técnicas de análisis de datos, en las que destaca el análisis de contenido.

Objetivo 3

Describir qué dimensiones son relevantes en el cuidado de pacientes portadores de estomas digestivos a partir de la opinión de profesionales expertos en la materia.

4. La dimensión social es la más destacada en el cuidado de los pacientes ostomizados. Los pacientes tienen miedo a las relaciones sociales, provocando situaciones de aislamiento y limitando los ambientes desconocidos. Si se mantienen precauciones relacionadas con el cuidado del estoma, esto les permite realizar una vida sin limitaciones.
5. Un modelo de intervención en cuidados para personas con estomas digestivos ha de articularse sobre la función de profesionales enfermeros expertos en estomaterapia, contando con otros recursos de interés como los grupos de ayuda mutuo o el apoyo familiar, entre otros.

Objetivo 4

Identificar qué diagnósticos enfermeros son prevalentes en el cuidado de pacientes que portan un estoma digestivo.

6. Los diagnósticos identificados con mayor presencia en personas con estomas digestivos son: “Conocimientos deficientes” (entendido como carencia o deficiencia de información

cognitiva en relación al cuidado del estoma) y “Disposición para mejorar la gestión de la propia salud” (entendido como la disposición para integrar un régimen terapéutico para el cuidado del estoma y sus posibles complicaciones).

7. Se constata un mayor predominio de diagnósticos como “Riesgo de compromiso de la resiliencia” o “Afrontamiento ineficaz”, lo que sugiere que la capacidad de respuesta y el afrontamiento son situaciones comprometidas con la presencia del estoma digestivo.
8. La disfunción sexual y el trastorno de la imagen corporal, a través de sus respectivas etiquetas diagnósticas, son problemas con una distribución heterogénea en la muestra analizada en este estudio, pero que conviene destacar dada la relevancia teórica que tienen a la luz de los hallazgos obtenidos en otros trabajos.

Objetivo 5

Analizar qué factores de tipo sociodemográfico y clínico influyen en la presencia de diagnósticos.

9. El periodo de atención sanitaria en el que se encuentra el paciente, clasificado en periodo quirúrgico (periodo de hospitalización) y continuidad de cuidados (periodo desde el momento del alta), condiciona la presencia de diagnósticos de enfermería.
10. En igualdad de condiciones respecto a la edad y el sexo, el riesgo de presencia de diagnósticos como “Ansiedad”, “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades” y “Riesgo de intolerancia a la actividad”, es significativamente mayor en el periodo quirúrgico frente al periodo de continuidad de cuidados.
11. En igualdad de condiciones respecto a la edad y el sexo, el riesgo de presencia de diagnósticos como “Deterioro de la interacción social” y “Trastorno de la imagen corporal”, es significativamente mayor en el periodo de continuidad de cuidados frente al periodo quirúrgico.

Conclusions

This section summarizes the main conclusions of this thesis. It presents the objectives of each area and the conclusions obtained. It emphasizes the theoretical contributions and practical applications derived from the findings. These objectives are:

Objective 1

To explore the experience of having a digestive stoma in relation to influential factors from a physical, emotional and social point of view

1. Patients with digestive stoma describe an experience of suffering before the stoma. The study expresses the physical, emotional and social changes derived from the subjective patient perception of the process and the attention and care they receive, inside the framework of the institution (health organization) and social relations established.
2. The findings of this thesis confirm and complement the triple A model (Bonill de las Nieves, 2011), which explains the suffering of people with digestive stoma. The model defines three central categories that show the patient's trajectory from the moment the stoma is performed. These include the acceptance stage, followed by an adaptation process and the ultimate goal of reaching self-care. Several factors influence this process, with information standing out as the most influential element in the process. This model recognizes the role of the stoma care nurse or expert in stomatherapy as guarantor of the promotion of self-care.

Objective 2

To analyze the scientific literature documenting qualitative research on the experience of having a digestive stoma

3. Various publications detailing qualitative research on the conditions of people with digestive stoma have been carried out by investigations of between two and four

authors. The University highlights its interest as the producer of research in this area, although collaborations between institutions must be part of the future.

The scientific literature on people with digestive stoma principally originates from Brazil and the United States. Articles were mainly published in nursing journals and journals specialized in stomas. The development of exploratory descriptive studies in general is very common. Various interview formats were used for data collection as well as numerous techniques of data analysis, in which content analysis was the most prevalent.

Objective 3

To describe the relevant conditions for caring for patients with a digestive stoma from the opinion of experts in the field

4. The social dimension is the most outstanding area in the care of patients with digestive stoma. Patients are afraid of social relationships, triggering situations of isolation and limiting unknown environments. If precautions related to stoma care are maintained, this allows them to live a life without limitations.
5. An intervention model of care for people with stoma should be detailed on the role of the professional nurses' expert in stoma care. Additionally, other resources need to be considered such as mutual help groups or family support, among others.

Objective 4

To identify prevalent nursing diagnoses in the care of patients with a digestive stoma

6. The diagnoses with the highest frequency in people with digestive stomas are: "Deficient Knowledge" (understood as lack or deficiency of cognitive information in relation to stoma care) and "Readiness for enhanced health management" (understood as the willingness to integrate a therapeutic regimen for the care of the stoma and its possible complications).

7. There is a high frequency in diagnoses such as “Risk for impaired resilience” or “Ineffective coping”, which suggests that capacity and coping are situations that are compromised by the presence of digestive stomas.
8. “Sexual dysfunction” and “Disturbed body image”, are problems with a heterogeneous frequency in the sample analyzed in this study, however they should be highlighted given the theoretical relevance they have in other works.

Objective 5

To analyze the sociodemographic and clinical factors which may influence the frequency of diagnoses

9. The period of health care attention in which the patient is classified in surgical period (hospitalization period) and continuity of care (period from discharge) determines the presence of nursing diagnoses.
10. Under equal conditions with respect to age and sex, the risk of diagnoses “Anxiety”, “Imbalanced nutrition: less than body requirements” and “Risk for activity intolerance” is significantly higher in the surgical period than in the continuity of care period.
11. Under equal conditions with respect to age and sex, the risk of diagnoses of “Impaired social interaction” and “Disturbed body image” is significantly higher in the continuity care period than in the surgical.

CAPÍTULO 6

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Ackley, B. J. & Ladwig, G. B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. (10th ed.). Missouri: Elsevier.
- Adams, L. Y. (2016). The conundrum of caring in nursing. *International Nursing of Caring Sciences*, 9(1). Retrieved from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/1_1-Adams_special_9_1.pdf.
- Ahuja, R. (2013). Ethical practice of evidence-based medicine: A review for plastic surgeons. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 46(1), 11–17. doi: 10.4103/0970-0358.113701.
- Ait Ouakrim, D., Pizot, C., Boniol, M., Malvezzi, M., Boniol, M., Negri, E., ...Autier, P. (2015). Trends in colorectal cancer mortality in europe: retrospective analysis of the who mortality database. *British Medical Journal*, (351). h4970. doi: 10.1136/bmj.h4970.
- Al-Busaidi, Z. Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University medical journal*, 8(1), 11–19. Retrieved from. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3087733/pdf/squmj-08-11.pdf>.
- Alcolea Cosín, M., Oter Quintana, C., & Martín García, A. (2011). Enfermería basada en la evidencia. orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*, 52, 1–7. Retrieved from. <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538>.
- Aleksandrova, K., Jenab, M., Bueno-de Mesquita, H. B., Fedirki, V., Kassks, R., & Lukanova, A., ...Boeing, H. (2014). Biomarker patterns of inflammatory and metabolic pathways are associated with risk of colorectal cancer, results from the european prospective investigation into cancer and nutrition (epic). *European Journal of Epidemiology*, 29(4), 261–275. doi: 10.1007/s10654-014-9901-8.
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Aplicación del proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico* (8th ed.). Barcelona: Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams and Wilkins.

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing Theorists and their work* (8th ed.). US: Elsevier Health Sciences.
- Allmark, P. (2004). Should research samples reflect the diversity of the population? *Journal of Medical Ethics*, 30(2), 185–189. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2003.004374>.
- Alonso Coello, P., Ezquerro Rodríguez, O., Fargues García, I., García Alamino, J. M., Marzo Castillejo, M., Navarra Llorens, M., & Urrutia Cuchí, G. (2004). *Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados* (1st ed.). Madrid. Difusión Avances de Enfermería, dae edition. Retrieved from. <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>.
- American Cancer Society (2017). Cancer type: colorectum. (13). Retrieved from: https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=1.254644744.1238823398.1483101886#/cancer-site/Colorectum.
- Amezcuá, M. (2000). Antropología de los cuidados. enfermedad y padecimiento: significado del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, IV(7-8), 60–67. Retrieved from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5086/1/CC_07-08_08.pdf.
- Amezcuá, M. & Carricondo Guirao, A. (2000). Investigación cualitativa en España. análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería*, (28-29), 26–34. Retrieved from: <http://www.index-f.com/cuali/CUALIESP.php>.
- Anderson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), 603–608. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x.
- Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: A hermeneutic phenomenology. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 518–524. Retrieved from: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17133140>.
- Backes, M. T. S., Backes, D. S., & Erdmann, A. L. (2012). Feelings and expectations of permanent colostomy patients. *International Journal of Nursing Practice*, 2(2), 9–14. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n3p9>

- Ball, E., McLoughlin, M., & Darvill, A. (2011). Plethora or paucity: A systematic search and bibliometric study of the application and design of qualitative methods in nursing research 2008-2010. *Nurse Education*, *31*(3), 299–303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.002>
- Balme, C., Griffinths, F., & Dunn, J. (2013). A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis. *Journal of Advance Nursing*, *70*(8), 1688–1701. doi: 10.1111/jan.12342.
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: Models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(2), 187–195. doi: 10.1111/j.1365–2702.2006.01791.x.
- Barnabe, N. C. & Dell’Aqua Queiroz, C. M. (2008). Coping strategies of ostomized individuals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(4), 28–37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104–11692008000400010>.
- Bassora, B. J. & Campos, C. J. G. (2010). Clinical-qualitative methodology in scientific production in health and human sciences: an integrative review. *Revista Electronica de Enfermagem*, *12*(4), 753–60. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>
- Batista, M. R. F. F., Rocha, F. C. V., Silva, D. D. G., & Júnior, F. J. G. (2011). Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(6), 1043–1047. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034–71672011000600009>.
- Baykara, Z. G., Demi, S. G., Karadag, A., Harputlu, D., Kahraman, A., Karadag, S., ...Cihan, R. (2014). A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, *60*(5), 16–26.
- Bellido Vallejo, C. J. & Lendínez Cobo, J. F. (2010). Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de virginia henderson y los lenguajes nnn. Retrieved from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.
- Bendassolli, P. F. (2013). Theory building in qualitative research: Reconsidering the problem of induction. *Forum: Qualitative Social Research*, *14*(1). Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1851/3499>.

- Bonill de las Nieves, C. . & Celdrán Mañas, M. (2008). Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia [on line]*, 5(22). Retrieved from: <http://www.index-f.com/evidentia/n22/471articulo.php>.
- Bonill de las Nieves, C. & Celdrán Mañas, M. (2008). Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia [on line]*, 5(22). Retrieved from: <http://www.index-f.com/evidentia/n22/471articulo.php>.
- Bonill de las Nieves, C. (2011). *Vivencias y experiencias de personas portadoras de estomas digestivos*. Ph.D. Thesis, Department of Nursing, University of Málaga.
- Bonill de las Nieves, C., Hueso Montoro, C., Celdrán Mañas, M., Rivas Marín, C., Sánchez Crisol, I., & Morales Asencio, J. M. (2013).). living with a digestive stoma: the importance of family support. *Index de Enfermería*, 22(4). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300004>
- Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M., Hueso Montoro, C., Morales Asencio, J. M., Rivas Marín, C., & Cuevas Fernández Gallego, M. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(43), 394–400. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429>
- Brandi, S. H. E., Bermúdez, R. H., Alfaro, F. L. G., Domínguez, P. A. E., & Gutiérrez, R. A. (2011). Prevalencia del pólipo adenomatoso colónico. *Endoscopia*, 23(3), 142–147. Retrieved from: <http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-colon-X01889893112927900>.
- Bueno Cardona, J. M., Pelegrina Bone, A. M., & Jiménez Vinuesa, N. S. (2015). Actuación enfermera durante la adaptación del paciente ostomizado. a propósito de un caso. *Paraninfo Digital [on line]*, 22. Retrieved from: <http://www.index-f.com/para/n22/358.php>.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Bulkley, J., McMullen, C. K., Hornbrook, M. C., Grant, M., Altschuler, A., Wendel, C. S., &

- Krouse, R. (2013). Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psycho-Oncology*, *22*(11), 2513–2521. doi: 10.1002/pon.3318.
- Calcerada Díaz Santos, N., Valentín López, B., & Blasco Amaro, J. A. (2008). Cost-effectiveness analysis of population screening tests for colorectal cancer: systematic review of the efficacy and safety. summary. informes de evaluación de tecnologías sanitarias: Uets nº 2006/0.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F.,... Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ: British Medical Journal*, *334*(7591), 455-459. doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE
- Campos Palomo, A. D. & Campos Palomo, L. D. (2014). Standardized nursing language oriented to leadership and health communication. *Revista Española de Comunicación en Salud*, *5*(2), 125–133. Retrieved from: http://www.aecs.es/5_2_6.pdf.
- Capilla Díaz, C., Black, P., Bonill de las Nieves, C., Gómez Urquiza, J. L., Hernández Zambrano, S., Montoya Juárez, R., ...Hueso Montoro, C. (2016). The patient experience of having a stoma and its relation to nursing practice: implementation of qualitative evidence through clinical pathways. *Gastrointestinal Nursing*, *14*(3), 29–36. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/gasn.2016.14.3.39>
- Cardoso, D. B. R., Almeida, C. E., Santana, M. E., Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2015). Sexuality of people with intestinal ostomy. *Revista Rene*, *16*(4), 576–585. doi: 10.15253/2175–6783.2015000400015.
- Carvalho, S. O. R. M., Budó, M. L. D., Silva, M. M., Alberti, G. F., & Simon, B. S. (2015). With some care, we can go on: Experiences of people with ostomy. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, *24*(1), 279–287. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003710013>
- Cascais, A. F. M. V., Martim, J. G., & Almeida, P. J. S. (2007). Ostomy impact in the process of human living. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, *16*(1), 163–167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100021>
- Castillo, L. P., Espinosa Estevez, J. M., Sánchez Bautista, M. P., Cruz Castañeda, O., Cano Garduño, M. A., Rivas, J. G., & Hernández Corral, M. E. S. (2010). Educative intervención

- of nursing in the rehabilitation of an ostomized person. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7(2), 9–14. Retrieved from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n2/v7n2a2.pdf>.
- Chabeli, M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: a literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), doi: 10.4102/hsag.v12i4.273.
- Charúa Guindic, L. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Revista Médica del Hospital General*, 69(2), 113–118. Retrieved from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>.
- Cheah, J. (2000). Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in singapore. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(5), 403–412. doi: 10.1093/intqhc/12.5.403.
- Coca, C. & García-Llana, H. (2015). The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, (42), 257–263. doi: 10.1097/WON.000000000000126.
- Coelho, A. R., Santos, F. S., & Poggetto, M. D. (2013). Stomas changing lives: facing the illness to survive. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(2), 258–267. doi: 10.5935/1415-2762.20130021.
- Consejería de Salud. (2017). Manual de Competencias Profesionales. Enfermero de práctica avanzada en cuidados de personas con ostomías. *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Retrieved from: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Enfermero-de-Practica-Avanzada-en-Cuidados-a-Personas-con-Ostomias.pdf>.
- C. O. F. (2015). *Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. Método, lenguaje profesional, planes de cuidados y sistema de registros que permiten individualizar y personalizar la atención al paciente ostomizado*. Retrieved from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/562-guia-para-la-planificacion-y-el-registro-del-cuidado-del-paciente-ostomizado>.

- Cordero, M. C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50–67.
- Crespillo Díaz, A. Y. & Martín Muñoz, B. (2012). The ostomyzed patient's adaptation to social and family environment. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 43–47. Retrieved from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/7545.php>.
- Cruz, D. A. L. M., Guedes, E. S., Santos, M. A., Sousa, R. M. C., & Turrini, R. N. T. (2016). process documentation: rationale and methods of analytical study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 183–190. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690126i>
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2011). Quality of life in ostomy patients : a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, (5), 1–5. doi: 10.2147/PPA.S14508.
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Bucharth, K., & Rosenberg, J. (2013a). Impact of a temporary stoma on patients everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *Journal of Clinical of Nursing*, 22(9), 1343–1352. doi: 10.1111/jocn.12011.
- Davenport, R. (2014). A proven pathway for stoma care: the value of stoma care services. *British Journal of Nursing*, 23(22), 1174–1180. doi: 10.12968/bjon.2014.23.22.1174.
- de Frutos Muñoz, R., Solís Muñoz, M., Hernando López, A., Béjar Martínez, P., Navarro Antón, C., & Mayo, N. (2011). Quality of life of patients with short and mid-term colostomy and ileostomy. *Metas De Enfermería*, 14(2), 24–31. Retrieved from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80161/>.
- de la Cuesta Benjumea, C. (1983). The nursing process: from development to implementation. *Endoscopia*, 8(5), 365–371. doi: 10.1111/j.1365-2648.1983.tb00459.x.
- de la Cuesta Benjumea, C. (2015). The quality of qualitative research: From evaluation to attainment. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 24(3), 883–90. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001150015>
- de Vries, M., van Weert, J. C., Jansen, J., Lemmens, V. E., & Maas, H. A. (2007). Step by step development of clinical care pathways for older cancer patients: necessary or desirable? *European Journal of Cancer*, 43(15), 2170–2178. doi: 10.1016/j.ejca.2007.08.004.

- Delavechia, R. P., Terra, M. G., Noal, H. C., Padoin, S. M. M., Lacchini, A. J. B., & Silva, M. E. N. (2010). Self-perceptions as a stomized person: a phenomenological study. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 18*(2), 223–228. Retrieved from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a10.pdf>.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. (5th ed) Thousand Oak: SAGE Publications.
- DeSantis, L. (1994). Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 20*(4), 707–715. doi: 10.1046/j.1365–2648.1994.20040707.x.
- Doughty, D. B. (2008). History of ostomy surgery. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 25*(1), 34–38. doi: 10.1097/01.WON.0000308617.94131.f8.
- Echevarría Pérez, P., Romero Sánchez, J. M., Giró Formatger, D., & Giménez Fernández, M. (2016). Investigación en metodología y lenguajes enfermeros.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer, 49*(6), 1374–403. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.027.
- Fernández Batalla, M. (Mayo 2017). La figura de la enfermera comunitaria en la atención a personas con problemas de eliminación (estomas). *En: II Coloquio Internacional, VIII Encuentro de Egresados y XIV Coloquio de Investigacion de Estudiantes de Enfermería*, Cartagena de Indias, Colombia. 18 y 19.
- Ferreira Costa, V., Garcia Alvez, S., Eufrásico, C., Salomé, M. G., & Masako Ferreira, L. (2014). Assessing the body image and subjective wellbeing of ostomists living in brazil. *Gastrointestinal Nursing, 12*(5), 37–47. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/gasn.2014.12.5.37>
- Ferreira Umpiérrez, H. A. (2014). Living with an ostomy: perceptions and expectations from a social phenomenological perspective. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 22*(3), 687–693. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104–07072013000300015>.
- Ferreira Umpiérrez, A. H. & Fort Fort, Z. (2014). Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22*(2), 241–247. doi: 10.1590/0104–1169.3247.2408.

- Ferro, T. & Borràs, J. M. (2011). The growing snowball in health services: long-term cancer survivors. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 240–245. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextandpid=S0213-91112011000300011.
- Finfgeld-Connett, D. & Johnson, E. D. (2013). Literature search strategies for conducting knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 194–204. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06037.x.
- Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., & Sousa, M. R. G. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(3), 454–60. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437.
- Frolich, D. O. (2012). Self-disclosing my ostomy to the dominant culture an autoethnography. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 39(36), 627–631. doi: 10.1097/WON.0b013e31826a4b83.
- Furlani, R. & Ceolim, M. F. (2002). Living with a permanent intestinal stoma: changes experienced by patients with a stoma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(53), 586–591. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20020078>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. (1st ed) Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gálvez Toro, A. (2003). Lectura crítica de un estudio cualitativo descriptivo. *Index de Enfermería*, 40-41, 51–57. Retrieved from: http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php.
- Gálvez Toro, A. (2006). *Muerte alrededor del nacimiento. Creencias, sentimientos y vivencias. Una perspectiva de los profesionales de los cuidados*. Ph.D. thesis, Department of Nursing, University of Alicante. Retrieved from: <papers2://publication/uuid/035BE9E8-FDB0-42EA-9072-3826EDDF3DBE>.
- García López, J. (2006). La soledad de sentirse diferente relato de una joven ostomizada. *Archivos de la Memoria*, 3(1). Retrieved from: <http://www.index-f.com/memoria/3/r0608.php>.

- García Mayor, S. (2014). *Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people and their description through the nursing interventions classification. A systematic review and qualitative study*. Ph.D. Thesis, University of Málaga,.
- García Reveles, A. & Toshie Takahashi, R. (2007). Health education to ostomy patients: a bibliometrics study. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 245–50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200010>
- Given, L. (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. London: SAGE Publication.
- Glass, G. V. (2000). Meta-analysis at 25. Retrieved from: <http://www.gvglass.info/papers/meta25.html>.
- Gomes, C. G., Santos, F. . M. P., & Ferreira, V. L. S. (2010). Experiences of people with stomas for crohn's disease. *Referência*, 12(sup), 19–34.
- González López, J. L. & Ruiz Hernández, P. (2011). Quantitative versus qualitative research: methodological or ideological dichotomy?. *Index de Enfermería*, 20(3), 189–193. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200011>.
- Goodman, C., Morales Asensio, J. M., & de la Torre Aboki, J. (2013). The contribution of the advance practice nurse as an answer to the changing needs in population health. *Metas de Enfermería*, 16(9), 20–25.
- Gordillo León, F., Arana Marínez, J. M., & Mestas Hernández, L. (2011). Treatment of anxiety in preoperative patients. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228–233. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería*. (11st ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Graham, I. D., Logan, J., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translations: time for a map?. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 23–24. doi: 10.1002/chp.47.

- Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Wendel, C. S., ... Krouse, R. S. (2011). Gender differences in quality of life among longterm colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncology Nurse Forum Journal*, *38*(5), 587–596. doi: 10.1188/11.ONF.587–596.
- Green, J. (1999). Qualitative methods. *Community eye health / International Centre for Eye Health*, *12*(31), 46–47. Retrieved from: http://www.cehjournal.org/wp-content/uploads/download/ceh_12_31_046.pdf.
- Gross, L. (2004). Guía de ileostomía. United Ostomy Association, inc. 1962-2005. Retrieved from: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/ua_ileostomy_es.pdf?direct=1.
- Guajardo, E. S. & Castro, A. (2007). La investigación cualitativa, una discusión presente. *Liberabit. Revista de Psicología*, *13*(13), 63–69. Retrieved from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a08v13n13.pdf>.
- Guetterman, T. C. (2015). Descriptions of sampling practices within five approaches to qualitative research in education and the health sciences. *Forum: Qualitative Social Research*, *16*(2), 1–34. Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2290/3826>.
- Gutiérrez Romero, J. A., Martínez Guerrero, J. M., Garrido Bujalance, H. P., & Montiel López, C. (2011). Actividad científica en cuidados geriátricos y gerontológicos en el espacio científico iberoamericano entre los años 2002-2009. *Garnata* *91*, (21), 5–12. Retrieved from: <http://https://www.codegra.es/images/publicaciones/garnata/21.pdf>.
- Hammersley, M. & Traianou, A. (2004). *Ethics in qualitative research: Controversies and contexts* (1st ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Haugen, V., Bliss, D., & Savik, K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, *33*(5), 525–535. Retrieved from: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17133141>.
- Haugsdal, C. S. & Scherb, C. A. (2003). Using the nursing interventions classification to describe

- the work of the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(2), 87–94. doi: 10.1111/j.1745–7599.2003.tb00356.x.
- Henriques, C. (2011). Care in the perception of cancer patients. *Medwave*, 11(8), e5108. doi: 10.5867/medwave.2011.08.5108.
- Hueso Montoro, C. (2006). The experience of illness. an approximation from the theory of the social representation. *Index de enfermería*, 15(55), 49–53. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextandpid=S1132-12962006000300011.
- Hueso Montoro, C., Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M., Hernández Zambrano, S., M., Amezcua, M., & Morales Asencio, J. M. (2016). Experiences and coping with the altered body image in digestive stoma patients. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, (24), e2840. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1276.2840>
- Jane, R. & Jane, L. (2014). *Qualitative Research practice. A Guide for Social Science Students and Researchers* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Jeanfreau, S. G. & Jack, L. (2010). Appraising qualitative research in health education: guidelines for public health educators. *Health promotion practice*, 11(5), 612–617. doi: 10.1177/1524839910363537.
- Jones, D., Lunney, M., Keenan, G., & Moorhead, S. (2010). Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce. *annual Review of Nursing Research*, (28). Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=trueanddb=c8handAN=2011201864andsite=ehost-liveandscope=site>.
- Kearney, N. & Richardson, A. (2006). *Nursing patients with Cancer. Principles and Practice* (11st ed.). London: Elsevier.
- Keighley, A. (1996). The practice of caring is central to nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), doi:10.1111/j.1365–2702.1996.tb00228.x.
- Kenderian, S., Stephens, E. K., & Jatoi, A. (2013). Ostomies in rectal cancer patients: what is their psychosocial impact? *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 23(3), 328–332. doi: 10.1111/ecc.12133.

- Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D., & Fortes, R. C. (2013). Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. *Journal of Coloproctology*, *33*(3), 145–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004>.
- King, G., Kehoane, R. O., & Verba, S. (1994). *Designing social inquiry: Scientific inference in qualitative research*. Chichester: Princeton University Press.
- Kinsella, E. A. (2006). Hermeneutics and critical hermeneutics: Exploring possibilities within the art of interpretation. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *7*(3). Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/145/319>.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, *45*(3), 214–222. doi:10.5014/ajot.45.3.214.
- Labella Rodríguez, M., Sánchez Crisol, I., Hueso Montoro, C., Roldán Chicano, M. T., Rodríguez Tello, J., & García López, M M. (Mayo 2016). Diseño y validación de un plan cuidados en personas con estomas digestivos a partir de taxonomía enfermera. *En: IX Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Barcelona, Spain. 18, 19 y 20*,
- Lazarus, R. (2006). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Leno González, D. (2006). Looking for a model of nursing cares in a multicultural environment. *Gazeta de Antropologia*, (22), 1–14. Retrieved from: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html.
- Lim, S., Cha, S., Lai, J., & He, H. (2015). A randomized controlled trial examining the effectiveness of a stoma psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(6), 1310–1323. doi:10.1111/jan.12595.
- Luengo González, R. (2010). Herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas para enfermería: las guías de práctica clínica y otros recursos basados en la evidencia. *Evidentia [online]*, *7*(32), 1–6. Retrieved from. <http://www.index-f.com/evidentia/n32/ev3208.php>.
- Luque Ortega, Y., Contreras Fariñas, R., Torralba Albella, J., Moreno Verdugo, A., Grana-dos Matute, A. E., & López Rodríguez, L. (2011). Bibliometric review of case management in

- spain. *Evidentia*, 8(34). Retrieved from: <http://www.indexf.com/evidentia/n34/ev7440.php>.
- Luz, A. D. & Araújo Luz, M. (2015). Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia salud de la familia. *Revista Cubana de Enfermería*, 30(2). Retrieved from: www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/668.
- Marriner, A. & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. (6th ed) Spain: Elsevier.
- Marshall, M. (1996). Sampling for qualitative research. *Oxford University press.*, 13(6), 522–525. Retrieved from: <http://server2.docfoc.com/uploads/Z2015/12/02/YNaKLssJFJ/0c48f6c9b58a78ecd6f3db2e5410ed89.pdf>.
- Martín Muñoz, B. & Crespillo Díaz, A. Y. (2015). Information, a key element to reestablish selfesteem.the case of a recently ostomized person. *Index de Enfermería*, 24(3), 169–173. Retrieved from: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>.
- Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R. M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L., & González Navarro, S. (2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enfermería*, 19(2-3), 115–119. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009.
- Maruyama, S. A. T. & Zago, M. M. F. (2005). Guía de ileostomía. united ostomy association, inc. 1962-2005. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 216–222. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200013>.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researchin*. (2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Mauricio, V. C., Souza, N. V. D. O., & Lisboa, T. M. L. (2014a). Biopsychosocial determinants of the labor inclusion process of the person with a stoma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 415–421. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140055>
- Maykut, P. & Morehouse, R. (2002). *Beginning Qualitative Research: A Philosophical and Practical Guide* (1st ed.). London: The Falmer Press.

- Mccrae, N. (2012). Whither nursing models. the value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229. doi: 10.1111/j.1365–2648.2011.05821.x.
- Medeiros, A. B. A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. C. (2015). The florence nightingales environmental theory: A critical analysis. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 518–524. <http://dx.doi.org/10.5935/1414–8145.20150069>.
- Medina García, J., Martínez Casas, J. M., & Reina Leal, L. M. (2014). La comunicación científica de la investigación cualitativa en la enfermería iberoamericana incluida en cuiden, en el año 2012. *Revista Paraninfo Digital*, (20). Retrieved from: <http://www.index-f.com/para/n20/196.php>.
- Mendes, J. O. S., Leite, M. M. A. M., & Batista, M. R. F. F. (2014). Feelings experienced by adult male colostomists. *Revista Interdisciplinar*, 7(1), 58–67. Retrieved from: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I34850.E10.T6692.D6AP.pdf>.
- Mercado Martínez, F. J., Diaz, B. A., Tejada Tabayas, L. M., & Ascencio Mera, C. D. (2011). Investigación cualitativa en salud: una revisión crítica de la producción bibliográfica en México. *Salud Pública de México*, 53(6), 504–512. Retrieved from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600006.
- Merriam, S. & Tisde, E. J. (2015). *Qualitative Research: A Guide to Desing and Implementation* (4th ed.). US: Wiley Branda.
- Ministerio de Sanidad. (2010). Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud. *Revista Paraninfo Digital*, p. 172. Retrieved from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>.
- Moohead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Moraes Lopes, M. H., Higa, R., Oliveira, N. R., & Christóforo, F. F. (2010). Evaluation of the nursing process used at a brazilian teaching hospital. *International journal of nursing*

- terminologies and classifications: the official journal of NANDA International*, 21(3), 116–123. doi: 10.1111/j.1744-618X.2010.01157.x.
- Morales Asencio, J. M. (2003). What is the contribution of scientific evidence to clinical nursing practice? *Index de Enfermería*, 12(40-41), 35–40. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Miguel_Morales_Asencio/publication/216008043_Que_aporta_la_evidencia_cientifica_a_la_practica_clinica_de_los_cuidados/links/5785771808ae36ad40a4c507/Que-aporta-la-evidencia-cientifica-a-la-practica-clinica-de-los-cuidados.pdf.
- Morales Asencio, J. M. (2004). Outcomes research and nursing: the path to effectiveness in nursing care. *Index de Enfermería*, 44-45(403-412), 403–412. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttextandpid=S1132-12962004000100008andlng=esandnrm=isoandtlng=es.
- Morales Asencio, J. M. (2010). Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index de Enfermería*, 18(4), 249–252. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400008.
- Morse, J. M. (1994). On the crest of a wave?. *Qualitative Health Research*, 4(2), 139–141 doi/abs/10.1177/104973239400400201.
- Morse, J. M. & Field, P. A. (1996). *Nursing Reasearch: the aplication of qualitative approaches* (2nd ed.). Lomdon: Champan and Hall.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Silva, C. D., Lúcia, V., Gomes, D. O., & Pelze, M. T. ...and Barros, L. (2016). Self-care: a strategy for the quality of life of people with stomata. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 63–78. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.aeqv>
- Muir, N. (2004). Clinical decision making: Theory and practice. *Nursing Standard*, 18(36), 47–52. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2004.05.18.36.47.c3614>

- Murphy, F., Williams, A., & Pridmore, J. A. (2010). Nursing models and contemporary nursing 1: their development, uses and limitations. *Nursing times*, 106(23), 18–23.
- NANDA-I (2014). *Nursing diagnoses. Definition and classification, 2015-2017*. (10th ed.). Madrid: Elsevier.
- NMC (2015). The code professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives nursing and midwifery council. Retrieved from. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>.
- Notter, J. & Burnard, P. (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2).
- Olavarría Bevide, E., Santamaría Corona, G., & Gómez Muñoz, I. (2010). Plan de cuidados de un paciente ostomizado. *Nuberos Científica*, 2(1), 36–43.
- Orrego, C., Pérez, I., & Alcorta, I (2009). Identificación de barreras y facilitadores. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N.2007/02-02. 27-38 Retrieved from: <http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/apartado03/apartado03.pdf>.
- Ortiz, P. A., Beca, J. P. I., Salas, S. P., Browne, L. F., & Salas, A. C. (2008). Accompanying a patient as an experience to learn the meaning of disease. *Revista Médica de Chile*, 136(3), 304–309. doi: /S0034–98872008000300004.
- Pérez Rivas, F., Martín Iglesias, S., Pacheco del Cerro., J. L., Minguet Arenas, C., García López, M., & Beamud Lagos, M. (2016). Effectiveness of nursing process use in primary care. *International journal of nursing knowledge*, 27(1), 43–48. doi: 10.1111/2047–3095.12073.
- Palmieri, G., Paliogiannis, P., Scognamillo, F., Burdroni, M., Cesaraccio, R., & Pulighe, F. (2013). Colorectal cancer epidemiology in an area with a spontaneous screening program. *Acta Médica Mediterránea*, (29), 231–234. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/236018852_Colorectal_cancer_epidemiology_in_an_area_with_a_spontaneous_screening_program.
- Panella, M., Marchisio, S., & Stanislao, A. F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(156), 509–521. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14660534>.

- Paterson, B. (2001). The shifting perspectives model of chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 21–26. doi: 10.1111/j.1547–5069.2001.00021.x.
- Paterson, B., Canam, C., Joachim, G., & Thorne, S. (2003). Embedded assumptions in qualitative studies of fatigue. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 119–133. doi 10.1177/0193945902250029.
- Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (2005). *Nursing Modeles for Practice* (3rd ed.). London: Elsevier Health Sciences.
- Perry-Woodford, Z. L. (2013). Quality of life following ileonal pouch failure. *British Journal of Nursing*, 22(16). Retrieved from: <http://www.index-f.com/para/n20/196.php>.
- Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, S. D., Kluger, Y., & Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Diseases of the Colon and Rectum*, 55(7), 783–787. doi: 10.1097/DCR.0b013e31825763f0.
- Persson, E. & Hellström, A. (2002). Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 29(2), 103–108. Retrieved from: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11901419>.
- Persson, E. & Wilde Larsson, B. (2005). Quality of care after ostomy surgery: a perspective study of patients. *Ostomy, Wound Management*, 51(8), 40–48. Retrieved from: <http://www.o-wm.com/content/quality-care-after-ostomy-surgery-a-perspective-study-patients>.
- Plata, G. E. Z., Cardona, J. C. F., Clavijo, A. A. L., Bayona, C. J. N., Rodríguez, N. R. R., & Bautista, L. Y. R. (2010). Between the uncertainty and the hope: perceptions and motivations of the patients hospitalized in the unit of intensive cares (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 52–60. Retrieved from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/493/509>.
- Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P., & Rabelo, E. R. (2009). Nursing process: from literature to practice. what are we actually doing? *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(3), 302–327. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104–11692009000300004>

- Poletto, D. & Silva, D. M. G. (2013). Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(2), 531–538. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200009>
- Pulido Justicia, R., Sánchez García, J., & Baraza Saz, A. (2001). Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. *Cultura de los Cuidados*, V(10), 100–108. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2001.10.13>
- Qader, S. A. A. & King, M. L. (2015). Transcultural adaptation of best practice guidelines for ostomy care : Pointers and pitfalls. *Middle east Journal of Nursing*, 9(2), 3–13. Retrieved from. <http://www.me-jn.com/April2015/Ostomy.pdf>.
- Rajani, S. (2013). Compare & contrast of roy and Orem's nursing theory. *International Journal of Innovate Research and Development*, 2(18), 237–240. Retrieved from: <http://www.ijird.com/index.php/ijird/article/view/36551>.
- Ramírez Elizondo, N. (2011). Evidence based nursing, a route to its application into practice. *Enfermería de Costa Rica*, 32(1), 89–96.
- Real Decreto (2010). Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema nacional de salud. BOE núm. 225, Ministerio de Sanidad y Política social, Madrid, España. 3 de septiembre de 2010. Retrieved from: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.
- Reina, G. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, (17), 18–23. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.
- Reina Leal, L. M., Amezcua, M., Gómez Urquiza, J. L., & Amezcua González, A. (2012). Production and impact of nursing journals in the iberoamerican scientific space in 2012. *Index de Enfermería*, 22(4), 259–266. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300016>.
- R. N. A. O. (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Investén*. Retrieved from: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf.
- Romaní, F., Huamaní, C., & González-Alcaide, G. (2011). Bibliometric studies as research line in biomedical sciences: an approach for the undergraduate degree. *Ciencia e Investigación*

- Médica Estudiantil Latinoamericana*, 16(1), 52–62. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/html/717/71723602008/>.
- Ross, T. (2012). *A survival guide for health research methods* (1st ed.). Maidenhead: McGraw Hill.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. doi: 10.1111/j.1365–2648.2004.03068.x.
- Saba, V. K. & Taylor, S. L. (2007). Moving past theory: use of a standardized, coded nursing terminology to enhance nursing visibility. *Computers Informatics Nursing*, 25(6), 324–331. doi: 10.1097/01.NCN.0000299654.13777.9f.
- Sales, C. A., Violin, M. R., Waidman, M. A. P., Marcon, S. S., & Silva, M. A. P. (2010). Emotions of people living with ostomies: existential comprehension. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(11), 215–221. Retrieved from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a31v44n1.pdf.
- San Martín Rodríguez, L. (2016). Advanced practice in nursing and new organisational health-care models. *Enfermería Clínica*, 26(3), 155–157. doi:10.1016/j.enfcli.2016.04.007.
- Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 365–371. doi: 10.1002/(SICI)1098–240X(199708)20:4<365::AID-NUR9>3.0.CO;2-E.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2003). Classifying the findings of qualitative studies. *Qualitative Health Research*, 13(7), 905–923. doi: 10.1177/1049732303253488.
- Sandelowski, M., Barroso, J., & Voils, C. I. (2007). Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 99–111. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329806/pdf/nihms45489.pdf>.
- Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Tameirão, M. A., & Silva, P. F. (2010). The meaning of being colostomized and being part of an ostomy service program. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 631–638. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648973006>.

- Santos, V. L. C. G. & Sawaia, B. B. (2000). The pouch mediating the relation between being an ostomized person and being professional: analysis of a pedagogic strategy. *Latin American Journal of Nursing*, 8(3), 40–50. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000300007](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000300007).
- Santos Ruiz, S., López Parra, M., Sánchez Rueda, G., Bardallo Porras, L., Fernández Donaire, L., & Tomás Sábado, J. (2011). Theoretical models and nurisng students: motivational aspects for election in clinical practice. *Educación Médica*, 14(2), 119–127. doi: 10.1016/S1130-8621(03)73824-8.
- Savard, J. & Woodgate, R. (2009). Young peoples experience of living with ulcerative colitis and an ostomy. *Gastroenterology Nursing*, 32(1), doi: 10.1097/SGA.0b013e3181965d40.
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., & Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(1), 1–8. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>.
- Siegel, R., Desantis, C., & Jemal, A. (2014). Colorectal cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 64(2), 104–17. doi: 10.3322/caac.21220.
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2006). The meaning of the new way of life of individuals with permanent intestinal ostomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 483–490. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400003>.
- Silva, D. G., Bezerra, A. L. Q., Siqueira, K. M., Paranaguá, T. T. B., & Barbosa, M. (2010). Influence of dietary habits in the social reintegration of a group of people with ostomy. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 56–62. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.5246>.
- Silva, J. C., Soares, M. C., Alves, H. D. S., & García, G. S. (2014). The perception of life of ostomates in the social sphere social. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 12(1), 346–355.
- Snowden, A., Donnell, A., & Duffy, T. (2010). *Pioneering theories in nursing*. London: Health-care Limited.
- Soria, V., Pellicer, E., Morales, G., Fe Candel, M., Aznar, M., Pérez, C., & Aguayo, J. (2004). Vía clínica del carcinoma colorrectal. elaboración a partir del análisis del proceso. *Revista de calidad asistencial*, 19(7), 446–453. doi: 10.1016/S1134-282X(04)77741-6.

- Souza, E. C. A., Figueredo, G. L. A., Lenza, N. F. B., & Sonobe, H. M. (2010). Consequence of the ostomy for patients and your family. *Journal of Nursing UFPE (on line)*, 4(3). Retrieved from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/942>.
- Stockli, M., Muller, B., & Wagner, M. (2007). Patient education, perioperative management, patient support groups. *Therapeutische Umschau*, 64(9), 549–554. doi :10.1024/0040–5930.64.9.549.
- Stoma Care Clinical Nursing Standars (2016). *Stoma Care Clinical Nursing Standars*. (5th ed.). London: RCN. Retrieved from: [http://www.securicaremedical.co.uk/Portals/38/docs/SecuriCare%20Stoma%20Care%20Clinical%20Nursing%20Standards%20\(RCN%20Accredited\)v2.pdf](http://www.securicaremedical.co.uk/Portals/38/docs/SecuriCare%20Stoma%20Care%20Clinical%20Nursing%20Standards%20(RCN%20Accredited)v2.pdf).
- Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S. A., & Zhang, Y. (2013). Personal awareness and behavioural choices on having a stoma: a qualitative metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1186–1200. doi: 10.1111/jocn.12309.
- Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S., & Wang, Q. (2014). Taking good care of myself: A qualitative study on self-care behavior among chinese persons with a permanent colostomy. *Nursing and Health Sciences*, 16(4), 483–489. doi: 10.1111/nhs.12166.
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making-the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence-Based Nursing*, 7(3), 68–72. <http://dx.doi.org/10.1136/ebn.7.3.68>.
- Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G., & Sandelowski, M. (2004). Qualitative metasynthesis: Reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1342–1365. doi: 10.1177/1049732304269888.
- Thoroddsen, A. (2005). Applicability of the nursing interventions classification to describe nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 128–139. doi: 10.1111/j.1471–6712.2005.00332.x.

- Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2010). Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 69–79. doi: 10.1111/j.1744-618X.2010.01148.x.
- Thorpe, G., Mearthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1778–1789. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05059.x.
- Thorpe, G., Mearthur, M., & Richardson, B. (2013). Studies healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 379–389. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014.
- Tójar Hurtado, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar* (1st ed.). Madrid: La Muralla.
- Tong, A., Flemming, K., Mcinnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: Entreq. *BMC Medical Research Methodology*, (12), 181. doi: 10.1186/1471-2288-12-181.
- Tsoukas, H. (1989). The validity of idiographic research explanations. *Journal of Nursing UFPE (on line)*, 14(4), 551–561. doi: 10.5465/AMR.1989.4308386.
- Urra Medina, E., Núñez Carrasco, R., Retamal Valenzuela, C., & Jure Cares, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 131–142. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100012>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión social, metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Violin, M. R. & Sales, C. (2010). Daily experiences of cancer=colostomizaed people: an existential approach. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 278–286. Retrieved from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista.v12/n2/pdf/v12n2a08.pdf.
- W.H.O. (2011). Family planning: a global handbook for providers. Retrieved from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en.

- Williams, M. J. (2016). *A qualitative exploration of the transmission of knowledge and skills by specialist stoma care nurses to facilitate the needs of patients adapting to a newly formed stom.* Ph.D. Thesis, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery King's College London.
- Wu, H. K. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in hong kong. *Cancer Nursing, 30*(3), 186–93. doi:10.1097/01.NCC.0000270704.34296.86.
- Yañez Gallardo, R. & Cuadra Olmos, R. (2008). The delphi method and the investigation in the health services. *Ciencia y Enfermería, 14*(1), 9–15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>.
- Yildirim, B. & Özkahraman, . (2011). Critical thinking in nursing process and education. *International Journal of Humanities and Social Science, 1*(13), 257–262. Retrieved from: https://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_13_Special_Issue_September_2011/34.pdf.
- Yilmaz, M. & Gurler, H. (2014). The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing ethics, 21*(8), 929–945. doi: 10.1177/0969733014521096.
- Zhang, J., Wong, F. K. Y., You, L. M., & Zheng, M. C. (2011). A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy. *Journal of Clinical Nursing, 21*(9-10), 1407–1415. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03824.x.
- Zhang, T., Shi, C. Hu, A., Xu, H., Zheng, M., & Liang, M. (2014). Correlation between acceptance of disability and social relational quality in patients with colostomy. *International Journal of Nursing Sciences, 1*(1), 102–106 <http://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.019>.
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with text. *Journal of Advanced Nursing, 53*(3), 311–318. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03721.x.

CAPÍTULO 7

ANEXOS

Anexo 1

Material complementario del Estudio 1

Referencias bibliográficas de los Artículos incluidos y excluidos tras lectura crítica

Anexo.1.

ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA METASÍNTESIS.

- Albuquerque, M. I. N., Agostinho, C. A. H., Freitas, C. C., & Machado, M. M. L. C. I. (2009). Self-mastery - lived experience in the words of person with a stoma. *Referência*, (9), 27–33.
- Almeida, R. L. M., Mireilles, V. C., Salimena, A. M. O., & Melo, M. C. S. C. (2006). Compreendo os sentimentos da pessoa com colostomia. *Revista Estima*, 4(3), 26–32.
- Almeida, S. S. L., Rezende, A. M., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2010). The senses of corporeality in ostomies cancer. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 15(4), 761–769. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400012>
- Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, M. C., Herrinton, L., & Krouse, R. S. (2009). The influence of husbands or male partners support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(3), 299–305. doi: 10.1097/WON.0b013e3181a1a1dc
- Alves, R. C. P., Moreira, K. C. R., Franco, C. P. P., & Oliveira, D. C. Zimmer, L. (2013). Perception of the patient who has ostomy related to his sexuality. *Revista Interdisciplinar*, 6(3), 26–35. doi: 10.2147/PPA.S14508
- Anderson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), 603–608. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x
- Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: A hermeneutic phenomenology. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 518–524. Retrieved from: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17133140>.
- Backes, M. T. S., Backes, D. S., & Erdmann, A. L. (2012). Feelings and expectations of permanent colostomy patients'. *International Journal of Nursing Practice*, 2(2), 9–14. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n3p9>
- Barnabe, N. C. & Dell'Aqua Queiroz, C. M. (2008). Coping strategies of ostomized individuals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 28–37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400010>
- Barros, L. J. E., Santos, S. S. C., & Erdmann, L. A. (2008). The nursing care to old people with ostomy in the perspective of complexity. *Revista RENE. Fortaleza*, 9(2), 28–37. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v9i2.4988>
- Batista, M. R. F. F., Rocha, F. C. V., Silva, D. D. G., & Júnior, F. J. G. (2011). Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1043–1047. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>
- Beaver, K., Latif, S., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., ...Luker, K. (2010). An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3291–3300. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03407.x

- Bonill de las Nieves, C. & Celdrán Mañas, M. (2008). Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia [on line]*, 5(22). Retrieved from: <http://www.index-f.com/evidentia/n22/471articulo.php>.
- Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M., Hueso Montoro, C., Morales Asencio, J. M., Rivas Marín, C., & Cuevas Fernández Gallego, M. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(43), 394–400. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429>
- Bulkley, J., McMullen, C. K., Hornbrook, M. C., Grant, M., Altschuler, A., Wendel, C. S., & Krouse, R. (2013). Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2513–2521. doi: 10.1002/pon.3318
- Calcagno Gomes, G., Peres Bitencourt, P., Pizarro, A. R., Pererira Madruga, A., Silva de Castro, E., & De Oliveira Gomes, V. L. (2012). Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. *Enfermeria Global*, 11(27), 34–44. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300002>
- Cardoso, D. B. R., Almeida, C. E., Santana, M. E., Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2015). Sexuality of people with intestinal ostomy. *Revista Rene*, 16(4), 576–585. doi: 10.15253/2175-6783.2015000400015
- Carvalho, S. O. R. M., Budó, M. L. D., Silva, M. M., Alberti, G. F., & Simon, B. S. (2015). With some care, we can go on: Experiences of people with ostomy. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 24(1), 279–287. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003710013>
- Cassero, P. S. A. & Aguiar, J. E. (2009). Emotional perceptions influenced by ostomy. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2(2), 23–27.
- Coelho, A. R., Santos, F. S., & Poggetto, M. D. (2013). Stomas changing lives: facing the illness to survive. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(2), 258–267. doi: 10.5935/1415-2762.20130021
- Couto, P. G. & Medeiros, S. S. (2013). Feeling of the person submitted to intestinal ostomy. an holistic nursing view. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 1(2), 23–27. Retrieved from: <http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/38/27>.
- Crespillo Díaz, A. Y. & Martín Muñoz, B. (2012). The ostomyed patient's adaptation to social and family environment. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 43–47. Retrieved from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/7545.php>.
- Cunha, R. R., Marli, V., Backes, S., & Schülter, I. T. (2012). Critical unveiling of people with stomas: the continuing health education program in action. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(2), 296–301. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200022>
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2011). Quality of life in ostomy patients : a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, (5), 1–5. doi: 10.2147/PPA.S14508
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burchardt, K., & Rosenberg, J. (2013a). Impact of a temporary stoma on patients everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *Journal of Clinical of Nursing*, 22(9), 1343–1352. doi: 10.1111/jocn.12011

- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E, Burchardt, K., & Rosenberg, J. (2013b). learning to live with a permanent impact on everyday life and educational needs. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(4), 407–412. doi: 10.1097/WON.0b013e3182987e0e
- Dázio, E. M. R., Sonobe, H. M., & Zago, M. M. F. (2009). The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (5), 664–669. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500011>
- Delavechia, R. P., Terra, M. G., Noal, H. C., Padoin, S. M. M., Lacchini, A. J. B., & Silva, M. E. N. (2010). Self-perceptions as a stomized person: a phenomenological study. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, 18(2), 223–228. Retrieved from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a10.pdf>.
- Farias, D. H. R., Gomez, G. C., & Zappas, S. (2004). Living with an ostomy: knowing for better care. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 25–32.
- Ferreira Umpiérrez, H. A. (2014). Living with an ostomy: perceptions and expectations from a social phenomenological perspective. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 22(3), 687–693. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300015>
- Frolich, D. O. (2012). Self-disclosing my ostomy to the dominant culture an autoethnography. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 39(6), 627–631. doi: 10.1097/WON.0b013e31826a4b83
- García López, J. (2006). La soledad de sentirse diferente relato de una joven ostomizada. *Archivos de la Memoria*,, 3(1). Retrieved from: <http://www.index-f.com/memoria/3/r0608.php>.
- Gomes, C. G., Santos, F. M. P., & Ferreira, V. L. S. (2010). Experiences of people with stomas for crohn's disease. *Referência*, 12(sup), 19–34.
- Gomes, I. & Brandão, G. (2012). Permanent intestinal ostomies: changes in the daily user. *The Journal of Nursing UFPE [on line]*, 6(4), 1331–1337. doi: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201209
- Gomes, M. A. S., Vasconcelos, M. A., Carvalho, R. C. S., & Neto, F. R. G. X. (2011). Feelings and expectations of subject with ostomy in light of the conceptual model of levine. *Enfermería Comunitaria*, 7(1). Retrieved from: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7627r.php>.
- Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., ...Krouse, R. S. (2011). Gender differences in quality of life among longterm colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncology Nurse Forum Journal*,, 38(5), 587–596. doi: 10.1188/11.ONF.587-596
- Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D., & Fortes, R. C. (2013). Perception of sexual activities and the care process in stomized women. *Journal of Coloproctology*, 33(3), 145–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004>
- Krouse, R. S., Grant, M., Rawl, S. M., Mohler, M. J., Baldwin, C. M., Coons, S. J., ...Ko, C. Y. (2009). Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 227–233. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.009>

- Lobão, C., Gaspar, M., Marques, A., & Sousa, P. (2009). Accepting what is against nature. the process of accepting the state of health in people with stomas. *Referência, II serie*(11), 23–26. Retrieved from: <http://www.index-f.com/referencia/2009/r11-2336.php>.
- Manderson, L. (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*, 61(2), 405–415. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.051
- Martins, A. M., Almeida, S. S. L., & Modena, C. M. (2011). The being in the world with cancer: the dasein ostomized people. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(4), 74–91. Retrieved from: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8883/2/0%20ser-no-mundo%20com%20c%C3%A2ncer.pdf>.
- Martins, M. L., Silva, D. G. V., Silva, R. D. M., Pereira, V. C., Crestani, M. M., & D'ávila, F. S. (2006). Pessoas ostomizadas: a construçao de seu itinerario terapeutico. *Nursing (São Paulo)*, 8(9), 953–957.
- Martins, P. A. & Alvim, N. (2010). Educational perspective on nursing care about the maintenance of elimination ostomy. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, 64(2), 322–327. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200016>
- Martín Muñoz, B. & Crespillo Díaz, A. Y. (2015). Information, a key element to reestablish selfesteem.the case of a recently ostomized person. *Index de Enfermería*, 24(3), 169–173. Retrieved from: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>.
- Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R. M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L., & González Navarro, S. (2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enfermería*, 19(2-3), 115–119. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009.
- Martín Muñoz, B., Montesinos Gálvez, A. C., Crespillo Díaz, Y., Sánchez Mejías, R., & Panduro Jiménez, R. (2012). Favorecer el afrontamiento del ostomizado mediante el apoyo social. estudio fenomenológico. *Paraninfo Digital*, (16). Retrieved from: <http://www.index-f.com/para/n16/181o.php>.
- Maruyama, S. A. T. & Zago, M. M. F. (2005). Guía de ileostomía. united ostomy association, inc. 1962-2005. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 216–222. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200013>
- Mauricio, V. C., Souza, N. V. D. O., & Lisboa, T. M. L. (2014a). Biopsychosocial determinants of the labor inclusion process of the person with a stoma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 415–421. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140055>
- Mauricio, V. C., Souza, N. V. D. O., & Lisboa, T. M. L. (2014b). The meaning of work for the person with a stoma. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 23(3), 656–664. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001470013>
- McMullen, C. K., Wasserman, J., Altschuler, A., Grant, M. L., Hornbrook, M. C., Liljestrand, P., ...Krouse, R. S. (2011). Untreated peristomal skin complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), 644–650. doi: 10.1188/11.CJON.644-650

- Mendes, A. S., Ribeiro, M. A., & Santanta, M. E. (2013). Quality of life of people with intestinal stomas. *Journal of Nursing and Health*, 3(1), 126–135. doi: 10.4172/2157–2518.S10–007
- Mendes, J. O. S., Leite, M. M. A. M., & Batista, M. R. F. F. (2014). Feelings experienced by adult male colostomists. *Revista Interdisciplinar*, 7(1), 58–67. Retrieved from: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I34850.E10.T6692.D6AP.pdf>.
- Menezes, A. P. S., & Quintana, J. F. (2008). The perception of the ostomate individual regarding his/her situation. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(1), 13–18. oai:doaj.org/article:63e5913bbbf4e26b2bed5d595897282.
- Menezes, L. C. G., Guedes, M. V. C., Oliveira, R., Oliveira, S. K. P., Meneses, L. S. T., & Castro, M. E. (2013). Self-care practice of ostomy patients: contributions of the Orem's theory. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(2), 301–310. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i2.3380>
- Mota, M., Rosely, T., & Schustuschitz, V. (2015). Stomized patients' perception of the stomatherapy service: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 238–47. doi:<http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155085>
- Mota, M. S. & Gomes, G. C. (2013). Changes in the process of living of ostomized patients after surgery. *Revista Enfermagem UFPE on line*, (7(esp)), 7074–7081. doi: 10.5205/reuol.4767–42136–1–ED.0712esp201315
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Silva, C. D., Lúcia, V., Gomes, D. O., Pelze, M. T., ...Barros, L. (2016). Self-care: a strategy for the quality of life of people with stomata. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 63–78. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.aeqv>.
- Nascimento, C., Trindade, G. L. M., & Santiago, R. (2011). The ostomy patient's living experience: a contribution to nursing care. *Texto contexto-enfermagem*, 20(3), 557–564.
- Neuman, H. B., Parkm, J., Fuzesi, S. M., & Temple, L. K. (2012). Rectal cancer patients' quality of life with a temporary stoma: shifting perspectives. *Diseases of the colon and rectum*, 55(11), 1117–1124. doi: 10.1097/DCR.0b013e3182686213
- Notter, J. & Burnard, P. (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2).
- Owen, J., Paget, J., & Papageorgiou, A. (2008). The lived experience of stigmatization in patients after stoma reversal. *Gastrointestinal Nursing*, 6(4), 26–33.
- Paegle, S. O. & Silva, M. J. P. (2003). Comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomias por câncer de intestino. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF)*, 56(2), 130–132. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200003>.
- Paula, M. A. B., Takahashi, R. F., & Paula, P. R. (2012). Experiencing sexuality after intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 32(2), 163–174. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-93632012000200012>

- Pereira, A. P. S. & Pelá, N. R. (2006). Group activities of patients with definitive intestinal stomas: the search for acceptance. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, 14(4), 574–579.
- Perrin, A. (2012). Quality of life after ileo-anal pouch formation: patient perceptions. *British Journal of Nursing*, 21(16), 11–19. doi: 10.12968/bjon.2012.21.Sup16.S11.
- Perry-Woodford, Z. L. (2013). Quality of life following ileonal pouch failure. *British Journal of Nursing*, 22(16). Retrieved from: <http://www.index-f.com/para/n20/196.php>.
- Persson, E. & Hellström, A. (2002). Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 29(2), 103–108. Retrieved from: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11901419>.
- Persson, E., Severinsson, E., & Hellström, A. (2004). Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, 27(1), 85–90.
- Petuco, V. M. & Martins, C. L. (2006a). Almost like before: the ressignification of the identity of stomized persons affected by cancer. *O mundo da Saúde Sao Paulo*, 30(1), 52–64.
- Petuco, V. M. Martins, C. L., V. M., & Martins, C. L. (2006b). Osthomized person's experience with cancer: an analysis based on the chronic disease model according to morse and johnson. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 13(41), 13–41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200003>
- Poletto, D. & Silva, D. M. G. (2013). Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(2), 531–538. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200009>
- Poletto, D., & Silva, D. M. G. V. (2014). Evaluation of health education received by person with intestinal stoma in the perspective of extended general practice. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(2), 262–270. doi: 10.4025/ciencucuidaude.v13i2.18806
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C., & Krouse, R. S. (2009). Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies. *Women Health*, 49(8), 1–15. doi: 10.1080/03630240903496093
- Ramirez, M., Altschuler, A., McMullen, C., Grant, M., Hornbrook, M. C., & Krouse, R. S. (2014). I didn't feel like i was a person anymore: realigning full adult personhood after ostomy. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(2), 242–259. doi: 10.1111/maq.12095
- Sales, C. A., Violin, M, R., Waidman, M. A. P., Marcon, S. S., & Silva, M. A. P. (2010). Emotions of people living with ostomies: existential comprehension. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(11), 215–221. Retrieved from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a31v44n1.pdf.
- Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Tameirão, M. A., & Silva, P. F. (2010). The meaning of being colostomized and being part of an ostomy sevice program. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 631–638. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648973006>.

- Santos, F. S., Poggeto, M. T. D., & Rodrigues, L. R. (2008). Sexual self perception of women with intestinal stoma. *Revista Mineira de Enfermagem*, *12*(3), 355–362. Retrieved from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/277>.
- Santos, G. S., Leal, S. M. C., & Vargas, M. A. (2006). A closer look at women underwent colostomy surgery: qualitative exploratory-descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *5*(1), 1–11. Retrieved from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/82/27>.
- Santos, S. R., Medeiros, A. L., Cabral, R. W. L., Anselmo, M. N. S., & Souza, M. C. J. (2013). Sexuality of patients with intestinal stoma final: perception of women. *Journal of Advanced Nursing*, *4*(2), 119–122. doi: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n2.526>
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2006). The meaning of the new way of life of individuals with permanent intestinal ostomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *14*(4), 483–490. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400003>
- Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2007). Importance of the support network for the stomized patient. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(3), 307–311. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300011>
- Silva, D. G., Bezerra, A. L. Q., Siqueira, K. M., Paranaguá, T. T. B., & Barbosa, M. (2010). Influence of dietary habits in the social reintegration of a group of people with ostomy. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *12*(1), 56–62. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.5246>
- Silva, J. C., Soares, M. C., Alves, H. D. S., & García, G. S. (2014). The perception of life of ostomates in the social sphere social. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, *12*(1), 346–355.
- Sinclair, L. G. (2009). Young adults with permanent ileostomies experiences during the first 4 years after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, *36*(3), 306–316. doi: 10.1097/WON.0b013e3181a1a1c5
- Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. F. (2002). The perception of colostomized patients on the use of the colostomy bag. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *48*(3), 341–348. Retrieved from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/english/article2.html.
- Souza, M. P. D., Santos, V. R., Vilela, B. S., & Paula, M. A. B. (2007). Ostomy and labor life. *Revista Estima*, *5*(1), 13–20. Retrieved from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/25>.

ARTÍCULOS EXCLUIDOS DE LA METASÍNTESIS TRAS LECTURA CRÍTICA.

- Bellato, R., Maruyama, S. A., Silva, C. M., & Castro, P. (2007). The ostomy chronic condition and its impact on the person's life and family. *Ciência, cuidado e saúde*, 6(1), 40–50.
- Martins, L. M., Sonobe, H. M., Vieira, F. S., S., O. M., & Lenza, N. F. B. & Teles, A. A. S. (2015). Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. *British Journal of Nursing*, 24(22), 4–11. doi: 10.12968/bjon.2015.24.Sup22.S4.
- Martins, P. & Alvim, N. A. T. (2012). Care plan shared with ostomized clients: Freire's pedagogy and its contributions to nursing education practice. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 21(2), 286–294.
- Maruyama, S. A., Barbosa, C. S., Bellato, R., Pereira, W. R., & Navarro, J. P. (2009). Self-irrigation - made easy strategy the social reinsertion of the people with definitive colostomy. *Revista Electronica Enfermagem [on-line]*, 11(3), 665–667. Retrieved from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v11n3/26.pdf>.
- McMullen, C. K., Hornbrook, M. C., Grant, M., Baldwin, C. M., Wendel, C. S., & Mohler, M. J. (2008). The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas? *The Journal of Supportive Oncology*, 4(3), 175–182.
- Moraes, A. D. A., Balbino, C. M., & Melo, M. (2015). The discomfort in patient ostomates. *Revista Pró-Univer SUS*, 6(1), 5–8. Retrieved from: <http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V6N12015/pdf/001.pdf>.
- Poggetto, M. T. D. & Casagrande, L. D. R. (2003). I learned as i did it... learning thematic of colostomized patients and the educational action of the nurse. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7(34), 28–34. Retrieved from: <http://www.reme.org.br/sumario/80>.
- Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., Wendel, C. S., Mohler, M. J., & Rawl, S, M., ...Krouse, R. S. (2010). Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 200(5), 640–645. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.07.009>
- Sousa, C. F., Brito, D. C., & Branco, M. Z. P. C. (2012). Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*, 3(1), 12–15. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/273763308_Depois_da_colostomiavivencias_das_pessoas_portadoras.
- Taylor, C., Richardson, A., & Cowley, S. (2011). Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 243–249. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.010>.
- Violim, M. R., Bringmann, P. B., Marcon, S. S., Waidman, P. M. A., & Sales, C. A. (2011). The meaning of living with an ostomized relative with gastrointestinal cancer. *Revista Rene, Fortaleza*, 12(3), 510–517. Retrieved from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/256/pdf>.
- Zhang, J., Wong, F. K. Y., You, L. M., & Zheng, M. C. (2011). A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1407–1415. doi: 10.1111/j.1365–2702.2011.03824.x.

Anexo 2

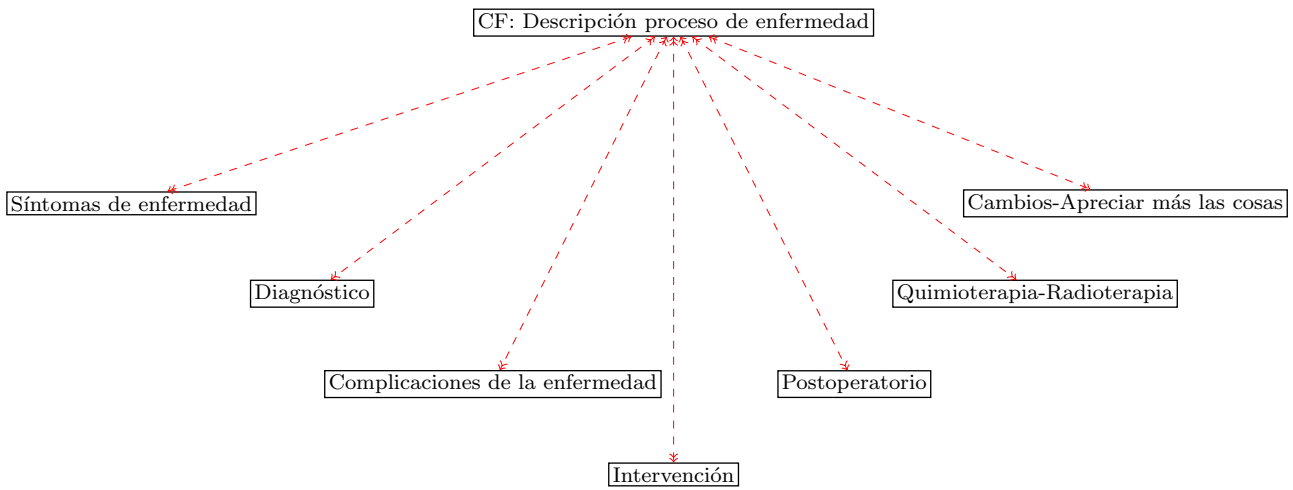
Material complementario del Estudio 1

Esquema de categorías y códigos empleados en metasíntesis

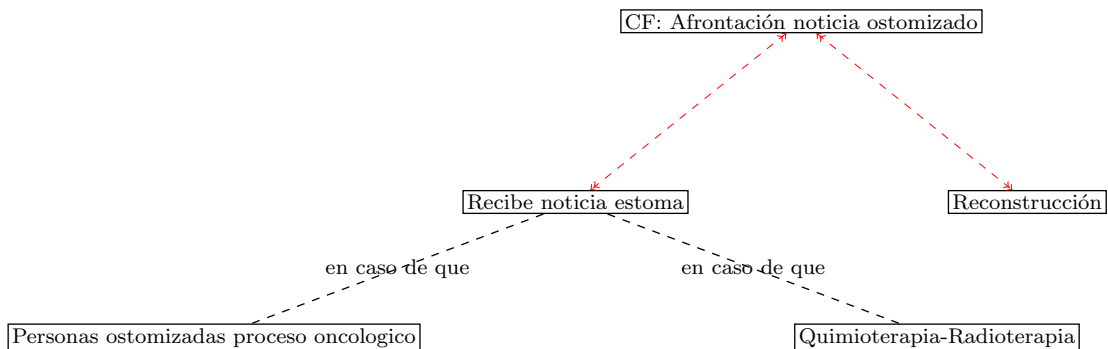
Anexo.2.

Fuente: Bonill de las Nieves (2011). Vivencias y experiencias de personas portadoras de estomas digestivos PhD Thesis, Department of Nursing, University of Málaga, Málaga, Spain.

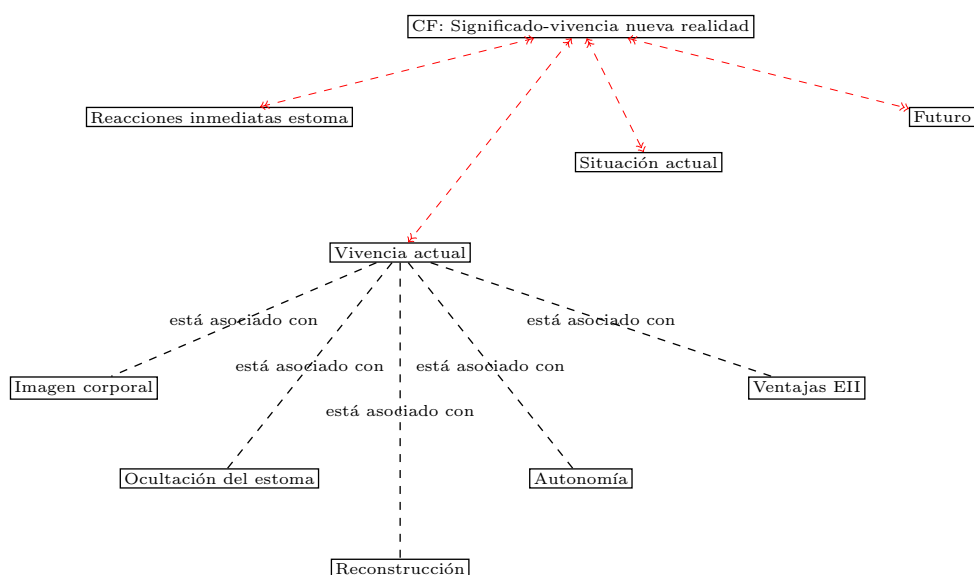
1.- Bajo esta categoría se describe el proceso que se desarrolla en torno a la realización de la ostomía, desde los primeros síntomas hasta llegar al diagnóstico, las complicaciones de la enfermedad, la intervención, el postoperatorio, los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, así como lo que ha supuesto en el sujeto esa vivencia.



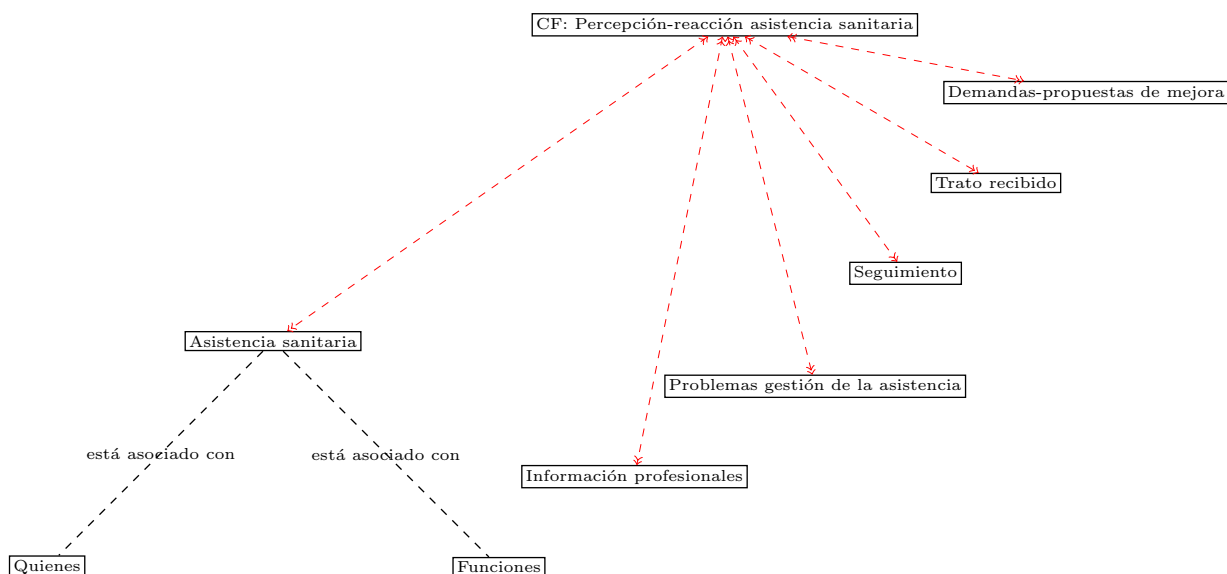
2.- En esta categoría, los informantes describen cómo reciben la noticia de que van a ser ostomizados (los sentimientos, las creencias, preocupaciones), diferenciándose los discursos procedentes de personas con estomas digestivos consecuencia de un proceso oncológico, de los que proceden de las personas con estomas digestivos a consecuencia de una EII. También se aborda cómo influye la posibilidad de la reconstrucción en este proceso.



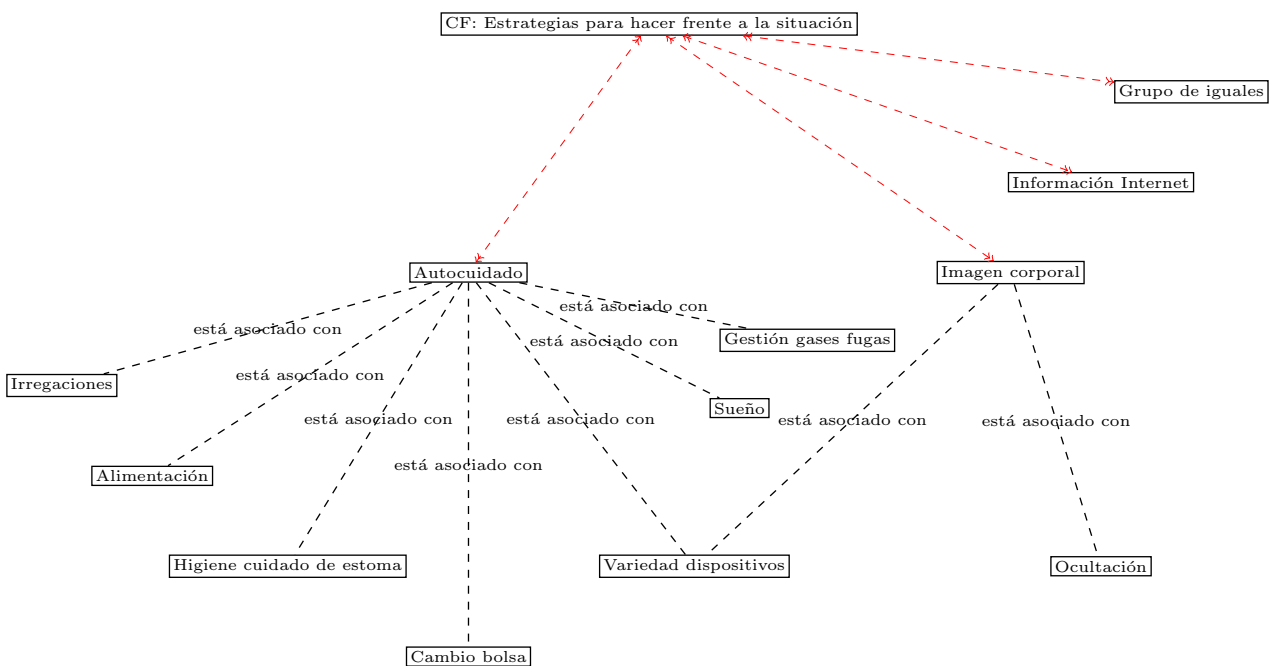
3.- En esta categoría se recoge cómo los informantes se reencuentran con un cuerpo que les devuelven modificado tras la cirugía, desde el momento en el que se enfrentan a esta realidad, hasta el día de hoy (momento en el que tuvo lugar la entrevista). También hablan del futuro, de sus expectativas y preocupaciones.



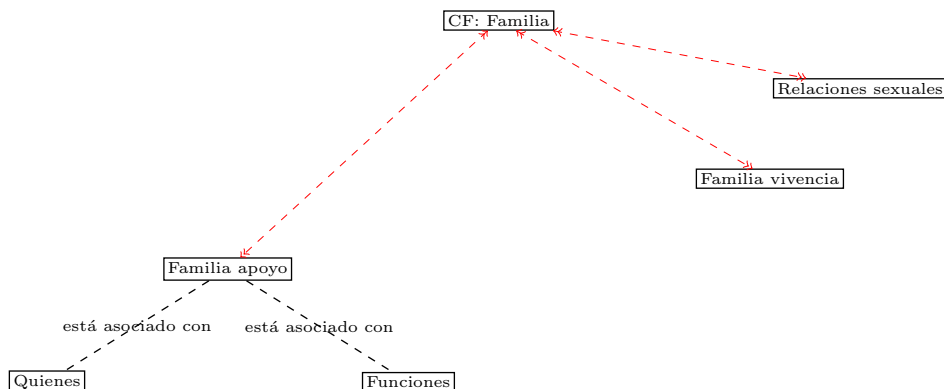
4.- En esta categoría se recoge el discurso de los informantes en torno a la asistencia recibida, identificándose quienes la llevan a cabo y sus funciones, la información que reciben por parte de los profesionales, los problemas encontrados en relación a la gestión de la asistencia, el seguimiento y la relación con los profesionales. Además también se muestra en este punto la temática de las demandas, o mejoras, entendidas como necesidades sentidas, que las personas con estomas digestivos hacen al sistema sanitario.



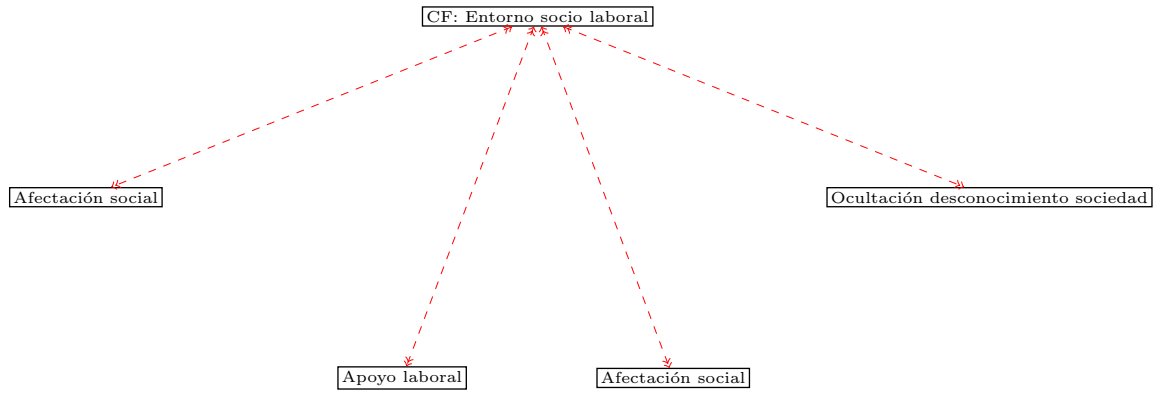
5.- En esta categoría se recogen los discursos en los que los informantes nos hablan de cómo llevan a cabo sus autocuidados, cómo los han integrado en su día a día, los problemas encontrados, así como las estrategias desarrolladas, abordándose las siguientes temáticas: irrigaciones, la alimentación, la higiene y los cuidados de la piel y del estoma, cambios de bolsa, el uso del obturador y las mini bolsas, las dificultades para dormir, su experiencia vivida en torno a las fugas y gases. También se abordan las estrategias que han desarrollado para adaptarse al cambio corporal, desprendiéndose de algunas de ellas ciertas estrategias de ocultación. También nos hablan de la variedad de dispositivos existentes en el mercado. Para finalizar se recogen las fuentes que utilizan los informantes para procurarse la información que necesitan (Internet), destacándose la importancia que tiene el poder contar con la información y el apoyo del grupo de iguales.



6.- En esta categoría se recogen los discursos de los informantes en los que hacen alusión al apoyo recibido por la familia, identificando a las personas más significativas que participan a lo largo del proceso. También se recogen los sentimientos, reacciones y afectaciones que esta situación desencadena en los familiares más cercanos. Por último, se presentan algunos pasajes donde los informantes nos hablan de cómo afecta el estoma a las relaciones sexuales.



7.- En esta categoría los informantes nos hablan de la influencia que el estoma ha tenido en su vida social, así como el apoyo recibido por parte de amigos y compañeros. También nos hablan de la afectación a nivel laboral y de la ocultación-desconocimiento percibido en la sociedad.



Anexo 3

Material complementario del Estudio 1
Ejemplo de informe de análisis generado en la metasíntesis

Anexo.3.

Categoría: “Afrontamiento de la noticia ostomizado”

Código: Recibe noticia estoma

Enunciado temático: condicionantes previos. Las experiencias de la vida, las enfermedades previas, la religión, familia y el concepto de uno mismo en el mundo, van a condicionar la forma de reaccionar ante la noticia del estoma.

Referencias: Anderson *et al.* 2010; Barnabe & Dell’Aqua Queiroz 2008; Carvalho *et al.* 2015; Dázio *et al.* 2009; Lobão *et al.* 2009; Mendes *et al.* 2014; Petuco & Martins 2006a; Perry-Woodford 2013; Poletto & Silva 2014; Sales *et al.* 2010; Tao *et al.* 2014.

Hallazgos:

Anderson et al. 2010: “How a person reacts when diagnosed with cancer can depend on previous experiences in life” Barnabe & Dell’Aqua Queiroz 2008: “Desde o primeiro instante em que o paciente ouve falar de ostomia, surgem reações que ultrapassam todas as barreiras de raça, cor, idade, cultura, religião e sexo, obrigando-o a iniciar uma mudança pessoal profunda.”

Dázio et al. 2009: “Compreende-se que esse período foi marcado pelo sentido de rompimento com a invencibilidade masculina, provocando a ruptura com os dogmas entre masculinidade e poder, marcados pelas imagens de ser forte e ter corpo resistente. Assim, o poder masculino também repercute na sua experiência com o CCR, levando a um processo de resignação com a situação, lógica cultural característica de membros da classe popular brasileira” “A prontidão para se submeter ao tratamento está relacionada aos valores da vida e como a vida se apresenta. Na condição de ter CCR, a prontidão é uma perspectiva de esperança nos resultados terapêuticos, não significando a obtenção da cura, mas a interrupção dos sintomas e da possibilidade de retomada do controle do corpo e da vida”

Lobão et al. 2009: “Ainda nesta fase muito precoce, surgem vários pensamentos no sentido da resignação associada a uma percepção imediata de inevitabilidade face à doença (é o ter de ser). Por vezes, ocorre uma perspectiva curiosa, a da existência de uma actuação de forças superiores, relativamente às quais se sentem impotentes, e se abandonam, Deus que tem poder de decidir, e o diabo causador dos seus males: “Olha seja o que Deus quiser, o que é que eu hei-de fazer? Estou por conta do diabo”.

Petuco & Martins 2006a: “Eis por que lidar com o câncer, lidar com essa alteração, conviver com” esse atributo dotado de um poder desestruturante da identidade” exigia uma avaliação profunda dos fatos que culminariam com a realização do estoma, e uma mobilização de forças para capacitar o doente a assimilar esse “novo” corpo com um estoma supervalorizado. Havia que superar a sensação desestabilizadora de dor, sofrimento e morte provocada pela experiência, buscando criar, “ainda que atormentadamente, um sentido próprio à sobrevivência”

Sales et al. 2010: “O ser humano, vive em um conjunto limitado de possibilidades, assim, torna-se criador e dominador de sua história, planejador e realizador de seus projetos de vida(10) e zela por sua perfeição, saúde e dinamismo; mas quando se vê inserido no mundo com algo que lhe pode destruir a vontade de viver, a vaidade, esperança, autoconfiança e controle, ele se sente, perante o mundo, como um ser derrotado”

Perry-Woodford 2013: “ thought: this is what I have been waiting for to avoid having a

stoma, this is what I want. But in fact, it wasn't at all what I thought it was a going to be”

Enunciado temático: *información profesional.* El contacto con el profesional preparado y documentado es vital. También es importante el contacto con otros pacientes cuando recibe la noticia de estoma. Se le debe ofrecer si hay, la posibilidad de la cirugía y la creación del estoma. Aparecen las primeras dudas sobre la existencia de uno mismo.

Referencias: Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Gomes *et al.* 2010; Lobão *et al.* 2009; Petuco & Martins 2006b; Sun *et al.* 2014.

Hallazgos:

Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008: Um aspecto bastante perceptível nos relatos dos ostomizados foi a lembrança evocada permitindo a exatidão da data que eles receberam a notícia da realização da ostomia, mostrando ser um momento marcante em suas vidas:

Gomes et al. 2010: “O estoma é uma palavra geradora de impacto sobre o indivíduo e sua família. Este termo quando ouvido, principalmente pela primeira vez, vem carregado de um sentido existencial e emocional negativo. É considerado um estigma, que exige ações da equipa multiprofissional, por um lado a desmistificar mitos e por outro a minimizar o impacto. O doente de Crohn com necessidade de realização de um estoma experimenta igualmente estes sentimentos, por vezes mais evidenciados pela imprevisibilidade do seu decurso clínico”

Lobão et al. 2009: “tu vais ver, olha para a frente, vais-te ver muito melhor, vais deixar de ter dores, e depois ?”

Petuco & Martins 2006b: “tudo aconteceu tão rápido que não conseguia nem raciocinar. Os médicos davam a entender que era extremamente grave, falavam somente o essencial sobre esse tipo de coisa, e eu não tinha capacidade de apanhar o que estava acontecendo de fato. Eu não sabia o tamanho e nem a dimensão do que seria isso. Acho que não faria muita diferença se eu pudesse ter esperado mais alguns dias para fazer a cirurgia”

Enunciado temático: noticia de estoma. Diferentes formas de recibir la noticia de la operación y de la realización del estoma. En algunos casos esto se hace justo después de las pruebas poco íntimas que se usan para el diagnóstico de cáncer.

Referencias: Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008; Bonill de las Nieves 2008; Petuco & Martins 2006b; Silva *et al.* 2010.

Hallazgos:

Barnabe & Dell'Aqua Queiroz 2008: “Eu tava lá na Gastro, daí falaram que eu precisava operar... e colocar o bagulho dia 18 de maio”

Bonill de las Nieves 2008: “Mi calvario. A la mañana siguiente vino mi médico a verme, echó a todo el mundo de la habitación y dijo “échate de lado” me metió un dedo en el recto y al sacarlo lo que solté fue un chicate de sangre y dijo “lo siento mucho pero ahora mismo nos vamos para el quirófano que te voy a poner una bolsita”. Esa fue la primera noticia que tuve yo de la bolsa, pero como estaba tan mal decía “pues bueno, lo mismo de lo malo, es lo mejor”

Petuco & Martins 2006b: “A necessidade crucial de realizar a cirurgia fazia com que a internação ocorresse imediatamente. Uma vez dentro hospital, deixavam de tomar decisões, devido à urgência do caso, que exigia uma ação imediata do médico. Ficavam impressionados com a velocidade com que tudo acontecia: Mas daí a oito dias já veio o laudo que era câncer. Nunca imaginei que fosse acontecer isso comigo. Não me conformava! Porque me dar essa coisa

tão repentina? Quando vi o resultado e voltei pra casa, fiquei tão desesperada que tinha vontade de acabar com a minha vida. Chorei o dia inteiro. Daí a uma semana já fui operada. Foi tudo tão rápido, ninguém esperava, foi um choque pros filhos, pra todo mundo. Me doeu muito, mas teria que enfrentar!”

Silva et al. 2010: “Segundo os estomizados participantes desse estudo, algumas pessoas afastam-se do seu convívio enquanto outras se fazem mais presentes, conforme observado a seguir: ...quando descobri que tinha que fazer a cirurgia eu tive vergonha. Não gostava de receber visitas e entrei em profunda depressão. Emagreci muito e perdi minha vida social”

Enunciado temático: sentimientos incertidumbre En algunos casos cuando se decide instaurar la bolsa se dice que será temporal, se les hace duro cuando reciben la noticia de que será permanente. Diferencias entre intervención planificada a la urgente

Referencias: Lobão *et al.* 2009; Persson *et al.* 2004; Petuco & Martins 2006b; Sinclair 2009; Danielsen *et al.* 2013a; Perry-Woodford 2013;

Hallazgos:

Lobão et al. 2009: “A construção de uma esperança irreal vai no sentido de não ter de enfrentar a situação como definitiva, mantendo a ilusão de, por qualquer motivo, poder voltar à situação e imagem anterior. Fui informado que iria ficar com saco, nós pensamos sempre que até ao dia da operação (...) quando eu acordo após a operação, pus lá a mão e estava lá o saco. Eu pus sempre a hipótese de que talvez não”.

Persson et al. 2004: “The adjustment was more difficult for patient D, who received the stoma unexpectedly after emergency surgery for a perforated diverticulum.”

Petuco & Martins 2006b: A situação inesperada faz com que o doente perca o controle sobre si mesmo, tornando-se totalmente dependente da equipe de saúde e dos membros da família. A percepção de que a intervenção médica era urgente, que os sintomas eram muito graves e que não podiam mais adiar o tratamento, desencadeava crises de pânico, medo e angústia sobre as pessoas e todos os que as circundavam. Ocorria um impacto arrasador ao lidarem com a situação: Desabou o mundo pra mim: eu tinha câncer e tinha que usar a bolsinha pra sempre! Fiquei com um medo! Dormia e me acordava num pranto só, de vereda vinha na minha cabeça: eu tenho câncer, meu Deus, essa doença braba! E chorava desesperadamente! (chorando). Quantas vezes me acordei chorando e o meu marido estava acordado também, segurando a minha mão. Eu tinha essa coisa que nunca pensei que ia ter. Foi a parte mais difícil da minha vida. Não sei como não me deu depressão, de tão nervosa que fiquei. Ficava deitada no sofá sem vontade de fazer nada. Fazia comida, mas não conseguia comer. E meu marido ficou num estado ... disse que se acontecesse alguma coisa comigo venderia tudo e ia morar numa quitinete. Ia viajar, cuidar do seu serviço, aqui não ficava.

Sinclair 2009: “Looking inward, participants recalled struggles related to their decisions to undergo ostomy surgery and distressing emotions centering on the stoma. The decision-making process spanned years for 4 participants, but three underwent emergency surgery”

Danielsen et al. 2013a: “which were in many ways similar to the reactions described by our informants. Having knowledge of the stoma being only temporary may have the adverse result of decreased satisfaction with the current situation by impeding adaptation to the situation”

Enunciado temático: inquietudes. Emociones manifestadas cuando se recibe la noticia de estoma. Etapas en la aceptación.

Referencias: Anderson et al. 2010; Carvalho et al. 2015a; Danielsen et al, 2012; Dázio et al. 2009; Lobão et al. 2009; Martín Muñoz et al. 2010; Persson et al. 2004; Petuco & Martins 2006a; Petuco & Martins 2006b; Poletto & Silva 2014; Sales et al. 2010; Santana et al. 2010; Silva & Shimizu 2006; Tao et al, 2014.

Hallazgos:

Dázio et al. 2009: “Com o reconhecimento da gravidade do CCR, os homens subordinaram-se às terapêuticas médicas da cirurgia e confecção da colostomia, pois, é a vida que está em jogo. Porém, necessitar da colostomia, temporária ou definitiva, foi um momento de indecisão e sofrimento. Alguns a aceitaram com resignação”

Lobão et al. 2009: “Ao nível do enfoque das emoções, a maior parte das que foram relatadas são consonantes com a vivência do impacto da comunicação da ostomia, pelo que, o mais mencionado, é o choque, que resulta do inesperado e manifesta-se em pânico e paralisia, como se percebe pelas frases: “Chegam ao pé de mim e, tens que ficar com um saco. É um choque, um choque tremendo”

Lobão et al. 2009: “Tanto fazia morrer como viver” ; “Agora estou feito ao bife para o resto da vida” (E7), que são indiciadoras de falta de perspectiva, como se a vida tivesse acabado ou estivesse irremediavelmente comprometida; O sentimento de revolta, muito mencionado na bibliografia, surge apenas duas vezes, e não foi identificado pelo doente: “A minha mulher diz que fiquei revoltado”

Martín Muñoz et al. 2010: “En este sentido hay que señalar el significado que se otorga a la ostomía como elemento conflictivo” *Martín Muñoz et al. 2010:* Aceptar la situación como algo inmodificable con lo que se tiene que convivir.

Persson et al. 2004: The cancer diagnosis was for many a confirmation of what they had suspected, since their partners had told them that they had problems with defecation and that they were bleeding from the bowel. A great deal of uncertainty was expressed by the spouses regarding their partners. They reported feelings of anxiety about the surgery, that the cancer would spread, and that the partners were very ill. “I went home from the hospital with heavy steps, it was very hard, and I felt a lot of uncertainty.”

Petuco & Martins 2006a: “Ao passar pelo enfrentamento do câncer colorretal, com uma conseqüência que é considerada como sendo “o fim do mundo” (o estoma), as pessoas experimentam uma sensação de falência, de desmoronamento, quando suas referências não mais se articulam com segurança em suas situações de vida. Inicialmente, sob impacto intenso, sentem-se assustadas, com sensação de desorganização, sendo comum entrarem em quadros depressivos.

Santana et al. 2010: “[...] significa que houve uma mudança radical, fisicamente falando, né. E já com o tratamento, você tem que fazer uma mudança dentro de si mesmo, de hábitos de costumes, de valores que você tem que avaliar, porque a partir daquele momento você tem uma sobrevida, uma vida normal, embora você pode viver completamente bem com a ostomia [...]”

Silva & Shimizu 2006: “Ao tomarem conhecimento do diagnóstico e da necessidade de se submeterem à estomia, a maioria deles vivenciou sentimentos intensos de desorganização emocional, como surpresa, medo, raiva, impotência, entre outros. Foi, então, a partir desse momento que começaram a sentir que ocorria grande mudança nas suas trajetórias de vida. Nunca imaginei o que era ser um estomizado. A vida de estomizado pra mim foi um choque, como deve ter sido pra todo mundo, mas depois que o médico falou que ia fazer uma cirurgia urgente, que no prazo de quinze dias ia perder as funções intestinais, minha cabeça deu um nó”

Código: Reconstrucción

Enunciado temático: incertidumbre sobre la reconstrucción. Si se acepta el estoma como algo que pertenece al cuerpo y medio de sanación, la reconstrucción y la posibilidad de cerrar el estoma no está del todo claro, debido a las repercusiones que ellos pueda tener para la vida del paciente.

Referencias: Bonill de las Nieves 2008; Danielsen et al. 2013a; Krouse et al. 2009; Perry-Woodford 2013.

Hallazgos:

Bonill de las Nieves 2008: “Yo no sé exactamente si a todas las personas les va igual, porque la madre de una amiga de mi hija tenía lo mismo y decía que por dios le quitaran eso, que ella no podía vivir con eso, así que la tuvieron que operar. Yo cuando quiera puedo volver [se refiere a que su estoma no es definitivo], pero me lo tengo que pensar, porque si vuelvo a operarme voy a tener que tirarme mínimo tres años yendo diez veces al día al váter y se me va a poner a mí eso que tiene que ser terrible”

Krouse et al. 2009: “As I have previously stated, if I could be reconnected, I would not permit it. At any time in life that would be a challenge. Who needs more surgery and possibly more medications”

Danielsen et al. 2013a: “...before I knew it [that the stoma was to be closed within a few weeks, ed]...I felt like... if you think of a cartoon without text? then I imagine things, the worst things, until I get a clarification...you see?”

Enunciado temático: disponibilidad de los profesionales. Tras la reconstrucción el servicio de enfermeras especialistas no está disponible para estos pacientes

Referencias: Beaver et al. 2010; Danielsen et al. 2013a; Perry-Woodford 2013; Thorpe et al. 2013

Hallazgos:

Beaver et al. 2010: “Alright, I had a number to ring the hospital up, but you feel as though you’re...They’re always busy aren’t they, the stoma nurses”

Enunciado temático: reconstrucción motivacional. La posibilidad de reconstrucción les hace más llevadero el tener el estoma. Saber que se les va a reconstruir les hace estar más positivos y tener perspectivas de futuro. La reversión les mejora la percepción de su calidad de vida

Referencias: Danielsen et al. 2013a; Neuman et al. 2012; Owen et al. 2008; Sinclair 2009;

Hallazgos: *Neuman et al. 2012:* Experience of multimodality cancer therapy Patients perceive the impact of a temporary stoma on QOL to be less when faced with the intensity and side effects of multimodality cancer therapy “That is another problem when you have cancer. They give you treatment, and you start feeling good, and they hit”

Sinclair 2009: A temporary stoma seemed to serve as a trial making adjustment to the permanent ileostomy less traumatic for 3 participants; 1 participant said “...easier for me to live with it...” However, for another, the reality of the permanent stoma was traumatic and she said, “ would have died before I had surgery and an ileostomy... I never would have signed the consent.”

Owen et al. 2008: “I coped with it knowing that it was going to be reversed. If I had to have

it long term I don't think I could have coped mentally , I think it would have really hit me quite badly. I felt dirty with it, really dirty. I felt that everybody could smell it, they say. "oh no you can't", but there is always that sort of feeling of your waste coming out of the wrong part of the body."

Enunciado temático: opciones. Incertidumbre antes de la reversión. Aquellos pacientes que tiene esta posibilidad padecen un estado de inseguridad e indecisión comparada con los trasplantados de hígado.

Referencias: Danielsen et al. 2013a

Hallazgos:

Danielsen et al. 2013a: The closure of the stoma was seen as a crucial event and was closely related to the return to life before the stoma. Not knowing when or if the stoma would actually be closed led informants to feelings of uncertainty that seemed related to the unpredictability of the future.

Enunciado temático: desinformación. La desinformación no es vista positivamente por los pacientes. Ellos necesitan saber las consecuencias de todo el procedimiento, posibilidad de reconstrucción o no.

Referencias: Perry-Woodford 2013

Hallazgos:

Perry-Woodford 2013: "When I had the pouch there was no suggestion that it would last for a limited time, given that I was being remodelled inside. It just seemed to me that that is how I was going to be from now on and I suppose I assumed that it would be a permanent situation"

Anexo 4

Material complementario de los estudios 3 y 4
Consideraciones éticas

Anexo.4.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DON MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ, EN CALIDAD DE SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA PROVINCIA DE GRANADA,

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado favorablemente, en su reunión celebrada el día 28 de mayo de 2012, el proyecto de investigación titulado: ***“La experiencia de portar un estoma digestivo y su relación con metodología enfermera. Metaestudio cualitativo e implementación de evidencias Q a través de vías clínicas”***, PI-0564-2011, siendo el investigador principal don Cesar Hueso Montoro, y considera que,

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Se recomienda crear un fichero y solicitar a la Gerencia del Centro la declaración del fichero de investigación de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos, que hace referencia sólo a los datos personales

A ser posible, se hará un fichero anonimizado, en caso contrario, de hará de forma codificada (sólo 1 ó 2 personas como máximo dispondrán de los códigos), en cuyo caso, será necesaria siempre su declaración.

Lo que firmo en Granada, a 11 de junio de dos mil doce.



16/10

CARTA DE INVITACIÓN (ESTUDIO 3)

Estimada NOMBRE DEL/A EXPERTO (SÓLO NOMBRE) Actualmente se encuentra en desarrollo el proyecto "La experiencia de portar un estoma digestivo y su relación con metodología enfermera. Metaestudio cualitativo e implementación de evidencias Q a través de vías clínicas" (Expt: PI-0564-2011), financiado por la Fundación Progreso y Salud de la Junta de Andalucía. Este proyecto cuenta con la participación de la Universidad de Granada y el Servicio Andaluz de Salud. Nos han facilitado su correo electrónico a través de la "Sociedad Española de Enfermería experta en Estomaterapia", para invitarle a participar en este estudio como especialista en el sector.

El objetivo general del estudio es analizar la experiencia de las personas portadoras de estomas digestivos. Consta de tres fases:

- En una primera fase se realizó una revisión bibliográfica amplia (tipo metasíntesis cualitativa). Los hallazgos de esta fase se organizaron en un conjunto de ítems que describen la realidad de las personas con ostomías y las intervenciones orientadas a su cuidado.
- En una segunda fase, en la que le invitamos a participar, se realizará una consulta mediante técnica DELPHI a un grupo de expertos para establecer un consenso acerca de cuáles de estas situaciones se presentan con más frecuencia en la práctica clínica.
- En una tercera fase, a partir de la información anterior, se pretende elaborar un plan de cuidados con taxonomía NANDA, NOC, NIC, que posteriormente se pretende que se implanten en los servicios de atención a este tipo de pacientes.

Partiendo de este contexto, le invitamos a participar en la técnica DELPHI que corresponde a la segunda fase de este estudio. Para tal fin se ha creado un formulario electrónico con la herramienta de GOOGLE.DOCS. Puede acceder a ella a través de la siguiente URL: (aquí cada una de las URLs correspondientes a cada experto). Antes de cumplimentar el cuestionario, conviene que lea la documentación que se adjunta en este correo. En ella encontrará información sobre la técnica DELPHI e instrucciones precisas para cumplimentar el cuestionario. Por otro lado, le adjuntamos otra hoja informativa sobre las condiciones de su participación, así como el formulario de consentimiento informado. Si decide participar en el estudio, le rogamos que nos notifique a esta dirección de correo su aceptación y nos envíe firmado el consentimiento. En caso de no aceptar, le rogamos que también nos lo notifique para buscar a otro/a experto/a.

Un cordial saludo,

NOMBRE DEL/A INVESTIGADOR PRINCIPAL

INSTRUCCIONES PARA PARTICIPAR EN LA TÉCNICA DELPHI-EXPERTOS EN ESTOMATERAPIA (Estudio 3)

La técnica Delphi es un medio efectivo para construir consenso en un grupo, sin que los integrantes se reúnan físicamente. El objetivo de la técnica es lograr un consenso fiable entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de cuestionarios que se responden anónimamente (Yáñez y Cuadra, 2008). Tal y como se le ha informado en el mensaje de invitación, los hallazgos que se obtuvieron en la primera fase de este estudio, se organizaron en un conjunto de ítems que describen la realidad de las personas con ostomías y las intervenciones orientadas a su cuidado. Estos ítems fueron agrupados en diferentes categorías. Lo que le pedimos que valore en cada uno de ellos es si la realidad descrita se corresponde con lo que usted observa en la práctica clínica. Para ello, cada ítem viene acompañado de una escala likert con 5 valores:

- (1) nunca demostrado
- (2) raramente demostrado
- (3) a veces demostrado
- (4) frecuentemente demostrado
- (5) siempre.

Además, al final del cuestionario le ofrecemos un campo de respuesta abierta para que incluya cualquier apreciación que considere.

Anexo 5

Material complementario del Estudio 4
Plan de cuidados

Anexo.5.

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																																																																								
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																																																																									
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD						5250 Apoyo en la toma de decisiones						1606 Participación En Las Decisiones Sobre Asistencia Sanitaria.																																																																								
<p>Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado</p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p>						<p><i>Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria</i></p>						<p><i>Implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES:</th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Nunca demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Raramente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- A veces demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- Frecuentemente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Siempre demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160601 Reinvienda la responsabilidad de tomar decisiones</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160603 Busca información contrastada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160604 Define opciones disponibles</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES:	Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Nunca demostrado						2-Raramente demostrado						3- A veces demostrado						4- Frecuentemente demostrado						5-Siempre demostrado						160601 Reinvienda la responsabilidad de tomar decisiones						160603 Busca información contrastada						160604 Define opciones disponibles						160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado						160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados					
INDICADORES:	Marcar con una X																																																																																			
	1º	2º	3º	4º	5º																																																																															
1-Nunca demostrado																																																																																				
2-Raramente demostrado																																																																																				
3- A veces demostrado																																																																																				
4- Frecuentemente demostrado																																																																																				
5-Siempre demostrado																																																																																				
160601 Reinvienda la responsabilidad de tomar decisiones																																																																																				
160603 Busca información contrastada																																																																																				
160604 Define opciones disponibles																																																																																				
160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado																																																																																				
160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados																																																																																				

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC					
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º						
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES						0480 Cuidados de la ostomía						1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía.					
Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico						<i>Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante</i>						<i>Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación</i>					
Tiempo probable de activación: prequirúrgico												INDICADORES:					
												1º	2º	3º	4º	5º	
												1-Ningún Conocimiento					
												2-Conocimiento escaso					
												3-Conocimiento moderado					
												4-Conocimiento sustancial					
												5-Conocimiento extenso					
												182901 Funcionamiento de la ostomía					
												182903 Cuidados de la piel alrededor de la ostomía					
												182904 Técnica de irrigación (Cuando este indicado)					
												182905 Cómo medir un estoma					
												182907 Complicaciones relacionadas con el estoma					
												182908 Pautas para cambiar la bolsa de la ostomía					
												182909 Materiales necesarios para cambiar la ostomía					
												182911 Modificaciones en la dieta					
												182912 Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos					
												182913 Mecanismos de control del color					
												182914 Modificaciones en las actividades diarias					
												182915 Procedimientos para cambiar la bolsa					

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																													
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																														
AFRONTAMIENTO INEFICAZ						5230 Mejorar el afrontamiento						1302 Afrontamiento de problemas.																													
<p><i>Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles</i></p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p>						<p><i>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</i></p>						<p><i>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo</i></p>																													
						INDICADORES:						Marcar con una X																													
						1-Nunca demostrado						1º						2º						3º						4º						5º					
						2-Raramente demostrado																																			
						3- A veces demostrado																																			
						4- Frecuentemente demostrado																																			
						5-Siempre demostrado																																			
						130201 Identifica patrones de superación eficaces																																			
						130213 Evita situaciones excesivamente estresantes																																			
						130210 Adopta conductas para reducir el estrés																																			
						130212 Utiliza estrategias de superación efectivas																																			

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																																																																	
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																																																																		
DUELO						7130 Mantenimiento de procesos familiares						1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar.																																																																	
<p><i>Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida</i></p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p>						<p><i>Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares</i></p>	<p><i>Convicciones personales de que una persona puede cambiar en una determinada conducta de salud</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES:</th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Muy débil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Débil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-Moderado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-Intenso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Muy intenso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1470107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140708 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					INDICADORES:	Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Muy débil						2-Débil						3-Moderado						4-Intenso						5-Muy intenso						170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable						170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro						1470107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás						140708 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud					
												INDICADORES:	Marcar con una X																																																																
													1º	2º	3º	4º	5º																																																												
												1-Muy débil																																																																	
												2-Débil																																																																	
												3-Moderado																																																																	
4-Intenso																																																																													
5-Muy intenso																																																																													
170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable																																																																													
170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro																																																																													
1470107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás																																																																													
140708 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud																																																																													

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC									
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º										
DESESPERANZA						5310 Dar esperanza						1201 Esperanza.									
<p><i>Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho</i></p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p>						<p><i>Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones</i></p>						<p><i>Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante</i></p>									
												INDICADORES:					Marcar con una X				
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Raramente demostrado									
												3- A veces demostrado									
												4- Frecuentemente demostrado									
												5-Siempre demostrado									
												120102 Expresión de confianza									
												120112 Establecimiento de objetivos									
																		5230 Mejorar el afrontamiento			
						<p><i>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</i></p>						<p>INDICADORES:</p>									
												Marcar con una X									
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Raramente demostrado									
												3- A veces demostrado									
												4- Frecuentemente demostrado									
5-Siempre demostrado																					
130002 Renuncia al concepto previo de salud																					
130010 Afrontamiento de la situación de salud																					

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC	
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º		
DISCONFORT						5440 Aumentar los sistemas de apoyo						2008 Estado de comodidad.	
<p><i>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social</i></p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p> <p>SIGUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA</p>						<p><i>Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad</i></p>						<p><i>Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo</i></p> <p>INDICADORES:</p> <p>1-Gravemente comprometido</p> <p>2-Sustancialmente comprometido</p> <p>3-Moderadamente comprometido</p> <p>4-Levemente comprometido</p> <p>5-No comprometido</p>	
													200803 Bienestar psicológico
													200806 Apoyo social de la familia
						5270 Apoyo emocional							1212 Nivel de estrés.
						<p><i>Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión</i></p>						<p><i>Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente</i></p> <p>INDICADORES:</p> <p>1-Grave</p> <p>2-Sustancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Ninguno</p>	
													121220 Irritabilidad
													121222 Ansiedad

	7110 Fomentar la implicación familiar							1504 Soporte social.
	<i>Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente</i>							<i>Ayuda fiable de los demás</i>
	INDICADORES:							Marcar con una X
	1-Inadecuado							1º 2º 3º 4º 5º
	2-Ligeramente adecuado							
3-Moderadamente adecuado								
4-Sustancialmente adecuado								
5-Completamente adecuado								
150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas								
150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas								

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC					
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º						
TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO						1850 Mejorar el sueño						0004 Sueño.					
<i>Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos</i>						<i>Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia</i>						<i>Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo</i>					
Tiempo probable de activación: prequirúrgico												INDICADORES:					
												1º	2º	3º	4º	5º	
												1-Gravemente comprometido					
												2-Sustancialmente comprometido					
												3-Moderadamente comprometido					
												4-Levemente comprometido					
												5-No comprometido					
												0404 Calidad del sueño					
												0421 Dificultad para conciliar el sueño					

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																																																						
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																																																							
RIESGO DE COMPROMISO DE LA RESILIENCIA						8340 Fomentar la resiliencia						1309 Resiliencia personal.																																																						
<i>Vulnerable a una disminución de la habilidad para mantener un patrón de respuesta positiva ante una situación adversa o crisis, que puede comprometer la salud</i>						<i>Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales</i>						<i>Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa</i>																																																						
Tiempo probable de activación: prequirúrgico												<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES:</th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <td></td> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Nunca demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Raramente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- A veces demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- Frecuentemente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Siempre demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>130906 Muestra un estado de ánimo positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES:	Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Nunca demostrado						2-Raramente demostrado						3- A veces demostrado						4- Frecuentemente demostrado						5-Siempre demostrado						130906 Muestra un estado de ánimo positivo						130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos					
INDICADORES:	Marcar con una X																																																																	
	1º	2º	3º	4º	5º																																																													
1-Nunca demostrado																																																																		
2-Raramente demostrado																																																																		
3- A veces demostrado																																																																		
4- Frecuentemente demostrado																																																																		
5-Siempre demostrado																																																																		
130906 Muestra un estado de ánimo positivo																																																																		
130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos																																																																		

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
SUFRIMIENTO ESPIRITUAL						5426 Facilitar el crecimiento espiritual						2001 Salud espiritual.
<i>Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior</i>						<i>Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida</i>						<i>Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo</i>
Tiempo probable de activación: prequirúrgico												INDICADORES:
												1-Gravemente comprometido
												2-Sustancialmente comprometido
												3-Moderadamente comprometido
												4-Levemente comprometido
												5-No comprometido
												200122 Satisfacción espiritual

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																																																																																															
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																																																																																																
ANSIEDAD						5820 Disminución de la ansiedad						1402 Autocontrol de la ansiedad.																																																																																															
<p><i>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza</i></p> <p>Tiempo probable de activación: prequirúrgico</p>						<p><i>Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto</i></p>	<p><i>Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES:</th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Nunca demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Raramente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- A veces demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- Frecuentemente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Siempre demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140202 Elimina precursores de la ansiedad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140205 Planea estrategias para superar situaciones estresante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140206 Planifica estrategias de superación efectivas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140210 Mantiene el desempeño del rol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140211 Conserva las relaciones sociales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140214 Refiere dormir de forma adecuada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140217 Controla la respuesta de ansiedad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					INDICADORES:	Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Nunca demostrado						2-Raramente demostrado						3- A veces demostrado						4- Frecuentemente demostrado						5-Siempre demostrado						140202 Elimina precursores de la ansiedad						140205 Planea estrategias para superar situaciones estresante						140206 Planifica estrategias de superación efectivas						140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad						140210 Mantiene el desempeño del rol						140211 Conserva las relaciones sociales						140214 Refiere dormir de forma adecuada						140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad						140217 Controla la respuesta de ansiedad					
												INDICADORES:	Marcar con una X																																																																																														
													1º	2º	3º	4º	5º																																																																																										
												1-Nunca demostrado																																																																																															
												2-Raramente demostrado																																																																																															
												3- A veces demostrado																																																																																															
												4- Frecuentemente demostrado																																																																																															
												5-Siempre demostrado																																																																																															
												140202 Elimina precursores de la ansiedad																																																																																															
												140205 Planea estrategias para superar situaciones estresante																																																																																															
												140206 Planifica estrategias de superación efectivas																																																																																															
												140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad																																																																																															
140210 Mantiene el desempeño del rol																																																																																																											
140211 Conserva las relaciones sociales																																																																																																											
140214 Refiere dormir de forma adecuada																																																																																																											
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad																																																																																																											
140217 Controla la respuesta de ansiedad																																																																																																											

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC	
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º		
TEMOR						5380 Potenciación de la seguridad						1404 Autocontrol del miedo.	
<i>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro</i> Tiempo probable de activación: prequirúrgico							<i>Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente</i>					<i>Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable</i>	
												INDICADORES:	
												Marcar con una X	
												1-Nunca demostrado	
												2-Raramente demostrado	
												3- A veces demostrado	
												4- Frecuentemente demostrado	
												5-Siempre demostrado	
												140401 Supervisa la intensidad del miedo	
												140402 Elimina los factores precursores del miedo	
												140404 Evita fuentes de miedo cuando es posible	
												140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles	
												140406 Utiliza estrategias de superación efectivas	
												140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo	
												140408 Refiere disminución de la duración de los episodios	
												140410 Mantiene la realización del rol	
												140411 Mantiene las relaciones sociales	
												140414 Mantiene el funcionamiento físico	
												140417 Controla la respuesta del miedo	

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC					
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º						
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL						5400 Potenciación de la autoestima						1205 Autoestima.					
<i>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual</i> Tiempo probable de activación: quirúrgico						<i>Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía</i>						<i>Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo</i>					
						INDICADORES:						Marcar con una X					
						1-Nunca positivo						1º	2º	3º	4º	5º	
						2-Raramente positivo											
						3-A veces positivo											
						4-Frecuentemente positivo											
						5-Siempre positivo											
						120501 Verbalizaciones de autoaceptación											
						120502 Aceptación de las propias limitaciones											

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC																																										
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º																																											
TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL						5220 Mejora de la imagen corporal						1200 Imagen corporal.																																										
<i>Confusión en la imagen mental del yo físico</i> Tiempo probable de activación: quirúrgico						<i>Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo</i>						<i>Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales</i> INDICADORES: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Nunca positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Raramente positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-A veces positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-Frecuentemente positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Siempre positivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Nunca positivo						2-Raramente positivo						3-A veces positivo						4-Frecuentemente positivo						5-Siempre positivo					
	Marcar con una X																																																					
	1º	2º	3º	4º	5º																																																	
1-Nunca positivo																																																						
2-Raramente positivo																																																						
3-A veces positivo																																																						
4-Frecuentemente positivo																																																						
5-Siempre positivo																																																						
						4360 Modificación de la conducta						120005 Satisfacción con el aspecto corporal 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía																																										
						<i>Promoción de un cambio de conducta</i>						1308 Adaptación a la discapacidad física. <i>Acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física</i> INDICADORES: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">Marcar con una X</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1º</th> <th>2º</th> <th>3º</th> <th>4º</th> <th>5º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-Nunca demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-Raramente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- A veces demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- Frecuentemente demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-Siempre demostrado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 130820 Refiere aumento del bienestar psicológico		Marcar con una X						1º	2º	3º	4º	5º	1-Nunca demostrado						2-Raramente demostrado						3- A veces demostrado						4- Frecuentemente demostrado						5-Siempre demostrado					
	Marcar con una X																																																					
	1º	2º	3º	4º	5º																																																	
1-Nunca demostrado																																																						
2-Raramente demostrado																																																						
3- A veces demostrado																																																						
4- Frecuentemente demostrado																																																						
5-Siempre demostrado																																																						

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC											
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º												
DUELO						5290 Facilitar el duelo						1304 Resolución de la aflicción.											
<p><i>Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida</i></p> <p>Tiempo probable de activación: quirúrgico</p>						<p><i>Ayuda en la resolución de una pérdida significativa</i></p>	<p><i>Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente</i></p>																
												INDICADORES:					Marcar con una X						
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º	2-Raramente demostrado					
												3- A veces demostrado						4- Frecuentemente demostrado					
												5-Siempre demostrado											
												130411 Refiere disminución de la preocupación con la pérdida											
												130414 Refiere sueño adecuado											

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES						5246 Asesoramiento nutricional						1004 Estado nutricional.
<i>Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas</i>						<i>Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</i>						<i>Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas</i>
Tiempo probable de activación: quirúrgico												
												1-Desviación grave del rango normal
												2-Desviación sustancial del rango normal
												3-Desviación moderada del rango normal
												4-Desviación leve del rango normal
												5-Sin desviación del rango normal
												100401 Ingestión de nutrientes
												100403 Energía
												100408 Ingesta de líquidos
												100411 Hidratación
SIGUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA												

	1100 Manejo de la nutrición						1015 Función gastrointestinal.
	<i>Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes</i>	<i>Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho</i>					
		INDICADORES:	Marcar con una X				
		1-Gravemente comprometido	1º	2º	3º	4º	5º
		2-Sustancialmente comprometido					
		3-Moderadamente comprometido					
		4-Levemente comprometido					
	5-No comprometido						
	101501 Tolerancia alimentos/alimentación						
	101503 Frecuencia de deposiciones						
	101524 Apetito						

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
DISFUNCIÓN SEXUAL						5248 Asesoramiento sexual						0119 Funcionamiento sexual.
<p><i>Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado</i></p> <p>Tiempo probable de activación: quirúrgico</p>						<p><i>Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual</i></p>						<p><i>Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual</i></p> <p>INDICADORES:</p> <p>1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado</p> <p>11901 Consigue la excitación sexual</p> <p>11904 Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario</p> <p>11907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas</p> <p>11908 Expresa comodidad con la manifestación sexual</p> <p>11909 Expresa autoestima</p> <p>11910 Expresa comodidad con su cuerpo</p> <p>11911 Expresa interés sexual</p> <p>11912 Expresa capacidad para intimar</p> <p>11913 Expresa voluntad sexual</p> <p>11921 Se comunica fácilmente con la pareja</p>
												<p>Marcar con una X</p> <p>1º 2º 3º 4º 5º</p>

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC									
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º										
RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD						0180 Manejo de la energía						0006 Energía psicomotora.									
<p><i>Vulnerable a experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud</i></p> <p>Tiempo probable de activación: quirúrgico</p>						<p><i>Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones</i></p>						<p><i>Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal</i></p>									
												INDICADORES:					Marcar con una X				
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Raramente demostrado									
												3- A veces demostrado									
												4- Frecuentemente demostrado									
												5-Siempre demostrado									
												0608 Muestra un nivel de energía estable									
												0609 Muestra capacidad para realizar las tareas diarias									
												5612 Enseñanza: ejercicio prescrito						1804 Conocimiento: conservación de la energía.			
<p><i>Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito</i></p>						<p><i>Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito</i></p>						<p><i>Grado de conocimiento transmitido sobre las técnicas de conservación de la energía</i></p>									
												INDICADORES:					Marcar con una X				
												1-Ningún Conocimiento	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Conocimiento escaso									
												3-Conocimiento moderado									
												4-Conocimiento sustancial									
5-Conocimiento extenso																					
180403 Actividades apropiadas																					
180407 Estrategias para equilibrar la actividad y reposo																					

	0480 Cuidados de la ostomía							1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía.				
	<i>Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante</i>							<i>Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación</i>				
	INDICADORES:							Marcar con una X				
	1-Ningún Conocimiento							1º	2º	3º	4º	5º
	2-Conocimiento escaso											
	3-Conocimiento moderado											
	4-Conocimiento sustancial											
	5-Conocimiento extenso											
	182901 Funcionamiento de la ostomía											
	182903 Cuidados de la piel alrededor de la ostomía											
	182904 Técnica de irrigación (Cuando este indicado)											
	182905 Cómo medir un estoma											
	182907 Complicaciones relacionadas con el estoma											
	182908 Pautas para cambiar la bolsa de la ostomía											
	182909 Materiales necesarios para cambiar la ostomía											
182911 Modificaciones en la dieta												
182912 Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos												
182913 Mecanismos de control del color												
182914 Modificaciones en las actividades diarias												
182915 Procedimientos para cambiar la bolsa												

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA						3590 Vigilancia de la piel						1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
<i>Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud</i>						<i>Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas</i>						<i>Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas</i>
Tiempo probable de activación: quirúrgico												INDICADORES:
												1-Gravemente comprometido
												2-Sustancialmente comprometido
												3-Moderadamente comprometido
												4-Levemente comprometido
												5-No comprometido
												110102 Sensibilidad
												1101008 Textura
												110113 Integridad de la piel
												110115 Lesiones cutáneas
												110121 Eritema

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA						4470 Ayuda en la modificación de sí mismo						1205 Autoestima.
<i>Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud</i>						<i>Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes</i>						<i>Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo</i>
Tiempo probable de activación: alta o continuidad de cuidados						5330 Control del estado de ánimo						INDICADORES: 1-Nunca positivo 2-Raramente positivo 3-A veces positivo 4-Frecuentemente positivo 5-Siempre positivo
						<i>Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico</i>						Marcar con una X 1º 2º 3º 4º 5º
						5400 Potenciación de la autoestima						120501 Verbalizaciones de autoaceptación
						<i>Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía</i>						120502 Aceptación de las propias limitaciones

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC									
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º										
INCONTINENCIA FECAL						0480 Cuidados de la ostomía						1615 Autocuidado de la ostomía.									
<p><i>Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracteriza por la eliminación involuntaria de heces</i></p> <p>Tiempo probable de activación: alta o continuidad de cuidados</p>						<p><i>Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante</i></p>					<p><i>Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación</i></p>										
											INDICADORES:		Marcar con una X								
											1-Ningún Conocimiento	1º	2º	3º	4º	5º					
											2-Conocimiento escaso										
											3-Conocimiento moderado										
											161519 Expresa aceptación de la ostomía										
											161523 Obtiene ayuda de un profesional sanitario										

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC									
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º										
INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES						7150 Terapia familiar						2602 Funcionamiento de la familia.									
<p><i>Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar</i></p> <p>Tiempo probable de activación: alta o continuidad de cuidados</p>						<p><i>Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo</i></p>						<p><i>Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo</i></p>									
												INDICADORES:					Marcar con una X				
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Raramente demostrado									
												3- A veces demostrado									
												4- Frecuentemente demostrado									
												5-Siempre demostrado									
												260210 Obtiene los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de sus miembros									
												260213 Implica a los miembros en la resolución de problemas									
																		7140 Apoyo a la familia			
						<p><i>Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares</i></p>						<p><i>Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia</i></p>									
												INDICADORES:					Marcar con una X				
												1-Nunca demostrado	1º	2º	3º	4º	5º				
												2-Raramente demostrado									
												3- A veces demostrado									
												4- Frecuentemente demostrado									
												5-Siempre demostrado									
												260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros									
												260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible									

DX	Marcar con una X					NIC	Marcar con una X					NOC
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º	
DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL						5100 Potenciación de la socialización						1503 Implicación social.
<i>Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social</i>						<i>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás</i>						<i>Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones</i>
Tiempo probable de activación: alta o continuidad de cuidados												INDICADORES:
												Marcar con una X
												1-Nunca demostrado
												2-Raramente demostrado
												3- A veces demostrado
												4- Frecuentemente demostrado
												5-Siempre demostrado
												150303 Interacción con miembros de la familia
												150311 Participación en actividades de ocio
						7100 Estimulación de la integridad familiar						2603 Integridad de la familia.
						<i>Favorecer la cohesión y unidad familiar</i>						<i>Capacidad de los miembros de la familia para mantener la cohesión y los vínculos emocionales</i>
												INDICADORES:
												Marcar con una X
												1-Nunca demostrado
												2-Raramente demostrado
												3- A veces demostrado
												4- Frecuentemente demostrado
												5-Siempre demostrado
												260304 Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias
												260306 Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses, preocupaciones

