

EFFECTOS PSICOSOCIALES DE LA OSTOMIA

J. Rodríguez Marín *

M. A. Pastor Mira

S. López Roig

J. García Hurtado

S. Sánchez Pérez

Departamento de Psicología de la Salud

Departamento de Enfermería

Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

RESUMEN

En primer lugar, este trabajo revisa la literatura sobre las consecuencias psicosociales de las ostomías, centrándose en las colectomías, y sobre los mecanismos y estrategias del ajuste psicosocial por parte de los pacientes ostomizados. Se discuten cuatro aspectos de importancia a ese respecto: primero la consideración de este tipo de pacientes como crónicos; segundo, su consideración como quirúrgicos; tercero, el hecho de que la mayoría de ellos padecen cáncer colorrectal; y cuarto, el hecho de que la práctica de la colectomía produce en la postcirugía un cambio de la imagen corporal súbito e inmediato.

En segundo lugar, estudia el ajuste psicosocial de su muestra de pacientes ostomizados a través del análisis de la presencia o ausencia de problemas en seis áreas concretas: problemas técnicos, de ajuste emocional, social, familiar, ocupacional, y finalmente, de la información sobre la intervención quirúrgica y aspectos postoperatorios. Además analiza las estrategias de afrontamiento utili-

(*) Para la realización de este trabajo el primer autor recibió una ayuda de la Conselleria de Cultura, Educación y ciencia de la Generalitat Valenciana para su estancia en el Departamento de Psicología de la Universidad de Exeter (Inglaterra) durante el primer trimestre del curso 1986-87.

zadas por estos pacientes, su percepción del apoyo social, y los efectos de estas variables en los distintos problemas planteados por la ostomía.

ABSTRACT

Firstly, this paper reviews the relevant literature on those psychosocial consequences of the ostomy (mainly colectomies), and on the psychosocial adjustment to it. Four relevant aspects for studying the psychosocial consequences of the colectomy are discussed: this kind of patients are considered as chronic patients; they are surgical patients; the most of them are cancer patients; and an important change in their body image is experienced by them in post-ostomy surgery. Secondly, this work is conducted in order to determine psychosocial adjustment of a sample of ostomy (colostomy and ileostomy) patients and their different strategies for coping with colectomy and their perceived social support concerning it, and the effects of those variables on psychosocial adjustment problems after colectomy.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe considerable interés en el estudio de los efectos que la enfermedad física tiene sobre el individuo; sin embargo, han sido pocos los trabajos que, desde una perspectiva psicosocial, investigan las consecuencias que la práctica de una colectomía (colostomía o ileostomía) tiene sobre la vida de una persona.

En ocasiones, el único tratamiento posible del carcinoma de colon o recto, de la colitis ulcerosa, de la enfermedad de Crohn o de algunos otros trastornos serios del intestino grueso, es la práctica de una colectomía (colostomía o ileostomía) permanente o, en el mejor de los casos, temporal. Una colectomía es un procedimiento quirúrgico del que resulta una abertura artificial en la pared abdominal (es decir, un estoma, un ano artificial) a través del cual se producirá la excreción de los residuos digestivos. El término colectomía abarca, de hecho, dos tipos: la colostomía y la ileostomía. Una colostomía es una colectomía fecal que se practica, por lo general, en los casos de cáncer de colon o de recto. Una ileostomía es una colectomía fecal que se practica frecuentemente en el caso de las colitis ulcerosas, o enfermedad de Crohn. El lugar de la pared abdominal en el que se practica el ano artificial varía, como es obvio, según se trate de ileostomía o de colostomía. El paciente colectomizado pierde el control de la defecación, y debe utilizar procedimientos alternativos: en Inglaterra el procedimiento más corriente hasta hoy es la irrigación, y en la Europa continental y en los EE.UU los pacientes usan una bolsa colectora que se pega alrededor de la boca abdominal y que puede ser vaciada, o cambiada, según los casos.

Naturalmente, como forma de tratamiento de las enfermedades mencionadas, la colectomía es un procedimiento razonablemente satisfactorio desde el punto de vista quirúrgico, pero hay que tener en cuenta que, aparte de los problemas o complicaciones técnicas que se pueden presentar (retracción, prolapso, estenosis, obstrucción, etc), la persona colectomizada se va a enfrentar con un trauma psicológico especial, con el aprendizaje de nuevas conductas de autocuidado, con reacciones familiares y sociales muy imprevisibles, y con complicaciones en sus relaciones íntimas. Todo ello ha de ser tomado en cuenta a la hora de valorar los riesgos de la intervención, como fuentes de estrés que plantearán serias exigencias de ajuste al paciente colectomizado (Pryse-Phillips, 1971; Follick, Smith y Turk, 1984).

A la vista de lo dicho, en nuestra opinión, hay cuatro aspectos de especial relevancia en el estudio de las consecuencias psicosociales del paciente colectomizado: Primero, muchos casos, y casi la totalidad de pacientes con colitis

ulcerosa, son pacientes que han venido experimentando molestias muy serias durante mucho tiempo, y que finalmente se enfrentan al tratamiento quirúrgico, como salida última, y a veces, inevitable si se quiere salvar la vida del paciente, al menos a corto plazo. Es importante señalar, además, que después del tratamiento, no se sigue, como en otros casos, un regreso a una situación de "persona sana", sino el ingreso en una situación muy diferente (en muchas ocasiones simplemente transitoria hacia un final próximo) que es similar, si no idéntica, a la del enfermo crónico. Segundo, son pacientes sometidos a una intervención quirúrgica que puede calificarse de "mayor" o "importante". Tercero, una gran proporción de pacientes colectomizados, sobre todo de colostomizados, han sido intervenidos porque padecían cáncer. Cuarto, este tipo de intervención quirúrgica implica una fuerte agresión a la imagen corporal.

Los cuatro aspectos tienen un peso específico en el efecto estresante que la colectomía produce en los enfermos que son sometidos a ella (Rodríguez, 1986). Los comentaremos someramente, en cuanto desencadenantes de las consecuencias psicosociales negativas, a las que se dedica este trabajo.

En primer lugar, el enfermo colectomizado puede ser considerado como un enfermo crónico. Las características que se señalan habitualmente para la enfermedad crónica (Burish Y Bradley, 1977) pueden encontrarse con relativa claridad en el caso de los colectomizados. Tanto el cáncer como la colitis ulcerosa, que son las causas más frecuentes de la práctica de la colectomía, han sido y son consideradas como enfermedades crónicas. Pero, además, tanto el hecho de que la colectomía coloca al enfermo en una situación de "anormalidad" permanente, como el de que los resultados de la intervención sean resolver un problema, para producir en el sujeto otros muchos, algunos irresolubles, son características que permiten igualmente, definir a este tipo de sujeto como "enfermo crónico". Otra cosa es que tal definición sea necesaria. Ciertamente, no lo es, como intentaremos explicar en la parte final de este trabajo.

En segundo lugar, se trata de pacientes sometidos a una intervención de cirugía "mayor". El análisis de las intervenciones quirúrgicas como acontecimientos estresantes está bien documentado en la literatura psicológica desde hace bastante tiempo (Janis, 1958; Gruendeman, 1965; Ramsay, 1972; Auerbach, 1973; Renshaw, 1974). Naturalmente, hay razones para la ansiedad y el temor. El paciente piensa que le aguarda un peligro, y el acontecimiento mismo de la intervención tiene características que lo cualifican como fuente de estrés: el desamparo o indefensión en el que se encuentra el paciente quirúrgico es casi absoluto, así como su dependencia. Sin embargo, la ansiedad puede pasar inadvertida al personal médico: primero, porque el propio paciente lo negará si se le pregunta directamente; y segundo, porque el hábito del personal hospitalario ha convertido en rutina lo que son acontecimientos únicos, quizás decisivos, en la vida de un paciente. La rutina amortigua, o in-

cluso anula, la capacidad del personal del hospital en general, y del personal del quirófano en particular, para "leer" los aspectos amenazantes de su actitud diaria. Evidentemente, el efecto estresante de la cirugía se produce más durante el período preoperatorio, pero están bastante documentadas las consecuencias que la ansiedad preoperatoria tiene sobre el postoperatorio.

En tercer lugar, como se ha apuntado antes, una gran proporción de pacientes colectomizados tiene cáncer. La investigación angloamericana ha dedicado un esfuerzo considerable al análisis de las respuestas psicológicas al diagnóstico de cáncer (Weisman Y Worden, 1977; Penman, 1979; Cohen, 1982; Morris, Buckley Y Blake, 1986).

Sin duda cuando una persona conoce su diagnóstico de cáncer experimenta una enorme cantidad de estrés-físico, psicológico y social. La naturaleza y grado de tal estrés ha sido descrito por Marie Cohen (1982) como una "morbilidad psicosocial". Esta morbilidad psicosocial es definida como un complejo compuesto de elementos sociales, interpersonales e intrapersonales.

Por lo que se refiere a la adaptación, y posible superación del estrés, la investigación actual ha puesto cada vez más claro que la adaptación con éxito debe ser considerada en términos de tres componentes al nivel individual: uno, la persona tiene que poseer las capacidades y destrezas, es decir, habilidades de afrontamiento, para habérselas con las exigencias a las que se verá expuesta; dos, los individuos deben estar motivados para hacer frente a las exigencias que aparecerán en el entorno; tres, las personas han de tener la capacidad y habilidades suficientes para mantener un estado de equilibrio psicológico de manera que puedan dirigir su energía para afrontar las necesidades externas e internas. Naturalmente, la capacidad de afrontamiento de cada cual depende de la eficacia de las soluciones que nos ha proporcionado la cultura, y de la adecuación de la preparación personal, así como de toda una serie de elementos que caben dentro de lo que se puede denominar el "modelo transaccional del estrés" (Rodríguez, 1986).

El cáncer puede considerarse como una fuente de estrés psicofísico y ambiental (Cohen, 1982). Es un conjunto complejo de condiciones cambiantes que tienen una historia y un futuro. Por ello, la persona debe responder a tales condiciones a través del tiempo y debe adaptarse al carácter cambiante de los estímulos. El manejo del estrés, en este caso, no es un repertorio estático de destrezas, sino un proceso activo a lo largo del tiempo en relación con las exigencias que son cambiantes. Para complicarlo más, muchas de esas exigencias son ambiguas e intangibles, son creadas por el clima social que existe en cada época. De hecho, como apunta Cohen (1982), la "realidad" del cáncer es bastante diferente de la "realidad" de una persona con enfisema crónico o una enfermedad coronaria. El cáncer sigue hoy considerándose como un sínó-

nimo de muerte, a despecho de los impresionantes avances médicos y quirúrgicos en su tratamiento. El miedo producido por el conocimiento del diagnóstico o su sospecha, puede aumentar la suma total de morbilidad psicosocial experimentada por una persona.

La extensión y la naturaleza de la morbilidad psicosocial producida por el cáncer están influenciadas también por la falta de conocimiento científico acerca de la etiología. La enfermedad puede ser interpretada más como un acontecimiento psicológico que físico. Así, el padecimiento del cáncer produce un alto nivel de morbilidad psicosocial, interpersonal e intrapersonal, cuando la persona no puede afrontar y manejar el distrés producido por el diagnóstico.

Además, hay dos resultados interesantes que aparecen en gran parte de la investigación actual sobre como las personas responden a acontecimientos traumáticos, y que pueden ser relevantes para el tema del ajuste psicosocial post-colectomía: la primera es que la medida de los rasgos de la personalidad predice muy pobremente la respuesta a tales acontecimientos (Cohen, 1980); la segunda es que no se ha podido demostrar la existencia de "estadios" en el afrontamiento (por ej., paso de la "negación", al "espíritu de lucha" y, finalmente, a una "aceptación estóica") en la respuesta emocional a los acontecimientos traumáticos (Silver y Wortman, 1980). En cualquier caso, las teorías sobre el afrontamiento, desarrolladas al final de la década de los 70 (Pearlin y Schooler, 1978; Lazarus y Launier, 1978; Folkman y Lazarus, 1980) sugerían que los componentes más importantes en el moldeado de la respuesta de afrontamiento eran: el tipo de situación (modificable o no mediante esfuerzos individuales), el significado de la situación para el individuo, y, ciertos aspectos psicológicos del individuo.

Este tipo de resultados ha influido mucho en el trabajo que posteriormente se ha realizado, sobre las respuestas a todo tipo de enfermedades crónicas de cierta gravedad, sobre todo el cáncer. El caso del cáncer es, quizás, paradigmático dado que los componentes del moldeado de la respuesta, a los que nos hemos referido antes, vienen muy condicionados por la idea social del cáncer, y ello determina la definición de la situación que hace el individuo. En España, hoy, la misma palabra cáncer es tabú, y, en consecuencia, el paciente puede sospechar que tiene "algo malo", pero pocas veces recibe la información adecuada (o, ni siquiera, la inadecuada) sobre su enfermedad. Por eso, sería, quizás, más adecuado hablar aquí de las consecuencias psicológicas de la "sospecha" de padecer cáncer. Una interesante investigación que está por hacer todavía. En cualquier caso, basta con que el paciente perciba que padece una enfermedad grave y su amputación como mutilante e incapacitante para que las consecuencias negativas se produzcan.

Como señalamos, en cuarto lugar, el resultado de la intervención quirúrgica conlleva una agresión a (y una deformación permanente de) la imagen corporal. Lo cual plantea de inmediato la cuestión, ampliamente investigada en la Psicología, del significado e importancia de las diferentes partes del cuerpo y, por tanto, de su papel en la imagen que cada uno tiene de sí mismo.

Ciertamente, hay una estrecha relación entre la imagen corporal y nuestra auto-imagen. Freud afirmaba, por ejemplo, que "el ego es primero y sobre todo un ego corporal" (Freud, 1927), y su cita indica la importancia que otorgaba a la primacía de la experiencia corporal en el desarrollo de la auto-imagen, y a la imagen corporal como uno de sus principales componentes. Esta idea, claro está, no es exclusiva del pensamiento psicoanalítico, sino que es compartida por toda la psicología contemporánea.

La imagen corporal normalmente es un conjunto integrado de constructos mentales que representan el cuerpo de uno a cada uno mismo. Las funciones sensoriales constituyen la contribución principal y más obvia a la construcción de la imagen corporal, pero no son la única. Los aspectos emocionales y valorativos parece que son inseparables. A su vez, el componente valorativo-emocional está, como parece claro, influido por muchos factores, sobre todo de carácter socio-cultural. La construcción de la imagen corporal, en el proceso de socialización, tiene lugar, como éste mismo, en un contexto social. Las actitudes del niño hacia su cuerpo están poderosamente moldeadas por las personas importantes en su entorno: la madre, sobre todo y primero, el padre, la familia, y sus compañeros en la escuela, después. Con estos últimos, en particular, lleva a cabo una activa tarea de comparación y hallazgo de semejanzas y diferencias.

Una cuestión particularmente relevante es que una vez constituida, la imagen corporal toma una consistencia fuerte, y se resiste a los cambios tanto como pueda hacerlo cualquier otra actitud sobre uno mismo. Por ello quizás, la enfermedad crónica se ha visto asociada con perturbaciones registrables en la imagen corporal.

Pero, además, nuestra imagen corporal se amplía con complementos tales como gafas, ropas, o, incluso, el propio automóvil, que incorporamos al sentido psicológico de nuestro yo físico. Por ello, el paciente sometido a hemodialis, por ejemplo, puede llegar a considerar a la máquina como una extensión de su cuerpo, y el paciente ostomizado, por su parte, puede incorporar la bolsa a su propia imagen (positiva o negativamente).

Si, como queda dicho, la imagen corporal constituye uno de los componentes fundamentales de la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, por otro lado, el auto-concepto es, quizás, uno de los factores individuales más importantes que determinan nuestra conducta (Combs, Avila y Durkey, 1975).

Hay, pues, una relación estrecha entre la imagen corporal y el concepto del yo que cada uno tiene. Las valoraciones negativas de nuestro cuerpo se asocian no sólo con una baja autoestima y con sentimientos de inseguridad, sino también con ansiedad durante el dolor, la enfermedad y el daño corporal.

Por otro lado, una identidad ocupacional es un elemento clave para el concepto del yo en los hombres, y, posiblemente, cada vez más en las mujeres, que, sin embargo, hasta el momento, se ven definidas a sí mismas más en términos de relaciones familiares como esposa, madre, hija, etc. (Fisher, 1975).

Y, sin embargo, más importantes que las formas en que uno se describe a sí mismo son los valores que adjudicamos a cada una de las cualidades. Es importante darse cuenta de que estas evaluaciones globales están hechas, a menudo, de numerosas sub-evaluaciones. Una mujer que se considere atractiva seguramente reconocerá varios puntos de su anatomía, o de su carácter, como puntos fuertes, y de forma semejante evaluará sus puntos débiles, intentando de algún modo compensarlos o alterarlos para su ventaja. Pero todos estos valores, positivos o negativos, están socialmente construídos, incluso los valores de la imagen corporal (díganlo si no la enorme cantidad de personas que renuncian a muchos placeres sencillos o complicados y se entregan a penosos ejercicios para alcanzar o mantener la "figura física" que les impone la moda social.

Esa construcción social se expresará básicamente en el modo como cada sistema social define sus roles, y es en la representación de nuestros diversos papeles sociales, donde adquiere su valor la estructura y funcionamiento de la máquina física. El impacto de una enfermedad que confine a un ama de casa a una silla de ruedas será muy diferente si la definición que hace de sí misma depende de su trabajo en las tareas de casa, o depende de su énfasis en la atención a las necesidades emocionales de la familia, como la parte más importante de su papel social. No hay que olvidar, insistimos, que el contenido del papel social y su modo de ejecución vienen determinados en amplia medida por el propio sistema social. Podemos representar nuestros papeles con un estilo personal (que también se aprende en gran parte), pero sin dejar de sujetarnos a un guión que ha quedado escrito en el desarrollo sociohistórico del grupo social (de la "tribu"). Lo que en un grupo social es una mutilación puede resultar una señal de distinción en otro (Devlin, 1986). Por ello mismo, la valoración que hacemos de nosotros mismos depende en alto grado de la valoración que hacen de nosotros los demás. Sin duda, hay una interacción evaluativa, pero la construcción que hacemos inicialmente de otra persona, desconocida hasta ese momento para nosotros, viene condicionada por su imagen física, por la poca o mucha información que tengamos al respecto y por la presentación ("representaciones") que hace de sí misma.

Dicho lo cual, sin duda resultará fácil inferir la especial relevancia que tienen los cambios corporales referidos al área abdominal y al aparato excretor.

El abdomen parece un área especialmente vulnerable. La información que el común de las personas suele tener sobre su contenido viene dada por una variedad de incomodidades que puede producir. La persona media tiene muy poco conocimiento de su anatomía interna, y sólo hay una especie de conocimiento difuso de cómo se produce el proceso digestivo. Los significados simbólicos de esta región se relacionan con su fisiología precisamente, con temas que tocan la introducción, el rechazo, la retención, la excreción y la sexualidad. Por lo que se refiere a las repercusiones psicológicas de su manejo quirúrgico quizás es interesante señalar dos cosas: Primero, en los encuentros sociales, y sobre todo sexuales, uno presenta ordinariamente su superficie corporal frontal, y es clara la relevancia que tiene el sentirse cómodo con la presentación que hacemos de nosotros mismos. Cuestión importante que se plantea precisamente en los ostomizados. Segundo, la construcción de su boca artificial en la pared abdominal que asume las funciones de excreción y las pone "ante la vista", constituye un cambio dramático que implica una reorganización del conjunto de la imagen corporal. Pero dado que ello implica el rompimiento de las normas sociales referidas a las funciones excretoras y el manejo de sus productos, el paciente se ve automáticamente relegado a la asunción de unas conductas "desviadas" o "desviantes". Y naturalmente asumir esos cambios y tejerlos en una nueva imagen corporal, estructurando el auto-concepto supone un esfuerzo y genera estrés.

En nuestra opinión son, precisamente, los aspectos quirúrgicos y de agresión a la imagen corporal y al concepto de yo, los que mayor importancia tienen en el caso de las colectomias, ya que el hecho de que una alta proporción de pacientes ostomizados padezcan cáncer no parece jugar un papel muy importante en el caso de los pacientes españoles, dado que habitualmente no se les informa de ello. A menos que supongamos una relación entre el padecimiento del cáncer (no el conocimiento que el paciente tenga de lo que padece) y determinadas dimensiones psicológicas o perturbaciones cognitivas, emocionales o comportamentales (como dice la teoría psicosomática de la etiología del cáncer). Pero éste es un supuesto que ha recibido muy poca confirmación empírica. De manera que lo que los pacientes no saben, difícilmente le influirá psicosocialmente.

Lo que sí sabe con claridad es el resultado (al menos el más manifiesto) de la intervención quirúrgica a que ha sido sometido. Ese resultado es el que produce una elevación en su nivel de estrés.

Considerada en este contexto, la cirugía de ostomías se torna un modelo para una aproximación interdisciplinaria a los problemas médicos. Cuando la

colitis ulcerosa, o el cáncer colorrectal, llega a un punto en que se hace precisa la cirugía, podemos considerarlo como una situación ideal en la que todas las fuerzas médicas, psicológicas y sociales, son alertadas en beneficio del paciente: familia, cirujanos, internistas, generalistas, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, ostomoterapeutas, fisioterapeutas, y voluntarios de las asociaciones de ostomizados. Todos pueden jugar, y juegan de hecho, un papel en el bienestar físico y psicológico del paciente (Dlin y Fisher, 1976).

La existencia de problemas derivados de la colectomía resulta, pues, teóricamente muy plausible. Por lo que se refiere a la evidencia empírica, y como ha señalado Sheila Payne (1986), de la revisión de la literatura al respecto se pueden extraer varios temas:

En primer lugar, el de la incontinencia, que va asociada con sentimientos psicológicos de desgracia, humillación y denigración (Sutherland et al., 1952). Ya mencioné antes las especiales resonancias socio-culturales que tiene el acto de control de la función excretora. Si se produce la incontinencia, las personas sienten vergüenza y pérdida de control. El impacto de una falta de esfínter de control está bien documentado. En casos en los que se utilizaba la irrigación como método de control, Sutherland y sus cols. (1952) encontraron pacientes que habían desarrollado rituales obsesivos, tales como la irrigación excesiva. Orbach, bard y Sutherland (1957) informaron que en una muestra de personas con colostomías (n=48), el 25% empleaba dos horas o más al día en la irrigación. Estos autores sugieren, sin embargo, que el manejo compulsivo de la colostomía podría haber ayudado a aliviar la ansiedad. En un trabajo de Devlin, Plant y Griffin (1971), de 83 pacientes con colostomía, que utilizaban un método de "evacuación natural", el 58% se sometía a una dieta restringida, en comparación con el 26% del grupo control que había sufrido cirugía restauradora del cáncer de colon.

Los problemas de escape de heces están siempre presentes, aunque de forma variable según los trabajos. Así se encontró que, en unos casos, "ocasionalmente" le ocurría al 75% de los pacientes al menos 4 años después de la cirugía (Druss, O'Connor y Stern, 1969), mientras que en otros casos, el porcentaje se reducía al 14, para un período postquirúrgico similar. Este tipo de problemas también aparece en los resultados del trabajo realizado por Baslev (1973), siguiendo las reacciones del 110 pacientes durante una media de 14.5 años.

El segundo gran apartado que, por supuesto, no cabe separar del primero, es el que se refiere a los efectos psicológicamente distresantes que la ostomía (colostomía o ileostomía) tiene. La mayor parte de los estudios se han centrado en este tipo de efectos. Los hemos resumido en el Cuadro 1. En general, los diversos trabajos mencionan sobre todo ansiedad y depresión pre y post

CUADRO 1.- Estudios referidos a la respuesta psicosocial a la colectomía entre 1952 y 1984.

Grupo pacientes Colitis vs Grupo pacientes Cáncer.	Trastornos Emocionales		Ansiedad		Depresión		Trastornos Psiquiátr.		Problem. Sexuales	
	GCo	vs	GCo	vs	GCo	vs	GCo	vs	GCo	vs
			GCa		GCa		GCa		GCa	
SUTHERLAND et al. 1952	s/d		s/d						s/d	s/d
DRUSS et al. 1968	41%					66%			10%	
DRUSS et al. 1969									h=41%	m=28%
PRYSE-PHILIP, 1971	55%									
DEVIL et al, 1971							23% severos	80%	59% medios	
KUCHENOFF et al., 1981						s/d*				
EARDLEY et al., 1976						55%				
THOMAS et al., 1984					h=23%	h=15%			h=21%	
					m=23%	m=21%			m=13%	

s/d= sin datos

* KUCHENOFF et al. no proporcionan al respecto datos numéricos. Sólo señalan que los sujetos con inflamación intestinal sufrían de una depresión más profunda y prolongada que los sujetos con cáncer en intestinos.

operatoria. La perspectiva psicodinámica ha ofrecido explicaciones sugerentes sobre la aparición de tales efectos emocionales. Como es sabido, para Freud, el período anal es un estadio del desarrollo del niño que se extiende aproximadamente desde el octavo mes al cuarto año. Desde su enfoque teórico, durante este período, a lo largo del cual se produce el entrenamiento en el control de los esfínteres, se forman las características básicas de la personalidad, y pueden llegar a constituirse en el niño características tales como testarudez, ambivalencia, obediencia y sadismo. Algunas de las actitudes de la etapa anal pueden verse cuando aparecen trastornos intestinales.

Por otro lado, y siempre desde esa perspectiva teórica, el ano es una zona erótica diseñado para expulsar residuos al exterior, pero que también puede recibir objetos externos. El grado de placer-dolor que produce el manejo del esfínter anal varía con las personas. Los propios desechos pueden adquirir un significado especial, y en algunas personas se produce una identificación con ellos, usualmente masoquista o autodestructiva.

Al margen de las consideraciones psicoanalíticas sobre el caso, e independientemente de la asunción o no de la teoría básica, e incluso de la teoría del desarrollo de la personalidad a través de estos o aquellos estadios, hay que reconocer que todos los aspectos relacionados con la función excretora son típicamente "vergonzantes", y que el proceso de socialización es en eso tan constrictivo como en el caso del sexo; quizás, por ello, y por su comunidad de instrumentos, ambas cosas vayan tan estrechamente asociadas.

No hay que olvidar que, en una cultura y en una época como la nuestra, el retrete es quizás el último lugar en el que un humano puede hoy encontrar un reducto absolutamente privado. Es más privado aún que el propio dormitorio. En muchas ocasiones, su puerta es la única de la casa que tiene pestillo, o llave. Además, es una habitación en la que se llevan a cabo otras actividades, no sólo la de excretar: se fuma, se lee, se medita,... Con la creación de un estoma las costumbres higiénicas del paciente se ven radicalmente cambiadas. La persona se convierte en testigo de su propia defecación. Su disfrute en el excusado se ve sustituido por actividades como vaciar la bolsa, limpiar el abdomen, irrigar su intestino, etc. Todo ello, no hace falta subrayarlo excesivamente, hace absolutamente necesaria una adecuada preparación del paciente que le permita afrontar con cierta garantía de éxito sus emociones y las dificultades de interacción social, con las que, sin duda, se encontrará.

El tercer área de interés dentro del campo de la psicología de los ostomizados es el de los problemas en la relación sexual. La cirugía rectal implica la disección de los nervios relacionados con los genitales, por lo que existe un alto riesgo de que se produzca un daño orgánico que produzca a su vez, la impotencia en los hombres y una pérdida de las sensaciones genitales en las

mujeres. Pero, desde luego, no toda la disfunción sexual que ha sido registrada en la literatura sobre el tema puede ser atribuida sólo a factores fisiológicos. La mayor parte de las investigaciones señalan que la colostomía se asocia con la incidencia de problemas en la relación sexual, sobre todo en los hombres. Thomas y sus cols. (1984; 1986), por ejemplo, indican que en la población que estudiaron (n=87) un 71% de los hombres y un 65% de las mujeres mantenían relaciones sexuales antes de ser ostomizados, y de ellos experimentaron problemas sexuales serios el 21% de los hombres (n=21) y el 13% de las mujeres (n=4). Williams y Johnston (1983), por su parte, en un estudio controlado encontraron problemas de relación sexual en un 67% de los hombres (frente a sólo el 30% de los controles). Otros estudios señalan proporciones algo más importantes de disfunción sexual para las mujeres.

Así, en el trabajo de Wirsching, Druner y Hermann (1975) alcanza a un 28% de ellas (aunque en este caso también se daba en un 24% de los controles).

El cuarto apartado puede agrupar los problemas sociofamiliares. Prácticamente todos los trabajos sobre el área proporcionan evidencia a favor de una reducción importante de las actividades sociales en los ostomizados. En el trabajo de Williams y Johnston (1983), por ejemplo, encontramos que, después de un año, el 50% de los ostomizados había renunciado a una o más actividades de diversión (frente a un 18% de los controles). Bastantes años antes, Druss y cols. (1969) habían señalado que un 72% de los colostomizados de su muestra presentaban deterioros importantes en las relaciones sociales. Otros trabajos informan que ese deterioro pueden llevar al caso extremo de la reclusión absoluta dentro de la casa (Devlin et al., 1971).

Por último, la revisión de la literatura presenta un área más de interés: la del empleo. La idea general es que una ostomía debe suponer un problema serio para la reinserción en el marco laboral. El trabajo de Thomas y cols. (1984), ya mencionado, señala que sólo el 58% de los hombres había vuelto al trabajo a los tres meses, y que el 50% de las mujeres experimentaba serias dificultades con las tareas del hogar. En el trabajo, muy temprano, de Dyk y Sutherland (1956), el problema aparecía de una forma indirecta, al informar que la falta de ingresos y de estatus social a causa del desempleo afectaba a la relación marital. En el trabajo de Williams y Johnston (1983), después de un año sólo el 43% de los pacientes ileo/colostomizados había vuelto al trabajo (frente al 83% de los controles).

No es difícil pensar en la ostomía como un acontecimiento de gran poder estresante, si tenemos en cuenta que a los riesgos de toda intervención de cirugía mayor, se suman unos cambios físicos importantes, sin olvidar que la mayoría de estos pacientes son personas con diagnóstico de cáncer. Como ya

hemos visto, un paciente ostomizado accede, por el tipo de intervención a la que se ve sometido, a un estado de "anormalidad permanente" que trae consigo un conjunto de problemas muchas veces irresolubles (Burish y Bradley, 1977; Ray y Fisher, 1982). Indudablemente, la asunción de la deformación de la imagen corporal, las amenazas a la capacidad de autocontrol del sujeto, el frecuente deterioro de las relaciones íntimas, la retirada o disminución de las actividades sociales, o el deterioro de las actividades laborales, traen consigo situaciones nuevas, y la mayoría de las veces, problemáticas que, a nivel terapéutico deben suponer el diseño y establecimiento de programas de intervención que faciliten y/o hagan posible la adaptación y ajuste a la situación planteada.

Follick, Smith y Turk (1984) han establecido igualmente estos cinco grupos de problemas de ajuste psicosocial post-ostomía, que nosotros hemos considerado en nuestro estudio como indicadores de ajuste:

1. Problemas Técnicos: dermatológicos, de irrigación, de manejo y fijación de a bolsa, prolapsos, incontinencia, etc. (Payne, 1986), con el consiguiente sentimiento de pérdida de control y vergüenza.

2. Problemas de Ajuste Emocional: no separados del primero y que se refieren a los efectos psicológicos distresantes de la ostomía (ansiedad y depresión, básicamente). Naturalmente, como se vió antes, las actitudes, o la actitud general, del paciente hacia la cirugía es determinante. Puede percibir la amputación de parte de su intestino, y la construcción de una ileostomía o una colostomía permanentes como algo que le salva la vida, como una ganancia, y reajustar su concepto del yo de una forma más saludable, por decirlo así. Pero también puede vivir el proceso quirúrgico como una mutilación, como una disfiguración, como algo intolerable, y, por tanto, padecer consecuencias psicológicas muy adversas.

3. Problemas de Ajuste Social: generalmente, se produce una disminución de las actividades de relación social (Devlin et al, 1971), debido al temor a las reacciones de otras personas, a la ansiedad ante la idea de posibles olores y ruidos no controlados.

4. Problemas de Ajuste Familiar, Marital y Sexual: con frecuencia la ostomía influye negativamente en este área, por las razones apuntadas arriba, especialmente en las relaciones íntimas.

Los dos últimos tipos de problemas están incluidos dentro de un área más amplia que comprende problemas de relación interpersonal. Aquí en muchas ocasiones son las reacciones de los otros (evitación física, evitación de la comunicación abierta sobre la ostomía y sus consecuencias, etc.) las que provocan reacciones negativas en el ostomizado y bloquean el apoyo que realmente

necesita, teniendo como resultado más probable la tendencia hacia el aislamiento social (Rodríguez y Antón, 1985).

5. Problemas de Ajuste Ocupacional: aunque no parece ser ésta una de las áreas más problemáticas, sí que existe evidencia acerca de su presencia real en la reinserción laboral post-ostomía. (Thomas et al., 1984).

Así pues, la práctica de una colectomía en un enfermo le exigirá un elevado esfuerzo de adaptación, y es aquí donde el estudio tanto de las estrategias de afrontamiento que los pacientes ponen en práctica, como de las redes de apoyo social disponibles, se revela como tema central dentro del problema general del ajuste psicosocial de los ostomizados, sobre todo si tenemos en cuenta que ambos constituyen un conjunto de recursos que median la apreciación del estrés por parte del sujeto.

Dentro del estudio de la enfermedad crónica y de las alteraciones que causa en el individuo, quizá los mecanismos de afrontamiento han constituido uno de los constructos teóricos más utilizados e importantes, considerándose como uno de los medios para combatir los efectos negativos del estrés producido por esas situaciones crónicas (Cohen, 1980; Burish y Bradley, 1983; Beutel, 1985). De hecho, la propia vulnerabilidad del paciente ante el estrés va a depender, en gran medida, de los recursos de afrontamiento de que disponga y de la acción y efectividad de los mismos. En definitiva, la idea de afrontamiento implicaría todos los esfuerzos individuales realizados por el sujeto para alterar o controlar las circunstancias estresantes que rodean a su estado, así como para reducir las emociones negativas que le acompañan (Cohen, 1980).

Finalmente, el papel que tiene el Apoyo Social como reductor de la vulnerabilidad al estrés, o como elemento que aumenta la resistencia al mismo (Billing y Moos, 1982; Cohen y Wills, 1985) también es, hoy día, y a pesar de las controversias que suscita, una cuestión importante de investigación en materia de salud. En general, se puede decir que existe un acuerdo sobre los efectos beneficiosos de esta variable sobre el estrés producido por la enfermedad, aunque no se conozca exactamente cómo se producen dichos efectos, y, por añadidura, las conclusiones de la investigación sobre este tema estén limitadas por ciertas deficiencias metodológicas como la utilización de controles inadecuados, la pobre conceptualización de las medidas, etc. (Jung, 1984). Además, la misma naturaleza multidimensional del concepto del Apoyo Social, añade serias dificultades a la medición y valoración del mismo. Con todo, a la hora de abordar el estudio del Apoyo Social, es necesario considerar varias medidas complementarias como la percepción que el propio sujeto tiene del mismo, la cantidad objetiva de apoyo que recibe, así como su calidad.

Este trabajo tiene cuatro objetivos fundamentales: En primer lugar, preten-

de una aproximación a los problemas que derivan de la ostomía. En segundo lugar, intenta analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente ostomizado, para tratar de discernir cuáles son y cómo se relacionan entre sí. En tercer lugar, estudia la percepción que el sujeto tiene del apoyo social, el tipo de apoyo que recibe, así como de las personas de las que no lo recibe, añadiendo una estimación de la cantidad de apoyo social conseguido. Finalmente, intenta establecer las relaciones entre estas variables junto con una valoración del papel de algunas dimensiones de la personalidad, y de los efectos de todos estos factores sobre el bienestar psicológico del paciente ostomizado.

MÉTODO

Sujetos

La muestra se compone de 32 sujetos, 17 varones y 15 mujeres que han sido sometidos a una colostomía, excepto en tres casos en que les fue practicada una ileostomía. El tiempo transcurrido desde la operación oscila entre 1 y 84 meses con una media de 29.94 ($dt=24.03$), siendo un 48.9% portador de la ostomía un mínimo de dos años. En un 81.3% la patología es de tipo neoplásico. La edad media es de 58.4 años ($dt=13.78$); un 81.25% están casados; la mayoría de los sujetos eran de clase social baja (78.7%), y el resto de clase media. Los sujetos habían sido intervenidos en el Hospital General de Elche y Elda y en el Hospital Provincial de Alicante.

Instrumentos y procedimiento

Los sujetos han sido entrevistados en los respectivos centros sanitarios al acudir a revisiones médicas, o en su propio domicilio. Hemos utilizado una serie de instrumentos diseñados al efecto, compuesta por: un cuestionario de "Datos Personales" sobre variables sociodemográficas, y de historia clínica; un "cuestionario de Problemas" que mide la cantidad de problemas que los pacientes refieren haber presentado a partir de su operación, y que incluye los de tipo técnico, emocional, de relaciones y actividades sociales, familiares y de ajuste laboral (adaptado a partir del de Follick y cols., 1984). Se investiga, también, la cantidad de información recibida antes y después de la intervención y el apoyo social percibido por los sujetos. Además, hemos utilizado un Cuestionario de Afrontamiento (versión experimental de Reig y Rogríguez, 1986) en el que se ha encontrado, en un primer análisis, once factores que

describen distintas estrategias a emplear ante un problema de salud (Reig y García, 1987):

- Focalización en aspectos positivos (F_1)
- Deseos de cambiar la situación problemática (F_2)
- Interiorización del problema / Autoculpabilización (F_3)
- Religiosidad (F_4)
- Búsqueda de apoyo interpersonal (F_5)
- Negación del problema (F_6)
- Observancia médica (F_7)
- Dependencia emocional (F_8)
- Acción directa (F_9)
- Imaginación (F_{10})
- Resignación / Conformismo (F_{11})

El Apoyo Social se ha medido con una escala de tres ítems en la que se valora la percepción que el individuo tiene del mismo con ocasión de su operación y después de ella ("Cantidad de Apoyo Social Percibido"), la persona o personas de las que ha recibido más apoyo (el número de personas nos da la "Estimación de la Cantidad de Apoyo Social"), y, finalmente, el tipo de apoyo recibido. En el primer ítem, el formato de respuesta sigue una escala tipo Likert de cuatro alternativas; en el segundo (personas de las que se había obtenido el apoyo), se mantuvo una alternativa fija (De nadie) y se dió opción a enumerar, por orden de importancia tres de las personas de las que habían obtenido apoyo; finalmente, se ofrecen seis alternativas de respuesta no excluyentes respecto al tipo de apoyo recibido.

Además, hemos aplicado el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI: Eysenck, 1964) que mide Neuroticismo, Extraversión y Sinceridad; y, por último, una Escala de Ansiedad y Depresión: The Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983).

RESULTADOS

Presentamos una serie de análisis de diferencias entre los distintos tipos de problemas de ajuste psicosocial, las estrategias de afrontamiento utilizadas y las variables de apoyo social estudiadas, según el sexo, edad, clase social, esta-

do civil, patología, tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica e información recibida antes y después de la cirugía. Además, hemos realizado análisis de correlación y de regresión entre todas estas variables.

Problemas de Ajuste y Variables Sociodemográficas y de Historia clínica:

Los resultados indican una clara tendencia en el grupo de mujeres a presentar mayor cantidad de problemas de ajuste post-ostomía que los varones, (ver Tabla 1).

TABLA 1.- Diferencias entre sexos en problemas de ajuste psicosocial.

PROBLEMAS	VARONES		MUJERES		t	p
	M	dt	M	dt		
TECNICOS	3.47	2.26	4.26	4.00	- .70	ns
EMOCIONALES	1.35	1.69	1.40	2.06	- .07	ns
SOCIALES	1.12	1.49	2.13	1.99	-1.64	*
FAMILIARES	1.70	1.83	1.20	1.57	- .83	ns
LABORALES	1.88	2.20	1.00	1.41	1.33	ns
TOTALES	9.53	4.82	10.00	8.97	- .19	ns

gl= 30; N varones= 17; N mujeres= 15; * = p ≤ .05;
ns= no significativa

aunque sólo en el caso de los problemas de relaciones sociales aparecen diferencias significativas entre ambos grupos ($t=-1.64$; $p< .05$). Aparecen, además, pautas de relaciones distintas según el sexo: en el grupo de varones, son

los problemas laborales, seguidos de los técnicos los que tienen significativamente mayor peso en la puntuación total, sin que el resto de áreas presente alguna alteración significativa con la misma; por lo contrario, son los problemas técnicos los que ocupan el primer lugar en las mujeres ostomizadas, seguidos de los emocionales, sociales y familiares, sin que los problemas de tipo laboral presenten relaciones significativas con el total.

Las diferencias entre ambos grupos también se extienden a las relaciones entre los problemas mencionados. Además, los hombres que refieren problemas familiares son los de nivel educativo más alto, relación que no aparece en el grupo de mujeres. El análisis de regresión confirma la importancia del nivel educativo en relación a los problemas familiares en este grupo ($R^2 = .31$) (C. Reg = .31; $p < .05$). Así mismo, son los hombres más jóvenes los que refieren más problemas laborales ($r = .68$; $p < .01$), mientras que en el caso de las mujeres, los presentan las de clase social más alta (ver Tabla 2).

TABLA 2.- Relaciones entre las variables sociodemográficas y problemas de ajuste en ambos casos.

	EDAD	N.ED.	CL.SOC.	P.TEC.	P.EMOC.	P.SOC.	P.FAM.	P.LAB.	P.TOT.
EDAD	----			.03	-.21	-.29	-.26	-.68**	-.41
N.ED.		----					.55*		
CL.SOC.			----					-.12	
P.TECNIC.	-.19			-----	.41	-.26	-.05	.27	.62
P.EMOC.	-.33			**	-----	-.29	-.23	.15	.30
P.SOCIAL.	-.39			***	***	-----	.22	.33	.32
P.FAMIL.	-.20	-.10		*	*		-----	.27	.46
P.LABOR.	.03		*	.54	.17	.10	.03	-----	.72**
P.TOTAL.	-.28			***	***	***	**	.30	-----

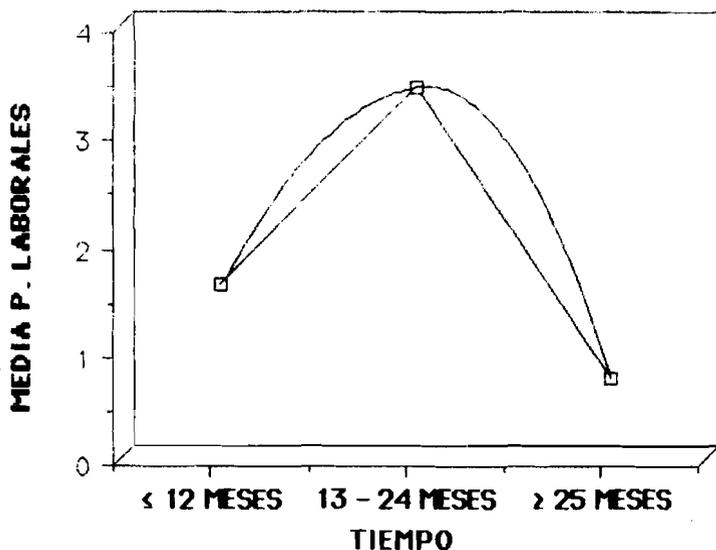
* = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$

Varones: parte superior de la tabla (N=17)

Mujeres: parte inferior de la tabla (N=15)

El tiempo transcurrido desde la intervención, introdujo diferencias significativas en los problemas de tipo laboral, siendo los sujetos intervenidos desde hace más de dos años los que alcanzan la puntuación máxima, y correspondiendo la puntuación máxima para aquellos pacientes ostomizados entre uno y dos años ($F=4.59$; $p<.01$) (ver Gráfica 1).

P. LABORALES SEGUN TIEMPO DESDE OPERACION



Gráfica 1

El diagnóstico introdujo diferencias en el sentido de que el grupo de sujetos diagnosticados de cáncer informó un mayor número de problemas emocionales que aquellos con patología no oncológica ($t=1.85$; $p<.05$).

Por otro lado, aquellos pacientes que recibieron más información antes de la cirugía, son también los que presentan mayor cantidad de problemas de relaciones familiares (ver Tabla 4), aunque las diferencias son significativas sólo entre los grupos extremos ("ninguna información" e "información detallada" ($t=-2.55$; $p<.001$). La situación es distinta en el caso de la información post-cirugía. Aquí, se dan diferencias significativas en la cantidad de problemas técnicos entre los sujetos sin información o con información escasa ($t=1.89$; $p<.05$) además de las existentes entre este último grupo y el de

TABLA 4.- Coeficientes de correlación entre problemas de ajuste y variables psicosociales.

		P.TEC.	P.EMOC.	P.SOC.	P.FAM.	P.LAB	P.TOTAL.
P.TOTAL	F 4					*	
	F 10					-.36	
	INF.PRE				**	.44	
	HAD-A	*	*		.48		*
	EPI-N	.39	.35				.36
VARONES	F 3	*					*
	HAD-D	-.48					.59
	F 1	**					*
MUJERES	F 8	.68					
	F 10				*		
	EPI-S				-.60		
	F 8				-.58		

(a)= En tabla sólo correlaciones significativas=
 G.TOTAL N= 32; VARONES N= 17; MUJERES N= 15
 *= p² .05; **= p² .01; ***= p² .001

aquellos que recibieron información detallada ($t=-2.23$; $p<.01$). Finalmente, tuvieron significativamente más problemas emocionales los sujetos sin ninguna información que aquellos con información detallada ($t=2.17$; $p<.05$) (ver Tabla 3).

TABLA 3.- Diferencias según información post-cirugía en problemas de ajuste psicosocial.

	PROBLEMAS TÉCNICOS					PROBLEMAS EMOCIONALES				
	M	dt	F	p	gl	M	dt	F	P	gl
GRUPOS										
NINGUNA INFORMACION (G1)	6.00	5.48	3.19	*	2	3.00	3.58	3.70	*	2
POCA INFORMACION (G2)	1.67	1.21				.50	.84			
INFORMACION DETALLADA (G3)	3.85	2.28				1.15	.93			
		t	P	gl		t	p	gl		
G1-G2		1.89	*	10		1.67	ns	10		
G1-G3		1.43	ns	24		2.17	*	24		
G2-G3		-2.23	**	24		-1.53	ns	24		

N G1= 6; N G2= 6; N G3= 20 ; * = p<.05, ** = p<.01, *** = p<.001, ns= no significativa

Problemas de Ajuste, Personalidad y Estrés:

Respecto a las variables de Personalidad (Neuroticismo y Extraversión) y Estrés (Ansiedad y Depresión), los resultados indican, por un lado, que las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en ansiedad y neuroticismo ($t=-2.73$, $p<.01$; $t=-2.41$, $p<.01$, respectivamente) y, por otro, que tanto la ansiedad como el neuroticismo se relacionan significativamente con los problemas técnicos ($r=.39$, $p<.05$; $r=.42$, $p<.05$) y con la puntuación total de problemas ($r=.36$, $p<.05$; $r=.34$, $p<.05$) en toda la muestra. La ansiedad, por su parte, mantiene también una conexión con los problemas emocionales ($r=.35$, $p<.05$). De hecho, el análisis de regresión nos confirma el distinto papel que juegan estas variables en el ajuste: La ansiedad explica un

13% de la varianza de la puntuación total de problemas (C.Reg. = .49; $p < .05$) y un 12% de los emocionales (C.Reg. = .12; $p < .05$); y es el neuroticismo el que tiene un papel más relevante en el caso de los problemas técnicos (C.Reg. = .25; $p < .05$; $R^2 = .18$).

En el grupo de varones, la depresión se relaciona con los problemas técnicos y con el total ($r = .68$, $p < .01$; $r = .59$, $p < .05$), dando cuenta de un porcentaje aceptable de varianza explicada en los primeros ($R^2 = .46$; C.Reg. = .62; $p < .01$). En el caso de las mujeres, la Extraversión se relaciona positivamente con la cantidad de problemas Laborales ($r = .54$; $p < .05$) (ver Tabla 4).

Afrontamiento y Variables Sociodemográficas y de Historia Clínica:

En cuanto a los factores de afrontamiento, los varones puntuaron significativamente más alto en "Interiorización del problema" (F_3) y en "Observancia médica" (F_7) ($t = 1.76$, $p < .05$; y $t = 1.90$, $p < .05$, respectivamente), mientras que las mujeres lo hicieron en "Religiosidad" (F_4) ($t = -2.62$; $p < .01$). El grupo de los pacientes ostomizados entre uno y dos años puntuó más alto en el factor "Deseos de cambiar la situación problemática" (F_2) que el grupo de pacientes operados en un período menor a un año (ver Tabla 5).

Respecto al diagnóstico, los pacientes con cáncer obtuvieron significativamente mayor puntuación que aquellos con otros diagnósticos no oncológicos en el factor "Negación del problema" (F_6) ($t = 1.95$; $p < .05$) y una puntuación menor en "Focalización en aspectos positivos" (F_1) y en "Dependencia emocional" (F_8) ($t = -2.17$, $p < .01$; y $t = -2.32$, $p < .01$, respectivamente) (ver Tabla 5).

Afrontamiento y Problemas de Ajuste:

Las diferentes áreas de problemas de ajuste y los factores de afrontamiento, también presentan un patrón distinto de relaciones según el sexo. Así, los problemas laborales se relacionaron positiva y negativamente con el factor "Religiosidad" (F_4) e "Imaginación" (F_{10}) ($r = .36$, $p < .05$; $r = .44$, $p < .01$, respectivamente), manteniéndose la última relación en las mujeres ($r = .68$, $p < .05$). De hecho, el análisis de regresión muestra que únicamente F_4 , junto con la edad, explica una parte de la varianza en problemas de tipo laboral ($R^2 = .33$) y que el F_{10} sólo es predictor de estos problemas en el grupo de mujeres ($R^2 = .46$; C.Reg. = .37; $p < .01$). En las mujeres, además, los problemas familiares se relacionaron negativamente con los factores "Focalización en aspectos positivos" (F_1) y "Dependencia emocional" (F_8) ($r = -.60$, $p < .05$; $r = -.68$, $p < .05$, respectivamente); sin embargo, sólo F_1 aparece como buen predictor

TABLA 5.- Diferencias entre grupos en los factores de afrontamiento. (a)

FACTORES	GRUPOS					
	VARONES(N=17)		MUJERES(N=15)		t	p
	M	dt	M	dt		
F 3	3.23	2.99	1.73	1.49	1.76	*
F 4	6.41	3.12	9.66	3.88	-2.62	**
F 7	8.82	1.59	7.40	2.58	1.90	*
	CANCER(N=26)		NO-CANCER(N=6)		t	p
	M	dt	M	dt		
F 1	19.38	6.63	25.67	4.88	-2.17	*
F 6	9.69	3.95	6.00	5.18	1.95	*
F 8	10.35	2.91	13.50	3.39	-2.32	**
	≤12 Meses(N=12)		13-24 Meses(N=5)		t	p
	M	dt	M	dt		
F 2	12.50	4.66	18.80	6.26	-2.30	**

(a): en tabla sólo diferencias significativas.

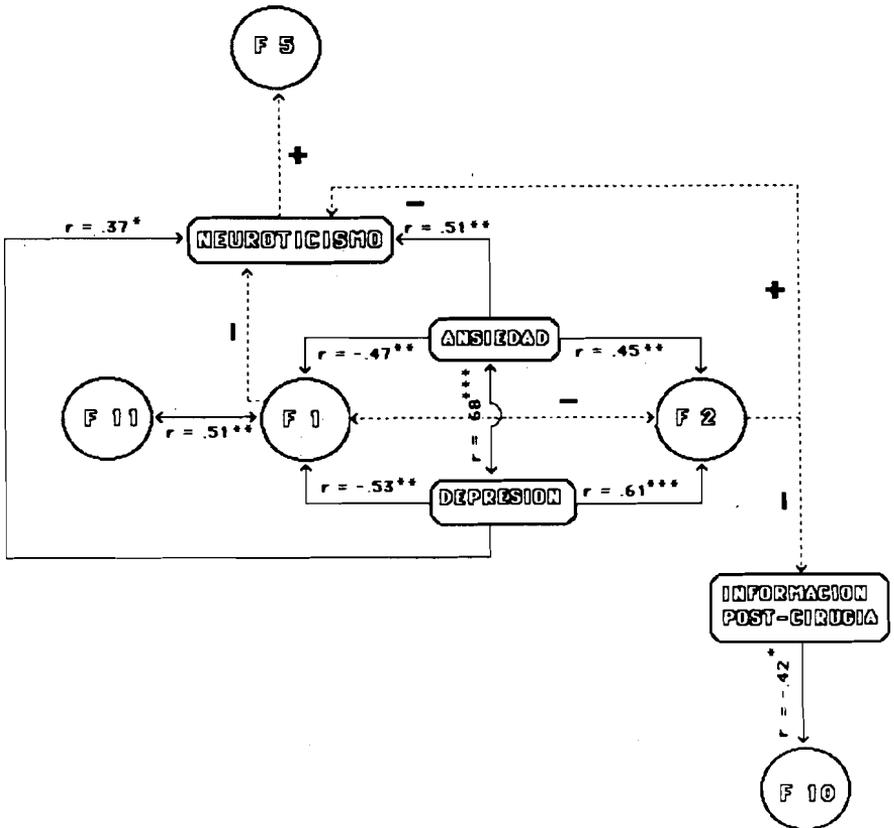
*: $p \leq .05$ **: $p \leq .01$

de una menor cantidad de problemas familiares ($R^2=.36$; $C.Reg.=-.15$; $p<.01$). En el caso de los hombres, fueron sólo los problemas técnicos los que se relacionaron con el afrontamiento, y, concretamente, con el factor "Interiorización del Problema-Autoculpabilización" (F_3) ($r=-.48$, $p<.05$) (ver Tabla 4).

Afrontamiento y Personalidad y Estrés:

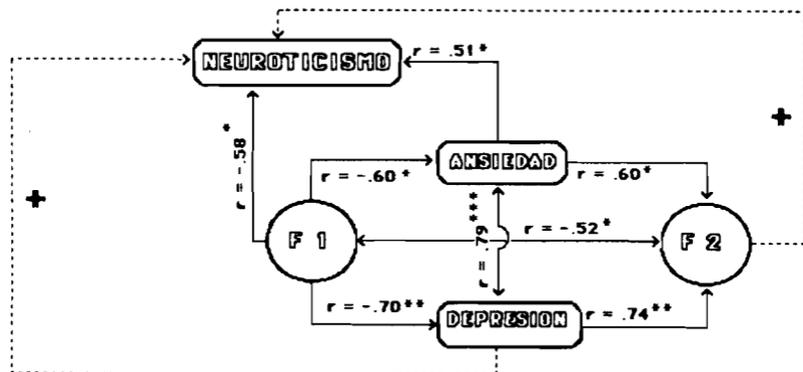
El análisis de correlación efectuado entre las estrategias de afrontamiento, las variables de personalidad y estrés indica que la "Focalización en aspectos positivos" (F₁) se relaciona negativamente y de modo significativo con la ansiedad ($r = -.47$; $p < .01$), y la depresión ($r = -.53$; $p < .01$), existiendo, además, una tendencia clara, aunque no significativa, a la relación negativa con el Neuroticismo y con el factor "Deseos de cambiar la situación problemática" (F₂) (ver Figura 1). Este factor, además, presenta relaciones semejantes, pero

FIGURA 1.- Relación entre estrategias afrontamiento, respuestas estrés y personalidad.



de signo contrario con la ansiedad ($r=.45$; $p<.01$), y la depresión ($r=.61$; $p<.001$), relacionándose, a su vez, positivamente con el Neuroticismo, aunque no de forma significativa. Por su parte, ansiedad y depresión se relacionan positivamente entre sí ($r=.68$; $p<.001$) y con el Neuroticismo ($r=.51$, $p<.01$; y $r=.37$, $p<.05$ respectivamente). Este patrón de relaciones se reproduce en el grupo de mujeres (ver Figura 2).

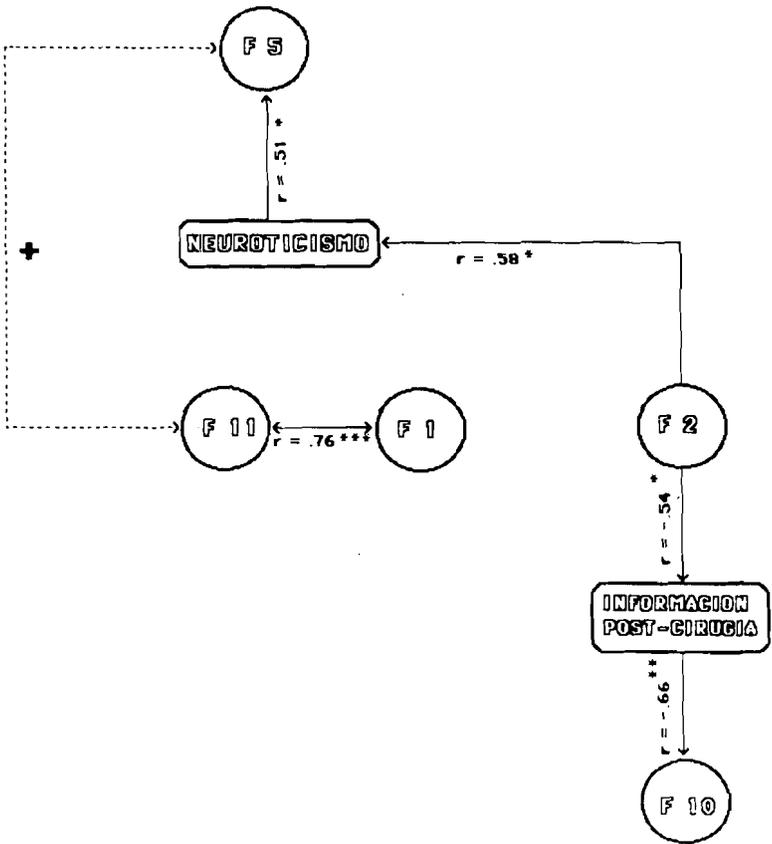
FIGURA 2.- Relación entre estrategias afrontamiento, respuestas estrés y personalidad. (Mujeres)



Por último, los análisis de regresión realizados concuerdan con las relaciones comentadas arriba al confirmar el poder predictor de los factores de Afrontamiento "Focalización en los Aspectos Positivos" (F₁) y "Deseos de Cambiar la Situación" (F₂) respecto a la ansiedad ($R^2=.36$; C.Reg. $=-.36$, $p<.01$; C.Reg. $=.32$, $p<.01$, respectivamente) y la depresión ($R^2=.56$; C.Reg. $=.46$, $p<.001$; C.Reg. $=-.29$, $p<.001$, respectivamente)

Por último, hay una serie de relaciones que únicamente aparece en el grupo de varones (ver Figura 3): La "Focalización en aspectos positivos" (F₁) se relaciona positivamente con "Resignación/conformismo" (F₁₁) ($r = .51$; $p < .01$); y el factor "Deseos de cambiar la situación problemática" (F₂) tiene una relación negativa con la variable "Información post-cirugía", que, en los varones es significativa y esta variable, a su vez, se relaciona negativamente con el factor "Imaginación" F₁₀ ($r = -.42$; $p < .05$).

FIGURA 3.- Relación entre estrategias afrontamiento, respuestas estrés y personalidad (Varones)



Apoyo Social:

Las mujeres ostomizadas puntúan más alto en Apoyo Social Percibido y en Cantidad de Apoyo Social, aunque no de forma significativa. En este grupo, además, el Apoyo Social se relacionó positivamente con la cantidad de información obtenida tanto antes como después de la cirugía ($r=.69$, $p<.01$; y $r=.59$, $p<.05$) (ver Tabla 7).

TABLA 7.- Coeficientes de correlación del apoyo social percibido y de la cantidad estimada de apoyo social con distintas variables.

VARIABLES	A.S.PERCIBIDO						CANTIDAD EST.A.S.					
	TOTAL		VARONES		MUJERES		TOTAL		VARONES		MUJERES	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
F 6	.46	**			.65	**						
F 1							.35	*				
INF. PRE.					.68	**	.43	*				
INF. POST.					.58	*						
F 3									.50	*		
EDAD											-.52	*
EST. CIV.											-.51	*
AS. PERCIB.											.57	*

(a)= en tabla sólo correlaciones significativas.

N total = 32; N varones = 17; N mujeres = 15

*: $p\leq.05$; **: $p\leq.01$

F 1= Focalización en aspectos positivos.

F 3= Interiorización del problema/autoculpabilización.

F 6= Negación del problema.

Se obtuvieron diferencias significativas en Estimación de la Cantidad de Apoyo según la edad y el estado civil, de modo que los pacientes menores de 55 años y los que están casados fueron los que informaron mayor número de proveedores de apoyo ($t=2.56$, $p<.01$; y $t=1.89$, $p<.05$, respectivamente (ver Tabla 6).

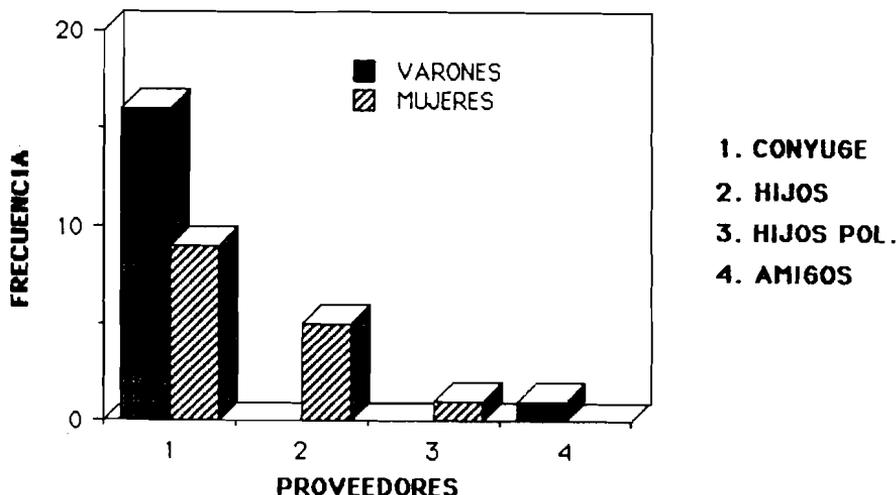
TABLA 6.- Diferencias en apoyo social percibido y en cantidad estimada de apoyo social.

	VARONES (N=17)		MUJERES (N=15)			
	M	dt	M	dt	t	p
A.S. PERCIBIDO	1.09	.66	2.00	.92	-.21	ns
EST. CANTIDAD A.S.	2.06	.75	2.33	.82	-.99	ns
	<55 AÑOS (N=11)		>55 AÑOS (N=21)			
	M	dt	M	dt	t	p
A.S. PERCIBIDO	2.18	.75	1.86	.79	1.12	ns
EST. CANTIDAD A.S.	2.64	.67	1.53	.74	2.56	**
	CASADOS (N=26)		NO CASADOS (N=6)			
	M	dt	M	dt	t	p
A.S. PERCIBIDO	1.92	.80	2.17	.75	-.68	ns
EST. CANTIDAD A.S.	2.31	.74	1.67	.82	1.89	*
	BAJA (N=22)		MEDIA (N=10)			
	M	dt	M	dt	t	p
A.S. PERCIBIDO	2.09	.87	1.70	.48	1.33	ns
EST. CANTIDAD A.S.	2.09	.81	2.40	.70	-1.04	ns
	CANCER (N=26)		NO CANCER (N=6)			
	M	dt	M	dt	t	p
A.S. PERCIBIDO	2.04	.72	1.67	1.03	1.05	ns
EST. CANTIDAD A.S.	2.19	.80	2.17	.75	.07	ns
	<12 MESES (N=12)		>13(24 MESES (N=5)		>25 MESES (N=15)	
	M	M	M	F	p	
A.S. PERCIBIDO	1.92	2.00	2.00	.04	ns	
EST. CANTIDAD A.S.	2.17	2.20	2.20	.004	ns	

g1 (t)=30; g1 (F)=2 . *: p<.05; **: p<.01

Los proveedores más importantes de Apoyo se muestran en la Figura 4.

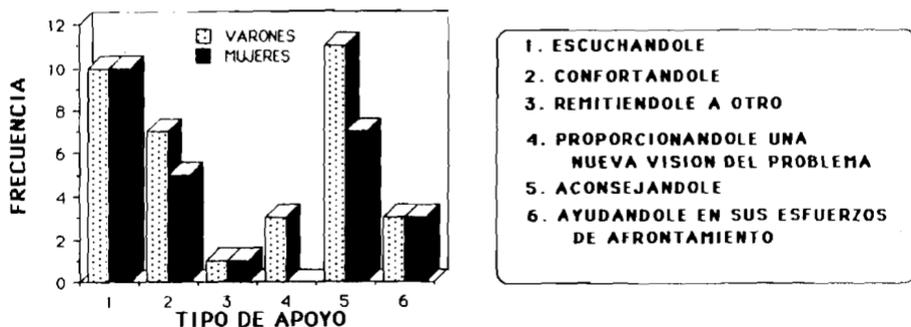
FIGURA 4.- Proveedores más importantes de apoyo social.



No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de apoyo recibido según el sexo (ver Figura 5). Por otro lado, el Apoyo Social Percibido no aparece correlacionado con ningún tipo de problema de ajuste Psicosocial.

Por lo que se refiere al tipo de estrategias de afrontamiento, encontramos relaciones significativas positivas entre la variable Apoyo Social Percibido y el factor de afrontamiento "Negación del Problema" (F_6) en el grupo total de pacientes y en el de mujeres ($r=.46$; $p<.01$). Por su parte, la Cantidad Estimada de Apoyo Social correlacionó significativamente con el factor "Focalización en aspectos positivos" (F_1) ($r=.35$, $p<.05$) en el grupo total; con "Interiorización del problema" (F_3) ($r=.50$; $p<.05$) en el grupo de varones; y, por último, en el grupo de mujeres, con la edad ($r=-.52$; $p<.05$), y con el apoyo social percibido ($r=.57$; $p<.05$) (ver Tabla 7).

FIGURA 5.- Tipo de apoyo social según sexo.



DISCUSIÓN

Los resultados expuestos confirman los datos presentados en otros estudios acerca de la existencia real de problemas de ajuste psicosocial en el paciente ostomizado, siendo los más frecuentes los de tipo técnico (Devlin et al., 1971; Kuchenhoff et al., 1981; Ventafrida, 1983; Thomas et al., 1984; Follick, Smith y Turk, 1984; Rodríguez y Anton, 1985).

A excepción de las dificultades referidas al área técnica que, como hemos dicho, ocupan el primer lugar tanto en hombres como en mujeres, los diferentes problemas de ajuste psicosocial muestran un patrón distinto, tanto en frecuencia como en intensidad, según el sexo: en el grupo de varones, los problemas más frecuentes después de los técnicos, son los laborales, seguidos de los familiares, emocionales y sociales, y sólo los de tipo laboral presentan una relación significativa con el total de problemas. En el grupo de mujeres siguen a los técnicos, los sociales, emocionales, familiares y laborales, si bien este orden varía respecto al peso de cada uno en el total (técnicos, emociona-

les, sociales y familiares se relacionan significativamente, dejando fuera los laborales). Así pues, parece claro que la problemática de ajuste post-ostomía es diferente para cada sexo.

Por otro lado, es interesante destacar que el diagnóstico también introduce diferencias en el sentido de que aquellos pacientes con patología oncológica son los que han presentado mayor número de problemas emocionales. Este resultado está en la línea de trabajos anteriores con pacientes oncológicos, que hacen referencia al fuerte impacto emocional de este tipo de diagnóstico sobre el paciente: miedo, depresión, ansiedad, etc. (Rodríguez y Antón, 1985; Antón, 1985).

Aunque los estudios revisados manifiestan la existencia de problemas de ajuste en el ámbito laboral sin hablar de su posible relación temporal (Thomas et al., 1984; Follick, Smith y Turk, 1984; Rodríguez y Antón, 1985), nuestros resultados muestran una menor presencia de problemas relacionados con el trabajo a medida que aumenta el tiempo desde que se realizó la ostomía, lo cual sugiere la existencia de una adaptación progresiva en dicha área. En el caso de las ostomizadas de nuestro estudio, los problemas laborales hacen referencia a las dificultades en las tareas del hogar, ya que la mayoría son amas de casa, coincidiendo con los resultados de los trabajos arriba mencionados.

Los problemas técnicos y emocionales se han relacionado, por un lado, con la información post-cirugía y, por otro, con la ansiedad y la depresión. En el primer caso, presentan una relación curvilínea, es decir, los individuos con ninguna o mucha información son los que refieren una mayor cantidad de los problemas mencionados, mientras que aquellos que han obtenido una información media muestran, significativamente, menos problemas. Esta tendencia es acorde con la línea de los trabajos de Janis y Leventhal (1964), acerca de la relación entre la percepción de amenaza, reacciones emocionales y exposición a la información. En el segundo caso, las relaciones de los problemas emocionales y técnicos con la ansiedad y la depresión coincide con los resultados expuestos en otros estudios (Devlin et al., 1971; Rodríguez et al., 1986) aunque en nuestro grupo de mujeres sólo aparece esta relación como tendencia.

En este estudio, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el total de sujetos son, por orden de importancia, la "Focalización en aspectos positivos" (F_1), los "Deseos de cambiar la situación problemática" (F_2), y "Resignación/Conformismo" (F_{11}). Este orden es el mismo que en el grupo de mujeres, y varía en el caso de los hombres (F_1 , F_{11} , F_2). Hay que destacar que los tres reflejan estrategias cognitivas.

Existen, además, diferencias en el uso de determinadas estrategias de afrontamiento que varían según el criterio de comparación empleado. En este

sentido, encontramos que los hombres puntúan más alto que las mujeres en "Interiorización del problema/Autoculpabilización" y "Observancia médica", mientras que las mujeres lo hacen en "Religiosidad". Otro resultado interesante en cuanto a diferencias es que los pacientes de cáncer niegan el problema como estrategia de afrontamiento, mientras que los sujetos con diagnóstico no oncológico focalizan más en aspectos positivos y exteriorizan en mayor grado sus sentimientos, coincidiendo con resultados ya establecidos en trabajos anteriores (Rodríguez et al., 1986). La negación del problema aparece como medio útil de afrontamiento en algunos problemas de salud y, más concretamente, en determinadas fases. Este tipo de estrategias no parece ser muy conveniente para la buena adaptación a las exigencias de autocuidado e higiene que requiere una ostomía. Por otra parte, los deseos de cambiar la situación problemática varían en función del tiempo transcurrido desde la realización de la ostomía, siendo más altos en el período intermedio (1-2 años). Una explicación plausible la proporciona el hecho de que, en nuestro ámbito, los pacientes no suelen estar informados acerca de la permanencia de la ostomía. De hecho, este factor ("deseos de cambiar la situación problemática") se encuentra negativamente relacionado con la cantidad de información post-cirugía en el grupo de hombres ostomizados; es decir, que cuando los sujetos están mejor informados tienen menos deseos de cambiar la situación problemática, ya que la asumen con más realismo como inmodificable.

Del mismo modo, se dan pautas diferenciales en las estrategias de afrontamiento utilizadas en relación al tipo de problema: en las mujeres, la "focalización en aspectos positivos" y la "exteriorización emocional" conlleva una menor cantidad de problemas familiares; mientras que en los varones existe una relación negativa entre la cantidad de problemas técnicos y el factor "interiorización del problema/autoculpabilización". Posiblemente, son aquellos sujetos con un control externo los que presentan en mayor medida este tipo de problemas, que son, precisamente los que requieren más atención y cuidado personal.

Los tres factores más utilizados (F_1 , F_{11} , F_2), mencionados arriba, son los que tienen una relación más significativa con las variables de estrés y de personalidad. La focalización en aspectos positivos de la situación (F_1), unida a una mayor resignación o conformismo con la enfermedad (F_{11}) se relacionan de forma positiva con la ansiedad y la depresión, mientras que los deseos de cambiar la situación problemática (F_2), lo hacen en sentido negativo. La variable que constituye el centro de las interrelaciones, en el grupo de mujeres, es decir, la utilización de la estrategia de focalización sobre los aspectos positivos (F_1), parece implicar un menor nivel de ansiedad y depresión, y colaborar positivamente a la resignación o conformismo con la enfermedad. Por otro

lado, los deseos de cambiar la situación problemática (F_2) implican mayores niveles de ansiedad y de depresión, y entre F_1 y F_2 se da igualmente una relación negativa. Todo contribuye a dibujar un cuadro muy coherente y que arroja luz sobre la posible eficacia de cada una de las estrategias de afrontamiento, y su papel en el ajuste a la ostomía. Si bien hemos de ser cautos con esta afirmación, no podemos olvidar que, precisamente, una de las técnicas cognitivas más empleadas en el tratamiento de la depresión es el entrenamiento en la identificación de aspectos positivos de las situaciones, sobre la base de que éstos influyen en el mismo sentido sobre las emociones y éstas, a su vez, sobre la conducta. El entrenamiento en el uso de estas estrategias se ha empleado en la preparación de los pacientes para la cirugía con aparente éxito (Langer y cols., 1974; Pickett y Clum, 1982).

A través de los resultados podemos observar que únicamente aparecen diferencias significativas en la "cantidad de apoyo social" (número de proveedores de apoyo) en función de variables como el estado civil y la edad (ver Tabla 6). Estas diferencias son paralelas a las encontradas en otros estudios en los que los individuos casados obtienen mayor cantidad de apoyo (Rodríguez, et al., 1987). Esta correspondencia no se mantiene sin embargo, respecto al apoyo social percibido, dado que en este trabajo aparece una tendencia a ser mayor en el grupo de no casados y también a ser mayor en los sujetos de más edad. Además, podemos afirmar que la percepción de apoyo social tiene poco que ver con la cantidad del mismo, excepto en el grupo de mujeres en donde ambas variables correlacionan positiva y significativamente, coincidiendo con los resultados obtenidos por Cohen y Wills (1985).

Otro dato a mencionar es la ausencia de conexión entre el apoyo social y la estrategia de afrontamiento "Búsqueda de apoyo interpersonal" en contra de lo que esperabamos encontrar, siguiendo la dirección de distintos autores (Lazarus y Folkman, 1980; Billing y Moos, 1981; Pearlin et al., 1981, y Eckenrode, 1983), que centran el estudio del apoyo social en los contactos con otros y en la búsqueda de recepción de ayuda. Quizá una explicación válida tanto para lo que acabamos de comentar como para la falta de relaciones del apoyo social con los distintos problemas de ajuste y respuestas de estrés sea, precisamente, la reducción de actividades y la aparición de dificultades en el área de relaciones sociales y familiares (Antón, 1985).

En cuanto al resto de dimensiones de apoyo social estudiadas, (tipo de apoyo y tipo de proveedores) tampoco aparecen diferencias significativas entre sexos. Los proveedores más importantes son, principalmente, los familiares, y el tipo de apoyo que proporcionan es sobre todo de carácter emocional (escuchar, aconsejar, confortar), siendo menos frecuentes aquellas formas que implican una ayuda mediante procesos más activos.

Podemos concluir, en primer lugar, que existe una problemática real de ajuste psicosocial para los pacientes ostomizados, que es diferente en hombres y en mujeres y que está mediatizada por distintas variables según las áreas; en segundo lugar, creemos que queda clara la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre las respuestas de estrés, además de resaltar su relación diferencial con los tipos de problemas de ajuste estudiados y, finalmente, que tanto el apoyo social como la personalidad han jugado un escaso papel en toda esta problemática. Todo ello, nos proporciona datos importantes a la hora de planificar intervenciones dirigidas a promover el ajuste post-ostomía. Con todo, se plantea la necesidad de realizar estudios más amplios con el fin de conseguir resultados que permitan una intervención diferencial según el sexo, los problemas y los recursos personales, potenciando las estrategias de afrontamiento que sean adaptativas para el manejo de la ostomía, así como el entrenamiento en destrezas de autocuidados en todas las áreas, especialmente en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTON, M. (1985).- Personalidad y Ajuste Psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal. Memoria de Licenciatura. Universidad de Alicante.
- AUERBACH, S.M. (1973).- Trait-state anxiety and adjustment to surgery, *J. of Cons, and Clin. Psychol*, 40, 264-271.
- BASLEV, I. (1973).- Living with a colostomy. *Ugeskr. Laeg*, 135, 2799-2804.
- BEUTEL, M. (1985).- Approaches to taxonomy and measurement of adaptation in chronic disease. *Psychother. Psychosom*, 43, 177-185.
- BILLING, A.G. y MOOS, R.H. (1982).- The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of live events. *J. Behav. Med.*, 4, 139-57.
- BURISH, T.G. y BRADLEY, L.A. (1977).- Coping with stresses of illness. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. adler (Eds.), *Health Psychology*, pp 217-254. San Francisco: Jossey-bass Pub.
- BURISH, T.G. y BRADLEY, L.A. (1983).- Coping with Chronic Disease. Definitions and Issues. En Th. Burish y L.A. Bradley (Eds.), *Coping with Chronic Disease*, New York: Academic Press.
- COHEN, F. (1980).- Personality, stress and the development of physical illness. En G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler and ass. *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass Pub., 77-112.
- COHEN, M.M. (1982).- Psychosocial morbidity in cancer: A clinical perspective. En Cohen, M.M. et al (Eds.), *Psychosocial Aspect of Cancer*, New York: Raven Press.
- COHEN, S. y WILLS, T. (1985).- Social Support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- COMBS, A.W.; AVILA, D. y DURKEY, W.W. (1975).- Self-concept: Product and producer experience. En A. Arkoff (Ed.), *Psychology and Personal Growth*, Boston: Allyn and Bacon.

- DEVLIN, H.B.; PLANT, J.A. y GRIFFIN, M. (1971).- After math of surgery for anorectal cancer. *British Medical Journal*, 3, 413-18.
- DLIN, B.M. y FISHER, H.K. (1976).- Psychiatric Aspects of Colostomy and ileostomy. En J.G. Howells, (Ed.): *Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery*, New York: Brunner.
- DRUSS, R.G.; O'CONNOR, J.R. y STERN, L.O. (1969).- Psychologic response to colectomy II. Adjustment to a permanent colostomy. *Ach. Ge. Psychiat.*, 20, 419-427.
- DYK, R.B. y SUTHERLAND, A.M. (1956).- Adaptation of the spouse and other family member to the colostomy patient. *Cancer*, 9, 123.
- ECKENRODE, J. (1983).- The mobilization of social support: some individual constrains. *American Journal of Community Psychology*, 11, 504-528.
- EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.G. (1981).- "EPI. Cuestionario de Personalidad". Madrid: Tea Ed.
- FISHER, S. (1975).- Experiencing tour body: You are what your feel. En A. Arkoff (Ed.), *Psychology and Personal Growth*, Boston: Allyn and Bacon.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. (1980).- An Analysis of coping in a middle-aged community sample. *J. of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FOLLICK, M.S.; SMITH, T.W. y TURK, D.C. (1984).- Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychology*, 3(6), 505-17.
- FREUD, S. (1927).- *The Ego and the Id.*, London: Hogarth Press.
- GRUENDEMAN, B.J. (1965).- The Impact of surgery on body image. *Nursing Clinics of North America*, 10, 635-643.
- JANIS, I.L. (1958).- *Psychological Stress*. New York: Wiley.
- JANIS, I.L. y LEVENTHAL, H. (1964).- Human reaction to stress. En: E. Borgatta y Lambert (Eds.), *Handbook of Personality Theory and Research*. Chicago: Rand McNally.
- JUNG, J. (1984).- Social Support and its relation to Health: a critical evaluation. *Basic and Applied Social Psychology*, 173-185.
- KUCHENGOFF WIRSCHING, M.; DRUNER, H.V.; GERRMAN, G. y KOHLER, C. (1981).- Coping with a stoma: a comparative study of patients with rectal carcinoma or inflamatory bowel diseases. *Psychol. Psychosom.* 36 (2), 98-104.
- LANGER, E.J.; JANIS, I.L. y WOLFER, J.A. (1974).- Reduction of psychological stress in surgical patients. *J. Exp. Soc. Psychol.* 11, 155-65.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1984).- Coping and Adaptation. En W.D. Gentry (Ed.) *The Handbook of Behavioral Medicine*. N.Y.: Guilford, 282-325.
- LAZARUS, R. y LAUNIER, R. (1978).- Stress-related transactions between person and environment. En L.A. Pervin y M.Lewis (Eds.): *Internal and External Determinants of Behavior*, New York: Plenum.
- MEYEROWITZ, B.E.; HEINRICH, R.L. y SCHAG, C.C. (1983).- A Competency-Based approach to coping with cancer. En: T.G. Burish y L.A. Bradley, *Coping with chonic disease*, New York: Academic Press, Cap.6.
- MORRIS, T.; BUCKLEY, M. y BLAKE, S.M. (1986).- Defining Psychological Response to a Diagnosis of Cancer. En M.Watson y T. Morris: *Psychological Aspects of Cancer*, London: Pergamon.

- ORBACH, C.E.; BARD, M. y BLAKE, S.M. (1986).- Fears and defensive adaptation to the loss of anal sphincter control. *Psychoanal. Rev.* 44, 121-175.
- PAYNE, S.H. (1986).- The effects of cancer treatment. A Literature Review. Texto xerocopiado. University of Exeter: Department of Psychology. (Cortesía de la autora).
- PEARLIN, L.I.; LIEBERMAN, M.A.; MENAGHAN, E. y MULLAN, J.E. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 20-30.
- PEARLIN, L.I. y SCHOOLER, C. (1978).- The structure of coping. *J. of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- PENMAN, D.T. (1979).- *Coping strategies in adaptation to mastectomy*. Tesis doctoral no publicada. Teshivaa University. New York.
- PICKETT, C. y CLUM, G.A. (1982).- Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 439-441.
- PRYSE-PHILLIPS, W. (1971).- Follow-up study of patients with colostomies. *The Am. J. of Surgery*, 122, 27-32.
- RAY, C. y FISHER, J. (1982).- Patients' perspectives on breast cancer. *Public Education about cancer*. UICC Technical Report Series. Vol. 72: 14-19. Geneva.
- RAMSAY, M.A.E. (1972).- A survey of preoperative fear, *Anaesthesia*, 27, 396-406.
- REIG, A. y GARCÍA, J.A. (1987).- Estrategias psicológicas de afrontamiento ante problemas de salud. Comunicación presentada al Congreso Hispano-Luso de Terapia de Comportamiento. Oporto.
- RENSHAM, D.C. (1974).- Postsurgical emotional reactions. *Journal of the American Osteopathic Association*, 73: 843-848.
- RODRÍGUEZ, J. (1986).- El ajuste psicosocial de los pacientes ostomizados. En Colegio Oficial de ATSDE: Primer Congreso Nacional de Ostomías. Libro de Ponencias. Valencia. 101-112.
- RODRÍGUEZ, J. y ANTÓN, M. (1985).- Personalidad y ajuste psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal. Comunicación presentada al I Congreso de Psicología Social. Granada. 1985.
- RODRÍGUEZ, J.; LOPEZ, S. y GARCÍA, J. (1986).- Aproximación a la problemática del paciente ostomizado. Comunicación presentada al II Simposio de Enfermería Quirúrgica. Elche, 1986.
- SIVER, R.L. y WORTMAN, C.B. (1980).- Coping with undesirable Life Events. En J. Garber y M. Seligman (Eds.): *Human Helplessness: Theory and Applications*, New York: Academic Press.
- SUTHERLAND, A.M.; ORBACH, G.E.; DYCK, R.B. y BARD, M. (1952).- The psychological impact of cancer and cancer surgery. Adaptation to dry colostomy preliminary report and summary of findings. *Cancer*, 5: 857-872.
- THOMAS, CH.; MADDEN, F. y JEHU, D. (1984).- Psychosocial Morbidity in the first three months following stoma surgery. *J. of Psychosomatic Research*, 3, 251-257.
- THOMAS, CH.; MADDEN, F. y JEHU, D. (1986).- Psychosocial Outcome Following Stoma Surgery in Patients with Anorectal Cancer and other bowel diseases. En N. Watson y T. Morris (Eds.) *Psychological Aspects of Cancer*, Oxford: Pergamon.

- VENTAFRIDA, V. (1983).- El control del dolor: problemas psicológicos. En G. Ronadonna y C. Robustelli (Eds.): *Manual de Oncología Médica*. Barcelona: Masson, 962ss.
- WEISMAN, A.D. y WORDEN, J.W. (1977).- Coping and vulnerability in cancer patients: Research Report. Project Omega, Department of Psychiatry. Harvard Medical School. Mass: General Hospital. Boston.
- WILLIAMS, N.S. y JOHNSTON, D. (1983).- The quality of life after rectal excisium for low rectal cancer. *Briths J. of Surgery*, 70: 460-462.
- WIRSCHING, M.; DRUNER, H.U.; HERMANN, G. (1975).- Results of psychosocial adjustment to long term colostomy. *Psychotherapy Psychosomatics*, 26: 245-256.
- ZIGMOND, A.S. y SNAITH, R.P. (1983).- The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act. Psychiatr. Scand.* 67, 361-370.