



Impacto psicológico de los estomas intestinales

Tania Laris-Pérez,* Ulises Rodríguez-Wong**

* Licenciada en Psicología. Maestranda en Psicología Clínica.

** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System. Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

Psychological impact of intestinal stomata

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 2 / Abril-Junio, 2025 / p. 49-53

RESUMEN

La creación de un estoma intestinal representa mucho más que un procedimiento quirúrgico funcional; constituye una transformación profunda que involucra la identidad corporal, esfera emocional, sexualidad y vida social del paciente.

El impacto emocional puede ser profundo, y muchas veces subestimado por los equipos de salud, afectando la calidad de vida y el proceso de recuperación del paciente. En muchos casos, los pacientes reportan sentimientos de despersonalización y pérdida del atractivo físico, lo cual afecta su autoestima y sus relaciones interpersonales.

Los pacientes ostomizados presentan una prevalencia elevada de síntomas ansiosos y depresivos, especialmente cuando el estoma se percibe como permanente o si fue resultado de una cirugía de urgencia. El trastorno de adaptación es también común, caracterizado por dificultades emocionales persistentes para asumir los cambios en el estilo de vida, alimentación, sexualidad e higiene.

Las preocupaciones sobre el atractivo físico, el miedo a fugas o el rechazo por parte de la pareja pueden conducir a una disminución del deseo sexual o incluso a evitar las relaciones íntimas. Así mismo, muchos pacientes reducen sus actividades sociales por miedo al estigma o a situaciones embarazosas en público.

El estoma intestinal exige una respuesta clínica que trascienda lo técnico y abrace la dimensión humana del proceso, es fundamental trabajar en la reconstrucción de la identidad psicológica y corporal del paciente. Solo mediante un enfoque biopsicosocial, centrado en la persona, será posible favorecer una adaptación saludable, restaurar el bienestar subjetivo y promover una vida digna y plena más allá de la ostomía.

ABSTRACT

The creation of an intestinal stoma represents much more than a functional surgical procedure; it constitutes a profound transformation involving the patient's bodily identity, emotional sphere, sexuality, and social life.

The emotional impact can be profound and often underestimated by healthcare teams, affecting the patient's quality of life and recovery process. In many cases, patients report feelings of depersonalization and loss of physical attractiveness, which affects their self-esteem and interpersonal relationships.

Ostomy patients have a high prevalence of anxiety and depressive symptoms, especially when the stoma is perceived as permanent or if it was the result of emergency surgery. Adjustment disorder is also common, characterized by persistent emotional difficulties in coping with changes in lifestyle, diet, sexuality, and hygiene.

Concerns about physical attractiveness, fear of leaks, or rejection by a partner can lead to a decrease in sexual desire or even avoidance of intimate relationships. Likewise, many patients reduce their social activities for fear of stigma or embarrassing situations in public. Intestinal stoma therapy requires a clinical response that transcends the technical and embraces the human dimension of the process. It is essential to work on rebuilding the patient's psychological and bodily identity. Only through a person-centered biopsychosocial approach will it be possible to promote healthy adaptation, restore subjective well-being, and foster a dignified and fulfilling life beyond the stoma.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

Palabras clave. Psicología, psicología de los estomas intestinales, estomas intestinales, autoestima, depresión, aislamiento social, alteraciones en la sexualidad, complicaciones psicológicas de los estomas.

Key words. Psychology, psychology of intestinal stomas, intestinal stomas, self-esteem, depression, social isolation, sexuality disorders, psychological complications of stomas.

INTRODUCCIÓN

La creación de un estoma intestinal, ya sea colostomía o ileostomía, constituye un evento médico que implica un cambio anatómico y funcional, así como un proceso de adaptación emocional complejo. Los estomas intestinales son procedimientos quirúrgicos en los que se exterioriza una porción del intestino a través de la pared abdominal (*Figura 1*), lo que permite la eliminación del contenido intestinal fuera del cuerpo (Rodríguez-Wong, *et al.*, 2004). Aunque representan una intervención de suma utilidad en muchas condiciones como cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o traumatismos, también ocasionan importantes desafíos psicológicos y sociales (Black, 2004).

El impacto emocional puede ser profundo, y muchas veces subestimado por los equipos de salud, lo que afecta la calidad de vida y el proceso de recuperación del paciente.

Alteración de la imagen corporal y autoestima

La presencia de un estoma suele representar un punto de quiebre en la percepción corporal del paciente. El cuerpo ya no responde de manera habitual, y la visibilidad del dispositivo recolector puede generar sentimientos de rechazo, vergüenza o repulsión (Manderson, 2005). En muchos casos, los pacientes reportan sentimientos de despersonalización y pérdida del atractivo físico, lo cual afecta su autoestima y sus relaciones interpersonales.



Figura 1. Ileostomía terminal.

La creación de un estoma intestinal representa un cambio físico drástico que afecta profundamente la percepción que el paciente tiene de su propio cuerpo. Esta alteración puede desencadenar una crisis de identidad corporal, especialmente en contextos donde la integridad del abdomen y el control voluntario de las funciones fisiológicas son parte fundamental de la autopercepción (Manderson, 2005).

El paciente ostomizado debe enfrentar el cambio funcional asociado a la desviación del tránsito intestinal, y también la presencia constante de una bolsa colectora adherida al cuerpo. Esta situación genera con frecuencia sentimientos de repulsión, vergüenza, desagrado y despersonalización, especialmente en los primeros meses tras la cirugía. El estoma puede ser percibido como una marca estigmatizante, como pérdida de control sobre el propio cuerpo o incluso como señal visible de enfermedad y vulnerabilidad (Black, 2004).

Según una revisión sistemática de Nugent, Daniels y Stewart (1999), entre el 30 y el 50% de los pacientes ostomizados experimentan dificultades significativas con la aceptación de su imagen corporal, especialmente durante los primeros seis meses después de la cirugía, y este impacto puede ser aún más profundo en personas jóvenes, pacientes con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria o con preocupaciones preexistentes sobre el aspecto físico. Asimismo, las mujeres tienden a reportar mayor insatisfacción corporal y afectación de la autoestima en comparación con los hombres, especialmente en relación con la apariencia y sexualidad (Brown y Randle, 2005).

Además del efecto directo sobre la percepción del cuerpo, la autoestima puede verse erosionada por la dependencia de dispositivos médicos, la necesidad de adaptar la vestimenta, y el temor constante a fugas, olores o ruidos intestinales. Estos factores afectan la seguridad personal y pueden llevar a evitar actividades sociales, laborales e íntimas. El paciente puede desarrollar conductas de hipervigilancia corporal o evitar espejos, relaciones íntimas o incluso el cuidado del estoma, lo cual compromete la autonomía y calidad de vida (Claessens, *et al.*, 2015).

En cuanto a las consecuencias clínicas y sociales se observa que las dificultades en la integración del nuevo esquema corporal pueden derivar en: Aislamiento social progresivo, pérdida de roles familiares o laborales, trastornos depresivos y ansiosos, rechazo al estoma o abandono del autocuidado, y

rechazo a cirugías reconstructivas cuando son posibles, por miedo a nuevas intervenciones.

En algunos casos, el rechazo corporal puede llegar a niveles de disociación o dismorfofobia, especialmente si no se proporciona un acompañamiento psicológico adecuado desde el período preoperatorio.

En cuanto al abordaje terapéutico desde el punto de vista de la psicología clínica, es fundamental trabajar en la reconstrucción de la identidad corporal y la resignificación del estoma. Esto puede incluir:

- Técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar creencias negativas sobre el cuerpo.
- Exposición progresiva al cuidado del estoma y al contacto visual con la zona abdominal.
- Entrenamiento en habilidades sociales y afrontamiento de situaciones temidas (como el uso de baños públicos o vestimenta ajustada).
- Trabajo con la pareja o red de apoyo, especialmente en lo relativo a la imagen corporal en contextos íntimos.
- Grupos de apoyo entre ostomizados, que pueden servir como modelos positivos de adaptación e identificación.
- Integrar al paciente como protagonista activo en el cuidado de su estoma; por ejemplo, permitiéndole elegir productos, desarrollar rutinas propias y participar en decisiones quirúrgicas, puede fortalecer su sentido de control y autoestima (Taylor, 2005).

Ansiedad, depresión y trastornos de adaptación

La evidencia sugiere que los pacientes ostomizados presentan una prevalencia elevada de síntomas ansiosos y depresivos, especialmente cuando el estoma se percibe como permanente o si fue resultado de una cirugía de urgencia (Bekkers, *et al.*, 1996). El trastorno de adaptación es también común, caracterizado por dificultades emocionales persistentes para asumir los cambios en el estilo de vida, alimentación, sexualidad e higiene.

La adaptación emocional al estoma intestinal constituye un proceso complejo, en el cual se entrelazan factores médicos, psicológicos y sociales. Entre los impactos más relevantes se encuentran la ansiedad anticipatoria, los síntomas depresivos y los trastornos de adaptación. Estos estados emocionales, si no son abordados a tiempo, pueden hacerse crónicos y afectar significativamente la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la integración social del paciente (Bekkers, *et al.*, 1996).

Desde el preoperatorio, muchos pacientes experimentan altos niveles de ansiedad anticipatoria, vinculada al miedo al dolor, a lo desconocido y a las consecuencias del estoma. Esta ansiedad se incrementa cuando la cirugía es de urgencia o cuando no se brinda información clara y empática sobre el procedimiento y sus consecuencias (Black, 2004).

La incertidumbre sobre el funcionamiento del estoma, el temor a las fugas o malos olores en público, o la angustia ante la posibilidad de rechazo por parte de su pareja o entorno, son fuentes comunes de ansiedad postoperatoria. Algunos pacientes pueden desarrollar ansiedad social o incluso fobias específicas relacionadas con la exposición pública, el uso de baños fuera del hogar o la participación en actividades recreativas.

El estoma también puede desencadenar síntomas depresivos, sobre todo en personas con antecedentes de trastornos del estado de ánimo, ausencia de red de apoyo o dificultades para afrontar pérdidas. La cirugía puede ser percibida como una mutilación o una amenaza a la integridad personal, lo que genera sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad y retraimiento.

Estudios longitudinales, como el de White y Hunt (1997), han demostrado que hasta un tercio de los pacientes ostomizados presentan síntomas depresivos clínicamente significativos durante el primer año postoperatorio, con una relación directa con el nivel de apoyo recibido y la preparación psicológica prequirúrgica. La presencia de depresión afecta el bienestar emocional, y se asocia con menor adherencia al cuidado del estoma, mayor percepción de estigma y mayor utilización de servicios médicos de forma reactiva.

Desde el punto de vista psicopatológico el trastorno de adaptación, está caracterizado por una respuesta emocional desproporcionada frente al cambio o al estrés vital. Este cuadro puede incluir síntomas mixtos de ansiedad y depresión, irritabilidad, llanto fácil, insomnio, dificultad para concentrarse y aislamiento social.

El trastorno de adaptación en pacientes con estoma puede durar semanas o meses, pero si no es tratado adecuadamente puede evolucionar hacia trastornos depresivos mayores o trastornos de ansiedad generalizada (Claessens, *et al.*, 2015).

Diversos estudios han identificado factores de riesgo psicosocial para el desarrollo de estas alteraciones emocionales en pacientes ostomizados: Falta de preparación psicológica prequirúrgica, estoma permanente vs. temporal, complicaciones postoperatorias, soporte familiar limitado o disfuncional, baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal, aislamiento social previo o pérdida reciente de roles (laborales, familiares), y estigmatización o experiencias previas de discriminación (Grant, *et al.*, 2011).

En cuanto a la intervención y estrategias terapéuticas, la detección precoz y el abordaje psicoterapéutico son claves para prevenir la cronificación del malestar emocional. Entre las estrategias recomendadas se incluyen:

- Psicoeducación individual y familiar, para normalizar emociones y promover expectativas realistas.
- Terapia cognitivo-conductual, especialmente útil para manejar pensamientos disfuncionales, trabajar en la

reestructuración cognitiva de creencias negativas (“mi vida se arruinó”, “nadie me va a aceptar así”) y fomentar estrategias activas de afrontamiento.

- Terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), centradas en la aceptación de la experiencia corporal y en la búsqueda de sentido más allá del estoma.
- Intervenciones grupales o apoyo entre pares, que favorecen la validación emocional, reducen el aislamiento y ofrecen modelos positivos de adaptación.
- Apoyo psicofarmacológico en casos de depresión o ansiedad clínicamente significativa, siempre en combinación con intervención psicológica.
- Asimismo, es crucial que el equipo médico (cirujanos, terapeutas de estomas, y enfermeros) reciba formación básica en detección de signos de alarma psicológica y mantenga una comunicación empática y continua con el paciente durante todo el proceso.

Impacto en la vida sexual y social

Uno de los aspectos más sensibles del impacto psicológico del estoma es la afectación de la sexualidad. Las preocupaciones sobre el atractivo físico, el miedo a fugas o el rechazo por parte de la pareja pueden conducir a una disminución del deseo sexual o incluso a evitar las relaciones íntimas (Brown y Randle, 2005). En paralelo, muchos pacientes reducen sus actividades sociales por miedo al estigma o a situaciones embarazosas en público.

La estigmatización real o percibida puede limitar la participación en actividades cotidianas, reforzando el aislamiento social y contribuyendo a una experiencia de duelo por la pérdida de la “normalidad” (Grant, *et al.*, 2011).

La presencia de un estoma intestinal representa un desafío significativo para la vida sexual y las relaciones sociales del paciente. Estos cambios no solo son consecuencia del procedimiento quirúrgico, sino también del impacto psicológico asociado a la alteración de la imagen corporal, la autoestima y la percepción del propio valor en contextos íntimos y públicos (Manderson, 2005).

La sexualidad de los pacientes ostomizados puede verse comprometida por múltiples factores físicos y emocionales. Desde el punto de vista fisiológico, algunos pacientes, especialmente aquellos que han sido sometidos a cirugía oncológica o pélvica, pueden experimentar disfunciones sexuales como dispareunia, pérdida de sensibilidad, disfunción eréctil o disminución del deseo sexual (Taylor, 2005). Sin embargo, el componente más determinante suele ser la ansiedad asociada al estoma: miedo a las fugas durante el acto sexual, temor al rechazo por parte de la pareja, vergüenza por la apariencia del abdomen y la bolsa recolectora.

Según el estudio de Brown y Randle (2005), un alto porcentaje de pacientes reportan una disminución del deseo y de la actividad sexual luego de la creación del estoma. Estos autores destacan que muchas personas se abstienen de relaciones íntimas no por desinterés, sino por miedo al juicio del otro o por sentirse “dañadas” o “menos atractivas”. La autopercepción negativa, combinada con la posible actitud evasiva de la pareja, puede generar una actitud de evasión que deteriora la relación de pareja y refuerza el aislamiento emocional.

Además, la intimidad se ve afectada por la invisibilización del tema sexual en la atención médica. Numerosos pacientes señalan que nadie en el equipo de salud abordó de manera clara o empática cómo retomar su vida sexual tras la cirugía, lo que agrava el tabú y el malestar (Claessens, *et al.*, 2015). La falta de asesoramiento adecuado limita la recuperación de una sexualidad plena, adaptada y placentera.

Desde el punto de vista social, el estoma puede ser percibido como un elemento de estigmatización, lo que lleva a muchos pacientes a evitar interacciones sociales. El miedo a accidentes (fugas, olores, sonidos intestinales) en espacios públicos genera ansiedad anticipatoria y puede conducir a una reducción significativa de la participación en actividades recreativas, laborales o sociales (Grant, *et al.*, 2011). Esta autoexclusión no solo limita el bienestar subjetivo, sino que empobrece la red de apoyo del paciente en un momento en que más lo necesita.

Manderson (2005) describe cómo el estoma representa para muchos una ruptura con la “normalidad corporal”, y cómo esta vivencia puede convertir incluso situaciones cotidianas (como ir al cine, practicar deporte o usar transporte público) en fuentes de angustia. El temor al juicio o el temor a incomodar a los demás lleva a muchos pacientes a modificar su vestimenta, evitar ciertos movimientos o incluso a permanecer en casa como estrategia de protección emocional.

La combinación de aislamiento sexual y social puede tener consecuencias emocionales graves en la salud mental del paciente ostomizado: Incremento del riesgo de depresión y ansiedad social, pérdida de relaciones significativas o ruptura de pareja, disminución de la motivación para el autocuidado, sensación de “no pertenecer” al entorno social previo.

El rechazo, real o anticipado, puede ser vivido como una doble herida: por la enfermedad de base y por la “marca visible” que deja el estoma en la vida cotidiana.

El abordaje terapéutico del impacto sexual y social del estoma debe ser proactivo e interdisciplinario. Algunas estrategias recomendadas incluyen:

- Terapia sexual especializada, orientada a recuperar la confianza corporal y explorar formas adaptadas de intimidad.
- Intervención con la pareja, para facilitar la comunicación afectiva y la comprensión mutua.

- Educación sobre productos específicos para la vida íntima: bolsas discretas, cinturones, cubiertas estéticas.
- Grupos de apoyo entre ostomizados, donde se comparten experiencias, consejos y modelos positivos de adaptación.
- Reentrenamiento social progresivo, mediante exposiciones graduadas a actividades públicas y técnicas de afrontamiento.
- El personal de salud debe incluir en sus evaluaciones la dimensión sexual y social del impacto postoperatorio, y no limitarse a los aspectos funcionales o físicos del estoma. La validación de estas preocupaciones, el lenguaje empático y la orientación clara pueden marcar la diferencia en el proceso de adaptación.

CONCLUSIÓN

La creación de un estoma intestinal representa mucho más que un procedimiento quirúrgico funcional; constituye una transformación profunda que involucra la identidad corporal, esfera emocional, sexualidad y vida social del paciente. Como se ha analizado, las alteraciones en la imagen corporal y la autoestima derivadas del estoma pueden actuar como detonantes de ansiedad, depresión o trastornos de adaptación, especialmente si no se dispone de un acompañamiento psicológico oportuno y empático (Bekkers, *et al.*, 1996; White y Hunt, 1997).

La sexualidad, frecuentemente invisibilizada en el discurso clínico, emerge como un componente vulnerable pero esencial en la recuperación integral, ya que su deterioro compromete la calidad de vida, el vínculo de pareja y el sentido de normalidad del paciente (Brown y Randle, 2005; Manderson, 2005). Del mismo modo, el evadir la vida social (debido a temores relacionados con fugas, olores o estigmatización) puede derivar en un aislamiento progresivo, reforzando la sintomatología ansiosa y depresiva (Grant, *et al.*, 2011).

Ante este panorama, se vuelve imprescindible el compromiso del equipo de salud en la identificación proactiva de estos factores psicosociales. La integración de la atención psicológica pre y postoperatoria, la educación sobre adaptación sexual y social, la participación de las parejas y el fortalecimiento de redes de apoyo entre pares deben ser componentes esenciales de un abordaje integral. La formación del personal de salud en competencias comunicacionales y psicoeducativas, así como la derivación a profesionales especializados cuando corresponda, son medidas que contribuyen significativamente a la rehabilitación emocional de las personas ostomizadas (Claessens, *et al.*, 2015; Taylor, 2005).

En suma, el estoma intestinal exige una respuesta clínica que trascienda lo técnico y abrace la dimensión humana del proceso. Solo mediante un enfoque biopsicosocial centrado en la persona será posible favorecer una adaptación saludable, restaurar el bienestar subjetivo y promover una vida digna y plena más allá de la ostomía.

REFERENCIAS

- Bekkers MJ, Nieuwenhuis EE, Schouten W (1996). Psychological effects of stoma surgery: A review. *Journal of Clinical Nursing*; 5(2): 123-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1996.tb00685.x>
- Black P (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*; 13(12): 692-7. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.12.13332>
- Brown H, Randle J (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*; 14(1): 74-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>
- Claessens I, Probert R, Tielemans C, Steen A, Nilsson C, Andersen BD (2015). The Ostomy Life Study: The everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing*; 13(5): 18-25. <https://doi.org/10.12968/gasn.2015.13.5.18>
- Grant M, Ferrell B, Dean G, Uman G, Chu D, Krouse R (2011). Revision and psychometric testing of the City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire. *Quality of Life Research*; 20(9): 1493-1501. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9878-z>
- Manderson L (2005). Boundary breaches: The body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*; 61(2): 405-15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.039>
- Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*; 42(12): 1569-74. <https://doi.org/10.1007/BF02238441>
- Rodríguez-Wong U, Domínguez F (2004). Indicaciones de colostomía en la gangrena de Fournier. *Rev Hosp Jua Méx*; 71(3): 120-3.
- Taylor C (2005). Stoma care and the sexual needs of patients. *Nursing Standard*; 19(31): 45-52. <https://doi.org/10.7748/ns2005.04.19.31.45.c3843>
- White M, Hunt C (1997). Psychological responses of patients to stoma formation. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*; 24(4): 179-86. <https://doi.org/10.1097/00152192-199707000-00003>
- White CA, Hunt JM (1997). Psychological and social aspects of stoma care. *Nursing Times*; 93(28): 49-52.