



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Impacto psicológico y calidad de vida en personas con
síndrome de intestino irritable: una revisión desde el
modelo biopsicosocial.**

Autor/a: Elena Beceiro Paredes

Director/a: Luis Torres Cardona

Madrid

2025/2026

1. Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal caracterizado por dolor abdominal, distensión y alteraciones en el ritmo intestinal sin una causa orgánica identificable. Este cuadro afecta al 14,1 % de la población mundial (Arif et al., 2025) y tiene un impacto significativo en la calidad de vida, el bienestar emocional y el funcionamiento social de quienes lo padecen (Canavan et al., 2014).

En las últimas décadas, numerosas investigaciones han evidenciado una estrecha relación entre el SII y los factores psicológicos (Murillo, 2022). Los resultados señalan que los pacientes con SII presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido en comparación con la población general (Canavan et al., 2014). Esta asociación no es casual; se ha demostrado que los factores psicológicos pueden actuar tanto como factores precipitantes del SII como consecuencia del malestar que generan los síntomas (Murillo, 2022).

Esta interacción se explica a través del eje intestino-cerebro, un sistema bidireccional que conecta el sistema nervioso central con el sistema nervioso del intestino. Esta comunicación se consigue mediante mecanismos neuronales, hormonales y del sistema inmunitario. Cuando este equilibrio está alterado, aparece la hipersensibilidad visceral y se producen cambios en el funcionamiento intestinal, procesos que se ven influidos por el estado emocional de la persona (Drossman, 2016; Mendivil-Sáenz & Remes-Troche, 2025).

En segundo lugar, la calidad de vida de las personas con SII se ve significativamente afectada en múltiples aspectos. Estudios comparativos han demostrado que los pacientes con SII presentan puntuaciones de calidad de vida similares o incluso inferiores a las de pacientes que presentan enfermedades crónicas (Canavan et al., 2014). El carácter impredecible de los síntomas, la necesidad de estar cerca de un baño, las restricciones dietéticas y el dolor crónico generan limitaciones en el ámbito social y laboral (Lacy et al., 2016).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, el SII representa un claro ejemplo del modelo biopsicosocial, en el que los factores biológicos, psicológicos y sociales se influyen mutuamente en el proceso de la enfermedad (Drossman, 2016; Kusnanto et al., 2018). Comprender esta interacción permite proponer intervenciones psicológicas

basadas en la evidencia. La terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso, las intervenciones basadas en mindfulness y la hipnoterapia dirigida al intestino han demostrado mejoras significativas en los síntomas digestivos como en la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de los pacientes que padecen SII (Murillo, 2022).

En conjunto, este trabajo pretende ofrecer una visión integradora del SII desde la psicología de la salud, poniendo en valor la necesidad de un abordaje multidisciplinar que contemple tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales implicados en el trastorno (Drossman, 2016), así como identificar estrategias de intervención psicológica efectivas para mejorar el bienestar de las personas que lo padecen (Murillo, 2022).

2. El síndrome de intestino irritable desde el modelo biopsicosocial

2.1 Definición, características clínicas y epidemiología

El síndrome del colon o intestino irritable (SCI o SII) es un trastorno intestinal funcional que se caracteriza por dolor o malestar abdominal con la defecación y cambios de los hábitos intestinales, además de defecaciones anormales (CIE-11). Se trata de una enfermedad crónica, sin una causa orgánica estructural que explique la sintomatología (Zeledón Corrales et al., 2021). De acuerdo con los criterios de Roma IV, establecidos por la Fundación de Roma y ampliamente aceptados en la comunidad científica internacional, el diagnóstico de SII requiere que el dolor abdominal ocurra al menos un día por semana durante los últimos tres meses, acompañado de dos o más de los siguientes síntomas: relación con la defecación, cambio en la frecuencia de las deposiciones y cambio en la forma o apariencia de las heces. De esta manera, estos criterios permiten clasificar el SII en cuatro subtipos: SII con predominio de diarrea, SII con predominio de estreñimiento, SII con síntomas mixtos de estreñimiento y diarrea, y SII inespecífico (Drossman, 2016).

Desde el punto de vista clínico, el SII cuenta con una sintomatología heterogénea que varía en función del paciente. El síntoma principal común en casi todos los casos es el dolor o malestar abdominal, y se suele atribuir a la defecación, pero también es normal que se presente en casos de estreñimiento. A este, se suele añadir también alteraciones en el ritmo intestinal y distensión abdominal, normalmente asociadas a una acumulación de gas (Zeledón Corrales et al., 2021). Estos síntomas suelen ser fluctuantes y recurrentes,

lo que su imprevisibilidad provoca un aumento del malestar subjetivo de los pacientes. (Canavan et al., 2014).

El síndrome de intestino irritable utilizando los criterios de Roma III y Roma IV, afecta al 14,1% de la población a nivel mundial. La prevalencia varía según el subtipo, siendo el SII con predominio de estreñimiento del 26, 1%, con predominio de diarrea del 26,5%, el subtipo mixto del 31,4% y el no clasificado del 8,3%. Bajo los criterios de Roma IV, el subtipo más frecuente fue el SII con predominio de estreñimiento, con una prevalencia del 34,2% (Arif et al., 2025). Asimismo, se ha observado que la presencia de SII es más común en mujeres que en hombres, con una proporción aproximada del 12% en mujeres y el 9% en hombres, y que su prevalencia es relativamente mayor en adultos jóvenes y de mediana edad, lo que refleja posibles diferencias biológicas y psicosociales entre los distintos grupos poblacionales (Ionescu et al., 2024). Además, se estima que hasta un 30% de los pacientes recurren a especialistas sanitarios, lo que convierte al SII en un trastorno común y en un motivo frecuente de consulta dentro del ámbito de la atención médica. (Canavan et al., 2014).

2.2 El modelo biopsicosocial aplicado al SII

La ausencia de origen orgánico en esta enfermedad ha llevado a que numerosas teorías integradoras traten de explicar sus características. Tras varios años de investigación, finalmente se habla de un modelo biopsicosocial para explicar la etiología, el mantenimiento y la vivencia de esta enfermedad, al hablar de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Murillo, 2022).

El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel en 1977 (citado en Murillo, 2022), surge como respuesta a las erróneas concepciones como enfermedad orgánica. De esta manera, se presenta la clave de esta enfermedad, que es la interrelación entre procesos fisiológicos, variables psicológicas y el contexto social del individuo. Gracias a este enfoque se pueden demostrar los motivos por los cuales cada individuo presenta una serie de características y síntomas particulares con esta enfermedad, y que por tanto no es común a todos los pacientes que la padecen, como suele ocurrir en otras enfermedades con causas orgánicas justificadas (Murillo, 2022).

Sin embargo, al comienzo este enfoque no fue del todo aceptado debido a que los modelos predominantes priorizaban una explicación biomédica de la enfermedad. A pesar de esto, en presencia de trastornos funcionales no se puede hacer únicamente esta aproximación, ya que es necesario de igual forma incorporar factores psicológicos y sociales en su comprensión y abordaje (Drossman, 2016).

Desde el punto de vista biológico, el SII se ha explicado por mecanismos fisiopatológicos, entre los que destacan la hipersensibilidad visceral, las alteraciones en la motilidad intestinal, los cambios en la permeabilidad intestinal y la disbiosis de la microbiota. (Drossman, 2016; Naranjo Logroño et al., 2021). La microbiota intestinal se define como el conjunto de microorganismos, entre los que destacan bacterias, arqueas, hongos y virus que habitan en el tracto intestinal, especialmente en el colon. Tiene funciones en la regulación de procesos digestivos, inmunológicos, metabólicos y neuropsicológicos, por eso tiene un papel fundamental en la relación bidireccional del eje intestino-cerebro, aspecto que será desarrollado en el apartado siguiente. De igual forma, la microbiota influye en la regulación de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) (Vázquez Puebla, 2025). Estas interacciones sustentan la relevancia del eje intestino-cerebro y permiten explicar la estrecha relación que existe entre los síntomas gastrointestinales y los estados emocionales (Drossman, 2016).

El componente psicológico es igualmente importante, ya que se ha demostrado que un gran número de pacientes con SII padecen al mismo tiempo problemas psicológicos como ansiedad, estrés, o depresión, así como procesos cognitivos disfuncionales como la hipervigilancia somática, el catastrofismo o la rumiación. La prevalencia de estos trastornos mentales afecta directamente al curso del SII, al crearse un círculo vicioso en el cual el estrés y la ansiedad se asocian con un empeoramiento de los síntomas gastrointestinales, incluyendo alteraciones en el patrón evacuatorio, y estos síntomas, a su vez, agravan el estado emocional del individuo (Pop et al., 2025)

Por último, el enfoque social hace referencia al entorno que rodea a la persona, que tiene un impacto directo en la enfermedad. En este apartado se hace referencia al contexto vital y relacional del individuo, donde se encuentran las exigencias familiares, los eventos vitales estresantes y las experiencias adversas tempranas, factores que se han

relacionado con la aparición y mantenimiento del SII (Murillo, 2022). Dentro de este punto también se puede mencionar cómo afecta en la persona con SII, la percepción de incompreensión de los síntomas de la enfermedad tanto por parte de personas cercanas como del sistema sanitario, lo que influye negativamente en la experiencia de la enfermedad (Lacy et al., 2016). Todo esto aumenta la frustración, la desesperanza y el bienestar psicológico, lo que incrementa la sintomatología del SII. (Drossman, 2016).

2.3 El eje intestino-cerebro

En primer lugar, el eje intestino-cerebro se entiende como la relación bidireccional existente entre la microbiota intestinal y el sistema nervioso central. En esta conexión se encuentra el traspaso de información de señales neuronales, endocrinas, inmunológicas y metabólicas. Gracias a este eje se puede comprobar que los procesos intestinales pueden influir en el cerebro, y de igual forma, los estados emocionales y cognitivos llegan a tener un impacto en la función gastrointestinal. Esto nos lleva directamente al SII, ya que este eje constituye un papel muy importante en los trastornos funcionales. Es considerado uno de los denominados *disorders of gut-brain interaction*, término adoptado en los criterios Roma IV para resaltar la relación entre el cerebro y el intestino en el mantenimiento de los síntomas (Drossman, 2016).

Tradicionalmente, se consideraba que el intestino únicamente tenía funciones digestivas, pero en las últimas investigaciones se ha podido demostrar que este órgano cuenta con más de 1000 millones de neuronas que conforman el sistema nervioso entérico, un subsistema dentro del sistema nervioso autónomo. Esta compleja red neuronal le proporciona una autonomía funcional al intestino, que le lleva a denominarlo metafóricamente como “el segundo cerebro” (Gershon, 1999).

La conexión que se establece entre intestino-cerebro ocurre de varias maneras. En primer lugar, el nervio vago es considerado la principal vía neuronal de comunicación entre ambos. Está formado por fibras aferentes que transmiten información desde el tracto intestinal al sistema nervioso central, y vías eferentes que envían señales del cerebro al intestino. A través de esta vía se transmiten señales relacionadas con la actividad microbiana, procesos inflamatorios, y alteraciones en la motilidad intestinal. Desde el tronco encefálico las señales se proyectan hacia estructuras cerebrales superiores encargadas de la regulación emocional, como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. (Fulling et al., 2019).

En segundo lugar, la comunicación se establece también través de la vía sistémica mediante mecanismos endocrinos y metabólicos. En este contexto, tiene un papel importante la microbiota, que es capaz de sintetizar neurotransmisores, como la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la dopamina. Todos ellos ayudan a regular emociones y están implicados en la respuesta al estrés. (Vázquez Puebla, 2025). Se estima que el 90 % de la serotonina aproximadamente es sintetizada en el intestino, lo que respalda la importancia que tiene el intestino en nuestro estado emocional (Loh et al., 2024).

También, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), principal sistema implicado en la respuesta al estrés, está igualmente involucrado en el SII. Cuando el organismo percibe una situación de estrés, el hipotálamo libera la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula a la hipófisis anterior en la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), proceso que induce la liberación de cortisol por las glándulas suprarrenales. Eso explica que, ante el estrés, se pueda ver afectada la motilidad, la secreción y la composición de la microbiota, favoreciendo la aparición de hipersensibilidad visceral, y malestar de los síntomas del SII (Mendivil-Sáenz & Remes-Troche, 2025).

Por otro lado, la microbiota también influye en los metabolitos intestinales, que corresponden a los ácidos grasos de cadena corta. Estos pueden atravesar directamente la barrera hematoencefálica, y por tanto tienen efectos sobre la integridad de la barrera intestinal y en la inflamación intestinal, afectando a la respuesta intestinal y cerebral (Vázquez Puebla, 2025). A esto, en la conexión intestino-cerebro se suma el sistema inmunitario, que actúa también como intermediario al enviar señales en forma de citosinas proinflamatorias y antiinflamatorias (Drossman, 2016).

En el caso del SII, estas vías de comunicación pueden verse alteradas por malestar emocional o estrés crónico, por eso se refuerza la importancia de entender el carácter bidireccional de este eje. En este contexto, el malestar psicológico puede intensificar los síntomas gastrointestinales y, del mismo modo, la intensificación de estos síntomas puede empeorar el estado mental de los pacientes, dando lugar a círculos de retroalimentación negativa (Drossman, 2016).

El eje intestino cerebro aporta una manera de abordar el SII entendiendo que microbiota, barrera intestinal, inflamación, hipersensibilidad visceral y estrés están

influidos mutuamente (Drossman, 2016; Mendívil-Sáenz & Remes-Troche, 2025; Ionescu et al., 2024). Se ha comprobado que intervenciones con probióticos han proporcionado mejoras variables de la salud mental (Sánchez Knupflemacher et al., 2025). Esto motiva la importancia de tratar este síndrome también desde un enfoque psicológico y no puramente digestivo, coherente con el modelo biopsicosocial, mediante el cual se integran los factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de los síntomas del SII (Drossman, 2016; Mendívil-Sáenz & Remes-Troche, 2025).

Bibliografía

Arif, T. B., Ali, S. H., Bhojwani, K. D., Sadiq, M., Siddiqui, A. A., Ur-Rahman, A., Khan, M. Z., Hasan, F., & Shahzil, M. (2025). Global prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome from 2006 to 2024 using the Rome III and IV criteria: a meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 37(12), 1314–1325.
<https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002994>

Canavan, C., West, J., & Card, T. (2014). The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6, 71–80.
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S40245>

CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. (s/f). Who.int. Recuperado el 9 de enero de 2026, de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es>

Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>

Fülling, C., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2019). Gut microbe to brain signaling: What happens in vagus.... *Neuron*, 101(6), 998–1002.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.02.008>

Gershon, M. D. (1999). *The second brain: A groundbreaking new understanding of nervous disorders of the stomach and intestine*. HarperPerennial. https://books.google.es/books?id=eFqS__GgFfgC

Ionescu, V. A., Gheorghe, G., Georgescu, T. F., Bacalbasa, N., Gheorghe, F., & Diaconu, C. C. (2024). The latest data concerning the etiology and pathogenesis of irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 13(17), 5124. <https://doi.org/10.3390/jcm13175124>

Kusnanto, H., Agustian, D., & Hilmanto, D. (2018). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 497–500. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_145_17

Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simrén, M., & Spiller, R. (2016). *Bowel disorders*. *Gastroenterology*, 150(6), 1393–1407. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>

Loh, J. S., Mak, W. Q., Tan, L. K. S., Ng, C. X., Chan, H. H., Yeow, S. H., Foo, J. B., Ong, Y. S., How, C. W., & Khaw, K. Y. (2024). Microbiota-gut-brain axis and its therapeutic applications in neurodegenerative diseases. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 37. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01743-1>

Mendivil-Sáenz, S. P., & Remes-Troche, J. M. (2025). Conceptos actuales en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable: de la motilidad intestinal al eje intestino-cerebro. *Clínicas de Gastroenterología de México*, 1(1), 10-23. <https://doi.org/10.24875/CGM.M25000006>

Murillo, A. (2022). Abordaje psicológico como parte del tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable (SII): Una revisión bibliográfica. *PsicoInnova*, 6(1), 8–25. <https://doi.org/10.54376/psicoinnova.v6i1.130>

Naranjo Logroño, I. E., Naranjo Coronel, A. A., Beltrán Vera, A. D., & Dávila Santillán, R. S. (2021). Dysbiosis and intestinal permeability: Causes and effects of altering normal intestinal flora. *ESPOCH Congresses: The Ecuadorian Journal of S.T.E.A.M.*, 1524–1537. <https://doi.org/10.18502/espoch.v1i6.9640>

Pop, D., Man, S. C., & Farcău, D. (2025). Anxiety and depression in children with irritable bowel syndrome-A narrative review. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 15(4), 433. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15040433>

Sánchez Knupflemacher, D., Vargas Becerril, J. G., Espejel Suarez, M., Sánchez García, X. A., & Gama Jiménez, B. E. (2025). Eje Intestino-Cerebro y Salud Mental: Revisión Sistemática del Rol del Microbioma en la Regulación Emocional. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 6(2), 771–786. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v6i2.643>

Vázquez Puebla, A. E. (2025). El segundo cerebro: la conexión entre la microbiota intestinal y la salud mental. *Epistemos*, 19(38), e3814421. <https://doi.org/10.36790/epistemos.v19i38.421>

Zeledón Corrales, N., Serrano Suárez, J. A., & Fernández Agudelo, S. (2021). Síndrome intestino irritable. *Revista Medica Sinergia*, 6(2), e645. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.645>