



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

**ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ÚLTIMA DÉCADA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Ambar Dayli Yaulema Zavala

Director:

Mg. Carlos Rodrigo Moreta Herrera

Ambato – Ecuador

Septiembre 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **AMBAR DAYLI YAULEMA ZAVALA**, con cédula de ciudadanía **0606181410**, autora del trabajo de graduación intitulado: "ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ÚLTIMA DECADA", previa la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, septiembre 2025



Ambar Dayli Yaulema Zavala

CC. 0606181410

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ÚLTIMA DÉCADA**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Ambar Dayli Yaulema Zavala

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

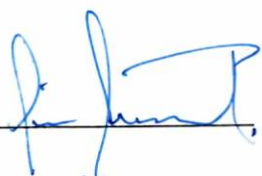
Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

CALIFICADOR

f. 


Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

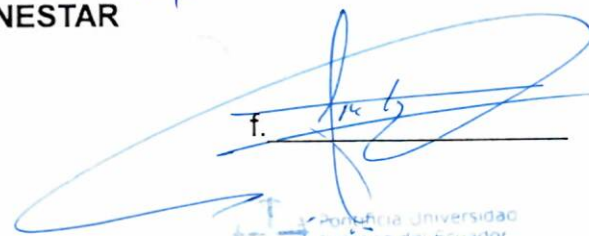
Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Espec.

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PUCESA WADU RIA

Ambato – Ecuador
Septiembre 2025

DEDICATORIA

A mi madre, por su amor incondicional y por ser ejemplo de fortaleza y dedicación.

A mi hermano, por estar siempre a mi lado, brindándome apoyo y compañía en cada etapa de mi vida.

A mi familia, por su confianza y por ser el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mis amigas, por su cariño sincero, su compañía en los momentos difíciles y por celebrar conmigo cada pequeño logro; gracias por ser parte de este camino.

AGRADECIMIENTO

La vida está hecha de contrastes y memorias. Quién diría que, después de cuatro años, estaría escribiendo estas letras.

Agradecer es reconocer que no hemos caminado solas, que cada paso estuvo acompañado de voces, gestos, silencios y presencias que marcaron este camino.

Agradezco profundamente a la Universidad, por haber sido el espacio que me permitió formarme no solo como futura profesional, sino como ser humano. A mis docentes, por cada clase, cada palabra y cada semilla que hoy florece.

A mis amigas, las de café con bolón y catarsis espontánea, gracias. Porque reímos, lloramos, nos analizamos y nos sostuvimos. Hoy entiendo que entre risas y diagnósticos casuales, también sanamos.

A mi hermano, mi ingeniero de confianza, gracias por rescatarme de los enredos de Word, por tu ingenio, tu creatividad y ese amor callado que siempre está. Aunque no lo digamos todo el tiempo, sabemos que estamos uno para el otro. Te quiero.

A ti, mamá. A mi brújula, mi fuerza, mi historia viva. A los 23, ya tenías dos hijos, estudiabas, trabajabas... y nunca dejaste de soñar. Míranos ahora. Esta tesis también es tuya. Gracias por enseñarme el valor de la independencia, por amarme con firmeza, por ser mi ejemplo silencioso. Y sí, sé que te he sacado una que otra cana (que te quedan espectaculares, por cierto), muchas sonrisas y algunas lágrimas. Te amo con mi vida.

Y a mí. A la mujer que estoy siendo. A la que cayó y se levantó, que dudó pero se eligió. Porque si algo he aprendido es que la vulnerabilidad no me hace débil: me hace humana, me hace fuerte.

A ti, Ámbar: vas a ser una gran psicóloga clínica. Por tu intuición, tu humor, tu mirada analítica... y esa forma tuya tan única de mirar el mundo también desde el alma.

Este es solo el primero de muchos logros. Vamos a lograrlo

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional del tracto gastrointestinal que ha sido ampliamente asociado con factores psicoemocionales como el estrés y la ansiedad. La presente investigación tiene como objetivo examinar de forma sistemática la evidencia empírica publicada en la última década que relacione estos dos estados emocionales con la manifestación o agravamiento del SII. Para ello, se empleó la metodología PRISMA, aplicando criterios de inclusión y exclusión rigurosos en bases de datos académicas como PubMed, Scopus, Scielo y Redalyc.

Se seleccionaron 25 estudios originales con enfoque cuantitativo, excluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis, con el fin de preservar la objetividad del análisis. Los hallazgos revelan una tendencia significativa: el estrés crónico y los niveles elevados de ansiedad constituyen factores de riesgo que inciden en la frecuencia e intensidad de los síntomas gastrointestinales, además de modificar la calidad de vida de los pacientes. Se discuten mecanismos biológicos como la disfunción del eje intestino-cerebro y respuestas hipersensibles del sistema nervioso entérico.

Esta revisión destaca la importancia de considerar el componente psicológico en el abordaje integral del SII y sugiere la necesidad de intervenciones interdisciplinarias que incluyan la gestión emocional como parte del tratamiento clínico.

Palabras clave: síndrome de intestino irritable, estrés, ansiedad, eje intestino-cerebro, revisión sistemática.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder that has been strongly associated with psycho-emotional factors such as stress and anxiety. This study aims to systematically examine empirical evidence published over the last decade regarding the relationship between these emotional states and the onset or exacerbation of IBS. Following the PRISMA methodology, a rigorous selection process was applied across academic databases including PubMed, Scopus, Scielo, and Redalyc.

A total of 25 original quantitative studies were included, while systematic reviews and meta-analyses were excluded to ensure objective analysis. The findings reveal a significant trend: chronic stress and elevated anxiety levels are risk factors that influence the frequency and severity of gastrointestinal symptoms and impact patients' quality of life. Biological mechanisms such as dysfunction of the gut-brain axis and hypersensitive responses of the enteric nervous system are discussed.

This review highlights the importance of incorporating psychological components in the comprehensive management of IBS and suggests the need for interdisciplinary interventions that address emotional regulation as part of clinical treatment.

Keywords: *irritable bowel syndrome, stress, anxiety, gut-brain axis, systematic review.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. Aproximaciones conceptuales sobre el estrés en adultos.....	6
1.2. Aproximaciones teóricas sobre la ansiedad	12
1.3. Síndrome de intestino irritable.....	23
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	33
2.1. Tipo y enfoque de investigación	33
2.2. <i>Corpus</i> de estudio	34
2.3. Procedimiento	35
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.1. Impacto.....	54
3.2. Discusión.....	56
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional crónico que afecta al tracto gastrointestinal. Se caracteriza por la presencia recurrente de dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales y una alteración importante en la calidad de vida de quienes lo padecen, sin que exista una causa orgánica específica que lo explique (Mearin et al., 2016). Aunque durante mucho tiempo se abordó principalmente desde un enfoque médico centrado en la motilidad intestinal y la hipersensibilidad visceral, investigaciones más recientes han puesto en evidencia la estrecha relación que existe entre sus síntomas y factores psicoemocionales, en particular el estrés y la ansiedad.

En este sentido, distintos estudios han confirmado la existencia de un vínculo funcional entre el sistema nervioso central y el aparato digestivo a través del eje intestino-cerebro, una vía de comunicación bidireccional que regula tanto funciones fisiológicas como respuestas emocionales (Carabotti et al., 2015). Cuando este eje se ve alterado por situaciones de estrés crónico o ansiedad persistente, se pueden desencadenar o intensificar síntomas gastrointestinales, estableciendo un círculo vicioso en el que el malestar emocional y físico se retroalimentan.

A raíz del incremento en la prevalencia del SII y de las múltiples repercusiones que genera a nivel biopsicosocial, resulta pertinente revisar de manera sistemática los hallazgos científicos que relacionan el estrés y la ansiedad con este trastorno, especialmente en el contexto de los últimos diez años. Esta revisión permitirá reconocer patrones comunes, comprender mejor los mecanismos implicados y destacar propuestas de intervención que integren el componente emocional dentro del abordaje terapéutico.

En ese marco, el propósito de esta investigación es examinar estudios empíricos recientes que analicen la relación entre el SII y los factores emocionales mencionados, con el fin de contribuir a una comprensión más integradora del problema. El objetivo es abordar esta interacción desde una mirada que combine elementos biológicos, psicológicos y sociales.

Actualmente, el SII se reconoce como uno de los trastornos funcionales gastrointestinales más frecuentes en el mundo, con una prevalencia estimada entre el 4 % y el 10 % de la población general, afectando de forma significativa la vida cotidiana de quienes lo padecen (Canavan, West, & Card, 2014). En América Latina —y en países como Ecuador en particular—, la información sobre esta condición es aún escasa, lo que dificulta su diagnóstico oportuno y su tratamiento adecuado (Valenzuela, Tello, & Viteri, 2020). Esta situación representa un desafío para los sistemas de salud pública, que deben considerar enfoques más integrales.

En los últimos años, la literatura especializada ha destacado el papel que desempeñan el estrés y la ansiedad en la aparición o agravamiento del SII. El eje intestino-cerebro —también conocido como *gut-brain axis*— actúa como el principal canal de comunicación entre el cerebro y el intestino, a través de mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos y autonómicos. Este sistema permite que los estados emocionales influyan directamente en procesos como la motilidad intestinal, la secreción digestiva y la percepción del dolor (Carabotti, Scirocco, Maselli, & Severi, 2015).

La exposición prolongada al estrés, así como niveles elevados de ansiedad, se han asociado con la activación sostenida del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, cambios en la microbiota intestinal y una mayor sensibilidad al dolor visceral. Todo ello favorece la cronificación del malestar gastrointestinal (Chaudhary, Bhattarai, Paudel, Pokhrel, & Pokharel, 2020). Sin embargo, a pesar del avance en este campo, los estudios disponibles presentan una considerable heterogeneidad metodológica, lo que complica la integración de resultados y limita su aplicabilidad clínica.

Por ello, la problemática central radica en que, aunque se reconoce la influencia del estrés y la ansiedad en el SII, aún no se cuenta con una sistematización clara de la evidencia que permita generar conclusiones sólidas y útiles para la práctica clínica. La diversidad en los diseños de investigación y la falta de un análisis comparativo robusto obstaculizan una visión clara del fenómeno.

A partir de este panorama, surge la pregunta central de investigación: ¿Qué impacto tienen el estrés y la ansiedad en las manifestaciones gastrointestinales de las personas con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, según la evidencia publicada durante la última década?

Desde esta inquietud, se propone la siguiente hipótesis: el estrés y la ansiedad constituyen factores emocionales relevantes que influyen de forma significativa en la aparición, frecuencia e intensidad de los síntomas del SII, de acuerdo con los estudios empíricos más recientes.

El objetivo general de esta investigación es analizar los principales impactos del estrés y la ansiedad en la manifestación de alteraciones gastrointestinales en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable, a partir de la evidencia empírica publicada en la última década.

Tareas de investigación:

1. Identificar los estudios más destacados y actuales en torno a los efectos del estrés y la ansiedad en los trastornos gastrointestinales.
2. Evaluar las contribuciones más relevantes de los textos previamente revisados.
3. Detectar vacíos existentes en la literatura que permitan proponer futuros estudios de carácter empírico.
4. Sistematizar la información recolectada de las evidencias identificadas.

La presente investigación adopta un enfoque metodológico postpositivista, el cual permite aproximarse al fenómeno de estudio a través del análisis crítico y sistemático de datos empíricos previamente publicados. Desde esta perspectiva, se asume que el conocimiento es aproximado, revisable y dependiente del contexto, por lo que se prioriza la objetividad, la contrastación de evidencias y la evaluación rigurosa de la calidad metodológica de los estudios revisados.

La modalidad empleada corresponde a una revisión sistemática de tipo cuantitativo, orientada a recopilar, analizar y sintetizar resultados empíricos sobre la relación

entre el estrés, la ansiedad y el síndrome de intestino irritable. Para ello, se aplicaron criterios definidos de inclusión y exclusión, se utilizaron descriptores específicos en distintos idiomas, y se organizaron los hallazgos mediante matrices de extracción de datos y análisis temático comparativo. Este procedimiento permitió identificar patrones comunes, tendencias significativas y vacíos en la literatura reciente, con el fin de responder a la pregunta de investigación planteada.

El proceso de revisión sistemática se guía por los lineamientos metodológicos propuestos en *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), con el propósito de asegurar la transparencia, coherencia y validez en la selección, evaluación y análisis de los estudios incluidos. Para ello, se consultan bases de datos científicas reconocidas como PubMed, Scopus, Scielo y Redalyc. Se aplican criterios de inclusión que limitan la revisión a investigaciones originales de tipo cuantitativo, publicadas entre 2015 y 2025, y se excluyen metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios de carácter teórico, con el fin de garantizar la objetividad y consistencia del análisis.

A modo de justificación el enfoque postpositivista, reconoce la existencia de una realidad objetiva pero admite su aprehensión de manera parcial y contextual, el presente estudio se orienta a analizar la relación entre el estrés, la ansiedad y el síndrome de intestino irritable (SII), mediante la integración crítica de hallazgos empíricos generados en la última década. El interés central radica en comprender cómo estas variables interactúan y se manifiestan en distintos contextos clínicos, y de qué manera afectan la presentación sintomática, la calidad de vida y la respuesta terapéutica en las personas que conviven con este trastorno funcional.

El SII constituye una condición de alta prevalencia que, si bien carece de una etiología orgánica identificable, conlleva una carga significativa de malestar físico y emocional. La literatura ha señalado que el eje intestino-cerebro desempeña un papel clave en la modulación de sus síntomas, siendo el estrés crónico y la ansiedad factores particularmente influyentes (Chong et al., 2019). Sin embargo, los abordajes centrados únicamente en lo biológico han demostrado ser insuficientes, lo que hace necesario explorar con mayor profundidad las

dimensiones psicoemocionales desde una perspectiva crítica y basada en evidencia.

En este sentido, la revisión sistemática propuesta no solo busca identificar patrones y correlaciones en estudios previos, sino también valorar la calidad metodológica de los mismos, respetando el principio postpositivista de falibilidad del conocimiento. Este análisis contribuirá a generar una visión más amplia y fundamentada del fenómeno, que pueda servir de base para decisiones clínicas, programas de intervención interdisciplinaria y futuras investigaciones que integren los componentes psicológicos en el abordaje del SII.

De este modo, la relevancia de la presente investigación se justifica tanto por su aporte teórico al campo de la salud mental y digestiva, como por su potencial utilidad práctica en la mejora de estrategias diagnósticas y terapéuticas, que reconozcan la complejidad biopsicosocial del ser humano como unidad de análisis e intervención.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Aproximaciones conceptuales sobre el estrés en adultos

El estrés constituye una reacción psicobiológica del organismo ante circunstancias que son percibidas como demandantes, desafiantes o amenazantes para el equilibrio interno. Se trata de una respuesta adaptativa que moviliza recursos físicos y psicológicos con el propósito de enfrentar situaciones externas o internas que requieren una acción inmediata (McEwen, 2007). Esta activación involucra múltiples sistemas, incluyendo el sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y la liberación de hormonas como la adrenalina, la noradrenalina y el cortisol, fundamentales para la preparación fisiológica ante una posible amenaza (Fink, 2009).

En términos funcionales, el estrés abarca dimensiones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. A nivel físico, se manifiesta a través del aumento de la frecuencia cardíaca, la tensión muscular, las alteraciones del sueño y otras respuestas que permiten la adaptación temporal. Desde el plano emocional, pueden presentarse sentimientos de ansiedad, irritabilidad o tristeza; en lo cognitivo, el estrés puede afectar procesos como la atención, la memoria o la toma de decisiones (Konarska, 2010). A nivel conductual, es común observar cambios en los hábitos de alimentación, consumo de sustancias o patrones de evitación social. La intensidad y duración de estas manifestaciones varía según la evaluación subjetiva del estresor y la disponibilidad de recursos personales para enfrentarlo (Lazarus & Folkman, 1984).

Clasificación del estrés poner fuentes en lo subrayado

Esta respuesta psicofisiológica puede clasificarse según su duración, funcionalidad y contexto. En cuanto al tiempo, se distingue entre estrés agudo y crónico. El primero es transitorio y se produce frente a una situación puntual, generando una activación breve del sistema de respuesta al estrés (Moisan & Le Moal 2012). Una vez superado el estímulo, los niveles fisiológicos tienden a normalizarse sin dejar

secuelas. En contraste, el estrés crónico se mantiene en el tiempo, asociado a situaciones persistentes como conflictos interpersonales, precariedad económica o enfermedades prolongadas (Moisan & Le Moal, 2012). Esta forma sostenida de activación genera efectos perjudiciales sobre el sistema inmune, cardiovascular y neurológico, y se vincula con trastornos como la ansiedad y la depresión (Contreras & Martínez, 2021).

Desde un enfoque funcional, Hans Selye (1976) introdujo los conceptos de *eustrés* y *distrés*. El *eustrés* describe un estado de activación positivo, que estimula el rendimiento y facilita la adaptación. En cambio, el *distrés* se relaciona con una sobrecarga que desborda las capacidades de afrontamiento, deteriorando el bienestar físico y mental (González & Vásquez, 2022).

En lo contextual, se identifican distintas formas de estrés según su fuente principal. Por ejemplo, el estrés laboral se asocia a exigencias profesionales intensas o relaciones jerárquicas conflictivas; el estrés académico aparece ante demandas escolares excesivas o evaluaciones exigentes; el estrés interpersonal se vincula con dinámicas relacionales complejas o inestables; el estrés ambiental se relaciona con condiciones del entorno físico como el ruido o el hacinamiento; y el estrés financiero proviene de la inseguridad económica o la falta de recursos (Wheaton et al., 2013; Neureiter et al., 2017).

Determinantes del estrés

Los determinantes del estrés pueden dividirse en factores internos y externos. Los internos hacen referencia a características personales que influyen en la manera en que se perciben y procesan los estímulos. Entre ellos se encuentran el estilo de personalidad, la autoestima, la capacidad de resiliencia y las estrategias de afrontamiento. La interpretación subjetiva de una situación resulta fundamental: mientras una persona puede considerar un evento como desafiante, otra puede percibirlo como una amenaza significativa (Lazarus & Folkman, 1984).

En cuanto a los factores externos, estos abarcan elementos del entorno familiar, social, laboral y económico. Problemas financieros, conflictos interpersonales, enfermedades crónicas, o condiciones de inseguridad pueden actuar como estresores constantes. Asimismo, variables como la edad, el sexo, el nivel de educación y el estatus socioeconómico influyen en la forma en que una persona enfrenta situaciones de presión o incertidumbre (Pérez-García et al., 2020). La interacción entre estas variables determina la vulnerabilidad individual al estrés y modula la magnitud de la respuesta adaptativa.

Consecuencias del estrés en la salud física

Cuando la respuesta al estrés se mantiene activa de forma prolongada, se producen alteraciones significativas en los principales sistemas fisiológicos del cuerpo. La activación continua del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso simpático conduce a un desequilibrio en los procesos de regulación interna, comprometiendo funciones esenciales del organismo (Frigerio, 2012). La evidencia empírica ha demostrado que el estrés crónico se asocia con disfunciones inmunológicas, cardiovasculares, digestivas y neuroendocrinas, las cuales incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades físicas y trastornos psicosomáticos (García-Campayo & Pérez, 2019; Martínez et al., 2021).

En el ámbito cardiovascular, se ha observado un vínculo directo entre el estrés sostenido y condiciones como la hipertensión arterial, las arritmias y el aumento del riesgo de enfermedades coronarias McEwen (2007). Por su parte, a nivel digestivo, la alteración en la motilidad intestinal, el incremento de la sensibilidad visceral y los cambios en la microbiota han sido relacionados con la aparición de patologías como el síndrome de intestino irritable, la gastritis funcional y las úlceras gástricas. Estas alteraciones suelen intensificarse en personas que experimentan altos niveles de ansiedad o presión emocional constante.

Glaser y Kiecolt-Glaser (2005) sostienen que el sistema inmunológico también se ve comprometido por la exposición prolongada al estrés. Se ha identificado una reducción en la actividad de las células protectoras, así como un aumento de

procesos inflamatorios crónicos que debilitan la respuesta ante infecciones. Esto se traduce en una mayor susceptibilidad a enfermedades virales, reacciones alérgicas e incluso en una menor eficacia de tratamientos médicos en pacientes sometidos a estrés constante.

De manera complementaria, pueden presentarse síntomas físicos persistentes como cefaleas, dolores musculares, insomnio, disfunción sexual, alteraciones en el apetito y fatiga crónica. Asimismo, la presencia de estrés prolongado se asocia con el inicio o mantenimiento de conductas de riesgo, entre ellas el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas, las cuales terminan amplificando el deterioro físico general y dificultan la recuperación del equilibrio orgánico

Factores de Riesgo.

Existen elementos que, por su naturaleza biológica, psicológica o social, aumentan la probabilidad de que una persona experimente niveles elevados de estrés ante situaciones desafiantes. Estos factores de riesgo no actúan de forma aislada, sino que interactúan entre sí, modulando tanto la percepción del estresor como la intensidad de la respuesta adaptativa.

Desde el ámbito biológico, la predisposición genética puede influir en la reactividad del sistema neuroendocrino, especialmente en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (Heim & Nemeroff, 2001). Alteraciones en este eje pueden generar respuestas exageradas o sostenidas, contribuyendo al desgaste fisiológico y al desarrollo de enfermedades relacionadas, como los trastornos de ansiedad o los síndromes psicósomáticos (Schneiderman & Baum, 2018). Además, la presencia de enfermedades inflamatorias o condiciones inmunológicas previas incrementa la sensibilidad a los efectos del estrés.

En el plano psicológico, ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la baja tolerancia a la frustración o la tendencia a la rumiación emocional se asocian con una mayor vulnerabilidad (Ingram & Luxton, 2005). Las personas con escasas habilidades de afrontamiento o con estilos desadaptativos suelen interpretar los

eventos como más amenazantes, manteniendo activa la respuesta al estrés durante periodos prolongados. De igual manera, la percepción de falta de control y una autoestima deteriorada son factores relevantes que amplifican la reacción estresante (Schneiderman & Baum, 2018).

Desde una perspectiva psicosocial, situaciones vitales adversas como pérdidas significativas, violencia, o conflicto familiar actúan como detonantes de alta carga emocional. A esto se suman condiciones estructurales como la inestabilidad laboral, la pobreza o la exclusión social, que limitan los recursos disponibles para hacer frente a las exigencias del entorno. En contextos prolongados, como el cuidado de personas con enfermedades crónicas o la exposición constante a entornos disfuncionales, el riesgo de agotamiento emocional se incrementa de forma significativa (Saner, 2005).

En conjunto, la combinación de estos factores no solo intensifica la percepción del estrés, sino que también modifica la respuesta fisiológica, afectando sistemas clave como el gastrointestinal, el cardiovascular y el inmune. Esto explica por qué algunas personas desarrollan trastornos asociados al estrés, mientras que otras, ante estímulos similares, logran mantener su equilibrio sin consecuencias clínicas evidentes.

Mecanismos de evaluación

El análisis del estrés requiere considerar los procesos neurobiológicos que regulan la respuesta adaptativa del organismo. Esta activación implica una compleja interacción entre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y el sistema nervioso simpático, lo que origina la liberación de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina, junto con glucocorticoides como el cortisol, los cuales preparan al cuerpo para enfrentar demandas externas percibidas como amenazantes (Koptev & Vynnyk, 2017). Si bien esta respuesta resulta útil en situaciones agudas, su permanencia puede alterar el equilibrio de sistemas como el inmunológico, el endocrino y el gastrointestinal.

Desde una perspectiva neurobiológica, se ha identificado el papel fundamental del sistema límbico, especialmente de estructuras como la amígdala y el hipocampo, en la regulación del estrés. La hiperactivación sostenida de estas áreas puede interferir en funciones cognitivas esenciales, como la memoria, la atención y el procesamiento emocional, generando un estado de alerta prolongado que deteriora la homeostasis del organismo (Ovsiannikova et al., 2024). Esta disfunción se ha asociado con la aparición de trastornos psicofisiológicos como el síndrome de intestino irritable, la ansiedad generalizada o la depresión.

Para su medición, se emplean herramientas psicométricas diseñadas para captar la dimensión subjetiva del estrés. Una de las más utilizadas es el Inventario de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS), elaborado por Cohen et al. (1983), el cual evalúa el grado en que las personas consideran sus circunstancias vitales como impredecibles o abrumadoras. Junto a esta escala, se emplean cuestionarios clínicos como el de Goldberg o el Inventario de Síntomas de Estrés de Lipp, que permiten identificar manifestaciones físicas, emocionales y conductuales vinculadas al estrés.

En contextos clínicos y de investigación, también se utilizan medidas fisiológicas para complementar la evaluación subjetiva. Entre estas destacan los niveles de cortisol detectados en saliva, sangre u orina, los cuales proporcionan un indicador objetivo del nivel de activación fisiológica sostenida. Estos marcadores permiten estimar la carga alostática, es decir, el desgaste acumulado del organismo frente a la exposición repetida al estrés (Hellhammer, Wüst, & Kudielka, 2009).

Una evaluación integral exige integrar tanto indicadores biológicos como autorreportes, reconociendo que la respuesta al estrés se encuentra condicionada por variables personales, contextuales y fisiológicas. Este enfoque permite comprender no solo la intensidad del estrés, sino también su impacto potencial en la salud del individuo.

Mecanismo y técnicas de intervención

El abordaje del estrés crónico requiere intervenciones que actúen tanto a nivel fisiológico como cognitivo. Desde la regulación corporal, técnicas como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y el *biofeedback* ayudan a disminuir la activación del sistema nervioso simpático y a normalizar los niveles de cortisol, favoreciendo el equilibrio homeostático (Pizova & Pizov, 2023).

En el plano psicológico, la terapia cognitivo-conductual permite identificar y modificar pensamientos disfuncionales, promoviendo interpretaciones más adaptativas de las situaciones estresantes (Beck, 2011). A su vez, el enfoque *mindfulness*, especialmente a través del programa MBSR, ha demostrado eficacia en la reducción de síntomas físicos y emocionales del estrés (Kabat-Zinn, 2003). Complementariamente, se destacan los cambios en el estilo de vida, como el ejercicio regular, el buen descanso y una alimentación equilibrada. En casos clínicos, puede considerarse el uso controlado de psicofármacos, como antidepresivos o ansiolíticos, dentro de un tratamiento integral (Lundqvist et al., 2008).

En conjunto, un enfoque multidimensional que combine estrategias psicoterapéuticas, fisiológicas y, cuando sea necesario, farmacológicas, resulta más efectivo para mitigar el impacto del estrés y fortalecer la resiliencia (Neureiter et al., 2017).

1.2. Aproximaciones teóricas sobre la ansiedad

La ansiedad se entiende como un estado emocional complejo que implica una activación psicofisiológica intensa acompañada de pensamientos anticipatorios relacionados con posibles amenazas o daños (Öhman, 2007). Esta respuesta puede surgir aun cuando el estímulo amenazante no sea concreto o inmediato, lo que la diferencia del miedo, una emoción dirigida hacia un peligro real, específico y presente. En contraste, la ansiedad se orienta hacia eventos futuros inciertos, con

un componente anticipatorio que puede prolongarse incluso en ausencia de amenazas reales.

Este constructo no debe confundirse con el miedo ni con la preocupación, aunque puede compartir con ellos ciertos elementos. La ansiedad presenta características propias que se manifiestan en distintos niveles: fisiológico, cognitivo y conductual. En situaciones moderadas, cumple una función adaptativa al preparar al organismo para responder ante peligros potenciales; sin embargo, cuando su intensidad o duración resulta excesiva, puede comprometer el funcionamiento psicológico y derivar en la aparición de trastornos clínicos (Boughner, 2020).

Desde una perspectiva psicobiológica, la ansiedad activa el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y el sistema nervioso autónomo, lo que genera respuestas como taquicardia, tensión muscular e hipervigilancia, reflejando una preparación para el enfrentamiento o la huida (Porges, 2007). Por su parte, los enfoques cognitivos resaltan el papel de los esquemas disfuncionales, los sesgos atencionales hacia estímulos amenazantes y las interpretaciones distorsionadas del entorno. Estos elementos intensifican la evaluación negativa de las situaciones y mantienen el estado de activación ansiosa (Beck & Clark, 1997).

En conjunto, la ansiedad constituye un fenómeno multidimensional que integra respuestas fisiológicas, pensamientos automáticos y patrones de conducta que pueden ser adaptativos o patológicos, dependiendo del grado de control que la persona mantenga sobre su experiencia emocional.

Características de la ansiedad

Esta se manifiesta como una experiencia multifacética que integra respuestas fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales. No se trata de una reacción uniforme, sino de un fenómeno dinámico en el que convergen diversas manifestaciones que, dependiendo de su intensidad y persistencia, pueden tener un carácter adaptativo o disfuncional (Ashipala & Shilunga, 2023a).

Desde el punto de vista fisiológico, la ansiedad activa el sistema nervioso simpático, provocando respuestas automáticas como taquicardia, hipervigilancia, sudoración excesiva, tensión muscular y molestias digestivas. Estas respuestas reflejan la preparación del organismo para enfrentar una amenaza percibida mediante mecanismos de lucha o huida, en concordancia con la teoría del estrés de activación aguda (Selye, 1956; Porges, 2007).

En el ámbito cognitivo, se presentan distorsiones en la evaluación del peligro, tendencia a anticipar desenlaces negativos y pensamientos intrusivos centrados en la pérdida de control. Estos patrones de pensamiento incrementan la percepción de amenaza y contribuyen al mantenimiento de la ansiedad (Beck & Clark, 1997).

Desde el plano conductual, la ansiedad puede dar lugar a comportamientos evitativos, inquietud motora, retraimiento social y búsqueda reiterada de seguridad. Si bien estas respuestas pueden ofrecer un alivio inmediato, a largo plazo refuerzan el malestar al limitar las oportunidades de afrontamiento efectivo.

En cuanto al componente afectivo, es frecuente la presencia de una sensación persistente de aprehensión, acompañada de irritabilidad, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño y una percepción generalizada de vulnerabilidad. Cuando estas características se presentan de forma excesiva o sostenida, interfieren significativamente en la vida cotidiana de la persona, afectando su desempeño en contextos académicos, laborales, sociales y familiares.

Componentes de la ansiedad

El estudio de la ansiedad implica reconocer dos dimensiones fundamentales que explican su variabilidad entre individuos y contextos: la ansiedad de estado y la ansiedad de rasgo. Estas categorías, aunque relacionadas, difieren en cuanto a su origen, duración e intensidad, lo cual resulta clave para la comprensión de su expresión clínica y para el diseño de intervenciones efectivas (Ferreira, 2016).

La ansiedad de estado se define como una reacción emocional momentánea que surge ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Este tipo de ansiedad está condicionada por el contexto, y se presenta como una respuesta aguda caracterizada por sentimientos de tensión, temor o aprensión. Ejemplos comunes incluyen episodios de ansiedad antes de una evaluación, una entrevista o una experiencia interpersonal compleja. Aunque esta respuesta tiene un carácter adaptativo, puede adquirir un matiz patológico si se prolonga o si su intensidad resulta desproporcionada respecto al estímulo que la provoca (Spielberger, 1972).

En contraste, la ansiedad de rasgo se refiere a una disposición relativamente estable del individuo a experimentar ansiedad de forma recurrente a lo largo del tiempo. Esta tendencia, influida por factores temperamentales, genéticos y experiencias de aprendizaje, predispone a las personas a percibir una amplia variedad de situaciones como amenazantes, incluso cuando objetivamente no lo son (Elwood et al., 2012). La ansiedad de rasgo se considera un factor de vulnerabilidad psicológica, y se ha asociado con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico (Eysenck, 1992).

Comprender estos dos componentes permite diferenciar entre reacciones emocionales transitorias y patrones persistentes de respuesta ansiosa, facilitando una evaluación clínica más precisa y una intervención ajustada a las necesidades particulares de cada persona.

Clasificación o tipos de ansiedad

Las expresiones clínicas de la ansiedad varían significativamente según la intensidad de los síntomas, el contexto en que se manifiestan y el impacto que generan en el bienestar psicológico y fisiológico de la persona (Rachman, 2013). Esta diversidad ha llevado al desarrollo de una clasificación que distingue distintos tipos de ansiedad, basándose en la naturaleza del estímulo percibido y en las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que desencadenan. Pese a sus diferencias, estas manifestaciones comparten un núcleo común: la anticipación de

una amenaza percibida y una sensación persistente de peligro inminente (Poirot, 2005).

Entre los cuadros clínicos más representativos se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). A este se suman el trastorno de pánico, que se expresa mediante crisis súbitas de miedo intenso acompañadas de síntomas físicos; el trastorno de ansiedad social, vinculado al temor desproporcionado a situaciones de interacción o evaluación social; y las fobias específicas, donde el miedo se asocia a objetos o contextos concretos. Otras formas incluyen el trastorno de ansiedad por separación, más común en la infancia, y las presentaciones secundarias a sustancias o condiciones médicas, en las que la sintomatología ansiosa responde a factores orgánicos o externos.

La clasificación diagnóstica de estos trastornos resulta esencial para guiar de forma adecuada tanto el tratamiento psicológico como el farmacológico, permitiendo adaptar las estrategias terapéuticas a las características particulares del cuadro clínico (Venkateswaran, 2016). A continuación, en la tabla 1 se presenta un esquema general que resume las principales formas de ansiedad reconocidas por la literatura especializada.

Tabla 1. Clasificación de ansiedad

TIPOS DE ANSIEDAD	CARACTERÍSTICAS
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Preocupación excesiva y persistente por diversas áreas de la vida durante al menos seis meses, con síntomas físicos como fatiga, irritabilidad y dificultad para concentrarse.
Trastorno de Pánico	Presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados con síntomas físicos intensos como palpitaciones, sudoración, mareo y miedo a perder el control o morir.
Fobias Específicas	Miedo irracional e intenso hacia un objeto o situación específica, lo que provoca conductas de evitación que interfieren en la vida cotidiana.
Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)	Miedo persistente a ser evaluado negativamente en situaciones sociales, lo que lleva a evitación y limitaciones en la vida académica, laboral o social.
Agorafobia	Miedo a lugares donde escapar sería difícil o no se podría recibir ayuda, como multitudes o espacios abiertos; puede estar asociado a ataques de pánico.
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	Presencia de obsesiones (pensamientos intrusivos) y compulsiones (conductas repetitivas) que buscan reducir la ansiedad anticipatoria.
Estrés Postraumático (TEPT)	Ansiedad intensa tras la exposición a un evento traumático, con síntomas como recuerdos intrusivos, pesadillas, hipervigilancia y evitación de estímulos asociados al trauma.

Fuente: American Psychiatric Association (2013).

Determinantes o causales de la ansiedad

Como expresión del sistema emocional humano ante situaciones percibidas como amenazantes, la ansiedad se ve modulada por factores genéticos, ambientales y cognitivos que actúan en distintos niveles, la respuesta ansiosa cumple una función adaptativa frente a amenazas percibidas. No obstante, cuando esta se presenta con intensidad o frecuencia desproporcionadas, puede derivar en un trastorno clínico (Ashipala & Shilunga, 2023).

Desde un enfoque biopsicosocial, los factores que contribuyen a su aparición se agrupan en tres dimensiones principales: biológica, psicológica y ambiental. En el ámbito biológico, se han identificado predisposiciones genéticas que aumentan la vulnerabilidad a padecer ansiedad, así como alteraciones en la neurotransmisión de serotonina, noradrenalina y ácido gamma-aminobutírico (GABA), neurotransmisores clave en la regulación emocional (Lester et al., 2012). A ello se suma la hiperactivación de estructuras cerebrales como la amígdala, responsable de detectar amenazas, y la disfunción en la corteza prefrontal, implicada en el control cognitivo y la toma de decisiones (Mallen & Garza, 2011).

En el plano psicológico, influyen patrones de pensamiento distorsionados, como la sobreestimación del peligro, la intolerancia a la incertidumbre y estilos de afrontamiento evitativos o rumiativos. Estas formas de procesar la información refuerzan la respuesta ansiosa ante estímulos ambiguos o estresantes. Además, experiencias adversas tempranas —como negligencia emocional o maltrato— han demostrado dejar una huella significativa en el desarrollo de la autorregulación emocional y la percepción del riesgo (Afshari et al., 2023).

Factores contextuales también desempeñan un papel crucial. La exposición prolongada a condiciones de estrés crónico, dinámicas familiares conflictivas o demandas académicas y laborales excesivas puede desencadenar o agravar los síntomas ansiosos (Bystritsky & Kronemyer, 2014). Asimismo, eventos traumáticos como pérdidas significativas, violencia o experiencias de inseguridad vital impactan

directamente en la salud mental, incrementando la probabilidad de desarrollar trastornos relacionados con la ansiedad.

Consecuentes o efectos: la ansiedad y sus efectos en la salud física

Como una emoción de alta activación, la ansiedad no se limita al plano psicológico, sino que genera respuestas fisiológicas complejas que afectan múltiples sistemas del organismo. A través de la activación del sistema nervioso autónomo, particularmente de su rama simpática, se desencadena una cascada de procesos que incluyen la liberación de catecolaminas y cortisol, hormonas que preparan al cuerpo para enfrentar una amenaza percibida (Sivolap, 2020). Si bien esta respuesta tiene un valor adaptativo en situaciones puntuales, su persistencia genera consecuencias negativas para la salud.

Entre los efectos inmediatos, destacan la taquicardia, la hiperventilación y la tensión muscular, manifestaciones características de la respuesta de lucha o huida (Marshall, 2008). Cuando estas reacciones se cronifican, pueden favorecer el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, así como alteraciones respiratorias asociadas a la hiperventilación crónica, como mareos, fatiga o sensación de despersonalización (Pizzi et al., 2017).

La persistencia de la tensión muscular también tiene repercusiones a nivel musculoesquelético, favoreciendo la aparición de dolor cervical, lumbar o mandibular, así como el desarrollo de cuadros crónicos como la fibromialgia (Meagher et al., 2001). Además, el aumento sostenido de cortisol puede alterar el metabolismo de la glucosa y los lípidos, generando resistencia a la insulina y aumentando el riesgo de enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2 (O'Donnell et al., 2015).

El sistema gastrointestinal, altamente sensible al estrés emocional, también se ve afectado. La ansiedad puede interferir con el proceso digestivo normal, reduciendo la motilidad gástrica, alterando la secreción de enzimas digestivas y modificando la microbiota intestinal. Esta disfunción está estrechamente relacionada con el

desarrollo de patologías como el síndrome del intestino irritable (SII), la dispepsia funcional, la gastritis y el reflujo gastroesofágico (Drossman, 2016).

En conjunto, la ansiedad crónica repercute negativamente en la salud física, actuando como un factor de riesgo significativo para múltiples trastornos orgánicos. Esta relación evidencia la importancia de un abordaje integral que considere tanto los aspectos psicológicos como somáticos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Factores de riesgo asociados a la ansiedad

La aparición de los trastornos de ansiedad obedece a una etiología compleja, en la que convergen múltiples variables de tipo biológico, psicológico y social. Esta interacción de factores se manifiesta en la susceptibilidad individual y en la evolución clínica de los síntomas, por lo que comprenderlos resulta fundamental para el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas (Zimmermann et al., 2020).

Una primera distinción relevante es la que separa los factores de riesgo modificables de los no modificables. Dentro de los primeros se encuentran aquellos elementos del estilo de vida o del entorno que pueden ser intervenidos clínicamente o mediante cambios conductuales. Entre ellos destacan el afrontamiento evitativo, el perfeccionismo disfuncional, la exposición prolongada a estrés crónico y la ausencia de redes de apoyo social. Asimismo, hábitos como la privación de sueño, el consumo excesivo de cafeína, el sedentarismo y el uso de sustancias psicoactivas incrementan la vulnerabilidad a desarrollar sintomatología ansiosa (Korte et al., 2013).

En contraste, los factores no modificables corresponden a elementos que escapan a la intervención directa, pero cuya influencia es significativa. Entre ellos se encuentran los antecedentes familiares de trastornos del ánimo o de ansiedad, que apuntan a una base genética y neurobiológica compartida (Meng & D'Arcy, 2012). Por otro lado, las experiencias adversas durante la infancia —como el abuso emocional, la negligencia o la separación temprana de figuras de apego—

configuran una mayor vulnerabilidad psicológica, al interferir en el desarrollo de estrategias saludables de regulación emocional (McLaughlin et al., 2010).

Otras condiciones personales, como el género, ciertas enfermedades médicas crónicas o los rasgos de personalidad ansiosos, también se incluyen entre los factores no modificables (Bienvenu & Brandes, 2005). Aunque no pueden modificarse, su identificación temprana permite establecer intervenciones preventivas más efectivas y enfoques terapéuticos personalizados.

Tabla 2. Factores de riesgo modificables y no modificables

Categoría	Descripción	Tipo de Factor
Demográficos	Edad temprana (adolescencia o adultez joven), estado civil (mayor riesgo en personas solteras), bajo nivel socioeconómico o educativo.	No modificable
Rasgos de personalidad y genética	Neuroticismo (tendencia a experimentar emociones negativas), antecedentes familiares de ansiedad o depresión, predisposición genética.	No modificable
Condiciones de salud preexistentes	Presencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas), que incrementan la carga emocional y fisiológica.	No modificable
Psicosociales y ambientales	Estrés crónico, pérdidas afectivas, conflictos familiares, experiencias traumáticas, presión académica o laboral constante.	Modificable
Conductuales y hábitos de vida	Estilo de afrontamiento evitativo, consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis), privación del sueño, sedentarismo, uso excesivo de pantallas.	Modificable
Apoyo social	Ausencia de redes de apoyo emocional, relaciones interpersonales inestables, aislamiento.	Modificable
Trastornos comórbidos	Coexistencia con otros trastornos mentales como depresión, lo cual intensifica los síntomas y dificulta el tratamiento.	No modificable

Fuente: (Drossman, 2016).

Mecanismo de evaluación en la ansiedad

Es fundamental para el diagnóstico, la planificación del tratamiento y el monitoreo del progreso terapéutico. Este proceso se basa en un enfoque multiaxial que integra herramientas estandarizadas, entrevistas clínicas, observación conductual y, en determinados casos, métodos fisiológicos o neuropsicológicos. La combinación de estas estrategias permite obtener una comprensión integral de la sintomatología ansiosa, su intensidad, duración, contexto de aparición y grado de interferencia en la vida cotidiana del individuo (Cavero Reap & Cornejo del Carpio, 2023).

En el ámbito psicométrico, uno de los instrumentos más utilizados es el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el cual evalúa dos dimensiones clave: la ansiedad-estado, que refleja una respuesta emocional transitoria ante una situación específica, y la ansiedad-rasgo, entendida como una disposición relativamente estable a responder con ansiedad ante diversas circunstancias. Este inventario contiene 40 ítems distribuidos equitativamente entre ambas subescalas, y emplea un formato de respuesta tipo Likert. Su validez y confiabilidad han sido ampliamente confirmadas en distintos contextos clínicos y poblacionales.

Además del STAI, existen otras herramientas comúnmente utilizadas como el *Beck Anxiety Inventory* (BAI), que se centra en síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad, y la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A), la cual permite una evaluación clínica estructurada a través de entrevistas semidirigidas (American Psychiatric Association, 2013). Estos instrumentos complementan la anamnesis clínica y ofrecen datos cuantificables que facilitan tanto el diagnóstico diferencial como el seguimiento longitudinal del paciente.

La entrevista clínica, estructurada o semiestructurada, continúa siendo un componente esencial del proceso diagnóstico. A través de ella, el profesional indaga sobre la historia clínica, antecedentes personales y familiares, factores desencadenantes, estrategias de afrontamiento y repercusiones funcionales. En muchos casos, se emplean los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5), los cuales establecen parámetros específicos en cuanto a la frecuencia, duración y severidad de los síntomas para cada tipo de trastorno de ansiedad (American Psychiatric Association, 2013).

Por consiguiente, las técnicas de observación y el uso de registros conductuales, como autorregistros de ansiedad o diarios de síntomas, permiten obtener información ecológica sobre el comportamiento ansioso en contextos reales. Estas herramientas ayudan a identificar patrones, estímulos desencadenantes y

respuestas asociadas, enriqueciendo el abordaje clínico desde una perspectiva contextualizada.

Mecanismos y técnicas de intervención

Abordar los trastornos de ansiedad implica aplicar un enfoque terapéutico integral, ajustado a las necesidades individuales y respaldado por evidencia empírica. Dicho abordaje contempla dimensiones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales, con el propósito de aliviar la sintomatología, transformar patrones disfuncionales y promover una mejor calidad de vida.

Entre las estrategias psicológicas, destaca la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), considerada el tratamiento de primera elección por su efectividad comprobada en múltiples estudios clínicos (Hofmann et al., 2012). Este enfoque permite identificar pensamientos distorsionados, promover la exposición gradual a situaciones temidas y fortalecer habilidades de afrontamiento, como la respiración controlada, la relajación muscular progresiva y la reestructuración cognitiva, reduciendo así la evitación y el malestar asociado (Struijs et al., 2021).

También se han consolidado técnicas basadas en la atención plena, como el programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), el cual promueve una conciencia abierta y sin juicio hacia los contenidos mentales. Esta intervención ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas ansiosos, especialmente en personas con ansiedad generalizada o trastornos vinculados al estrés (Kabat-Zinn, 2003).

Cuando el cuadro ansioso presenta elevada severidad o escasa respuesta a la psicoterapia, puede ser necesaria una intervención farmacológica. Entre los fármacos más utilizados se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como sertralina o escitalopram, que poseen un perfil seguro y efectividad comprobada. En casos específicos, se recurre a ansiolíticos como las benzodiacepinas, cuyo uso debe ser regulado para evitar dependencia (Baldwin et al., 2014).

Una aproximación multimodal, que combine intervención psicológica, tratamiento farmacológico y acompañamiento psicoeducativo, suele ser la opción más efectiva en casos complejos o con múltiples factores de riesgo. En este contexto, la psicoeducación proporciona al paciente herramientas para comprender el funcionamiento de la ansiedad, reconocer detonantes y participar activamente en su proceso terapéutico.

1.3. Síndrome de intestino irritable

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional crónico del tracto gastrointestinal, caracterizado por la presencia de dolor abdominal recurrente, asociado con alteraciones en el hábito intestinal, en ausencia de anomalías estructurales o bioquímicas identificables (Drossman, 2016). Este cuadro clínico se presenta sin evidencias de alteraciones estructurales o bioquímicas que lo expliquen por tanto forma parte de los trastornos del eje intestino-cerebro, anteriormente conocidos como trastornos funcionales gastrointestinales, dado que involucra una interacción compleja entre procesos neurológicos, inmunológicos y psicológicos.

Para su diagnóstico, se emplean los criterios de Roma IV, los cuales establecen que los síntomas deben presentarse al menos una vez por semana durante los últimos tres meses, con un inicio mínimo de seis meses antes del diagnóstico (Lacy et al., 2016). Esta definición clínica permite diferenciar al SII de otros trastornos gastrointestinales con causas orgánicas, enfocándose en la evaluación sintomática y funcional del paciente.

El enfoque biopsicosocial ha permitido comprender al SII como una condición multidimensional. En el plano fisiológico, se han identificado alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, disbiosis intestinal, aumento de la permeabilidad epitelial y respuestas inmunes de bajo grado (Ford et al., 2020).

Características del Síndrome de Intestino Irritable

Entre las manifestaciones clínicas más comunes se encuentran el dolor o malestar abdominal recurrente, junto con cambios en el patrón evacuatorio, como episodios de diarrea, estreñimiento o una alternancia entre ambos. Estos síntomas suelen aliviarse tras la defecación o estar relacionados con modificaciones en la frecuencia y consistencia de las deposiciones (Lacy et al., 2021).

Se trata de un cuadro crónico y de curso fluctuante, donde la intensidad de los síntomas varía a lo largo del tiempo, influenciada por factores como la alimentación, el estrés emocional o ciertos elementos ambientales. A esto se suma la hipersensibilidad visceral, entendida como una mayor percepción del dolor frente a estímulos gastrointestinales que en condiciones normales serían inocuos (Mayer et al., 2015).

Desde la perspectiva diagnóstica, los criterios de Roma IV clasifican esta condición según el predominio de las alteraciones en las deposiciones: con estreñimiento (SII-E), con diarrea (SII-D), mixto (SII-M) o no clasificable (SII-NC) (Ford et al., 2017). Esta tipificación permite una aproximación terapéutica más específica y adaptada a las características individuales de cada caso.

Si bien no representa un riesgo vital, su impacto en la calidad de vida puede ser significativo, generando limitaciones en el funcionamiento diario, dificultades sociales y laborales, y una alta coexistencia con trastornos como la ansiedad, la depresión o alteraciones del sueño (Moloney et al., 2016).

La hipersensibilidad visceral ha sido asociada con mecanismos neurobiológicos vinculados a disfunciones en el eje intestino-cerebro, lo que incluye alteraciones en neurotransmisores como la serotonina y en la respuesta inmunitaria, en particular, la presencia de niveles elevados de citocinas proinflamatorias que afectan tanto la percepción del dolor como la motilidad intestinal (Mayer et al., 2015).

Clasificación o tipos del Síndrome de Intestino Irritable

El diagnóstico clínico contempla distintos subtipos, definidos principalmente por el patrón predominante de las evacuaciones intestinales y el dolor abdominal recurrente (Barberio et al., 2022). Esta categorización, establecida por los criterios de Roma IV, permite ajustar el tratamiento de manera más específica a las características sintomáticas de cada persona. Se reconocen cuatro formas principales:

➤ **Predominio de estreñimiento (SII-C):**

Se observa una frecuencia reducida de evacuaciones, heces duras o grumosas y una sensación persistente de evacuación incompleta. Esta presentación suele acompañarse de distensión abdominal y molestias asociadas al esfuerzo defecatorio. Estudios indican una motilidad intestinal más lenta y una mayor reabsorción de agua en el colon, lo que contribuye a la formación de heces secas (Kesuma et al., 2021; Ford et al., 2017).

➤ **Predominio de diarrea (SII-D):**

Los síntomas incluyen evacuaciones líquidas frecuentes, urgencia defecatoria y alivio parcial del malestar tras la evacuación. Este patrón responde a una motilidad intestinal acelerada, que dificulta la absorción de agua y electrolitos (Montero-Madrigal et al., 2021). Aunque la diarrea es el síntoma predominante, algunos pacientes pueden experimentar estreñimiento ocasional, lo que añade complejidad al diagnóstico (Peng & Li, 2017).

➤ **Tipo mixto (SII-M):**

Caracterizado por la alternancia entre episodios de diarrea y estreñimiento, lo que genera una mayor imprevisibilidad en el curso de la enfermedad. Esta variabilidad sintomática puede estar asociada a factores emocionales, dietéticos o contextuales, y tiende a influir negativamente en el bienestar emocional del paciente

(Fujii et al., 2024). Su abordaje terapéutico debe contemplar medidas que no exacerben ninguna de las dos manifestaciones principales (Lacy et al., 2021).

➤ **No subtipificado (SII-U):**

Incluye los cuadros que no se ajustan de manera clara a las demás categorías. Aunque existe dolor abdominal y alteraciones del tránsito intestinal, la frecuencia o consistencia de las deposiciones no cumple los criterios necesarios para ubicar el cuadro dentro de los subtipos previos (Colomier et al., 2021). Dado su carácter inespecífico, requiere un enfoque clínico más individualizado, orientado a mitigar el impacto de los síntomas sobre la calidad de vida (Rome Foundation, 2016).

Determinantes o causales del SII

La etiología no se ha delimitado de manera concluyente, aunque se reconoce que su aparición resulta de la interacción entre múltiples factores de origen biológico, psicológico y social (Pimentel, 2024). Entre los mecanismos más destacados figura la alteración del eje intestino-cerebro, un sistema de comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal, cuya disfunción puede provocar hipersensibilidad visceral, alteraciones en la motilidad y trastornos en la percepción del dolor (Öhman & Simrén, 2007; Mayer et al., 2015). Este eje se ve influido por neurotransmisores como la serotonina, así como por mediadores inmunológicos, particularmente las citocinas proinflamatorias, que afectan tanto la función digestiva como la respuesta inflamatoria local.

En el ámbito psicológico, se ha documentado una asociación consistente entre la presencia de ansiedad, depresión y estrés crónico con la aparición o agravamiento de los síntomas (Heitkemper & Jarrett, 2008; Moloney et al., 2016). La exposición prolongada a estrés compromete la integridad de la barrera intestinal, altera la actividad peristáltica y promueve la inflamación de bajo grado característica en muchos casos. Esta interacción psicoemocional tiende a formar un ciclo de retroalimentación negativa, en el que los síntomas gastrointestinales aumentan la carga emocional y viceversa.

Los hábitos alimentarios también tienen un papel relevante. El consumo de carbohidratos fermentables, conocidos como FODMAPs (fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols), ha sido vinculado a una mayor producción de gas intestinal, distensión y dolor, debido a su fermentación por la microbiota colónica (Portincasa et al., 2019; Staudacher et al., 2014). No obstante, la respuesta a estos componentes varía significativamente entre pacientes, lo que exige estrategias dietéticas personalizadas.

Desde una perspectiva social y ambiental, los antecedentes de trauma en la infancia, el abuso físico o emocional, y los eventos vitales estresantes han mostrado una relación significativa con el desarrollo del trastorno (Claßen, 2011). Estas experiencias tempranas pueden impactar el desarrollo del sistema nervioso autónomo y del sistema inmunológico, predisponiendo a respuestas exacerbadas al estrés en etapas posteriores de la vida.

Consecuentes o Efectos en la salud física

Más allá de los síntomas digestivos, esta condición funcional puede desencadenar una serie de repercusiones físicas que afectan directamente la calidad de vida del paciente. Uno de los efectos más relevantes se observa en los hábitos alimentarios.

Las personas que padecen esta afección suelen adoptar dietas restrictivas para prevenir la aparición de molestias, eliminando grupos alimentarios sin una adecuada supervisión nutricional. Esta práctica puede dar lugar a deficiencias nutricionales, descompensaciones metabólicas e incluso pérdida de peso involuntaria, factores que deterioran progresivamente el estado físico general (Ford et al., 2017).

La sintomatología intestinal, marcada por episodios de diarrea, estreñimiento o alternancia entre ambos, se acompaña con frecuencia de dolor abdominal crónico, lo que contribuye a una sensación de fatiga persistente, interrupciones en el descanso nocturno y limitaciones en la actividad física cotidiana. Estos efectos

comprometen no solo el sistema digestivo, sino también la energía vital y la funcionalidad corporal general.

Además, estudios recientes han identificado procesos inflamatorios de bajo grado y una mayor permeabilidad intestinal como mecanismos fisiopatológicos relevantes (Foxy-Orenstein, 2016). Estas alteraciones debilitan la barrera mucosa intestinal, facilitando respuestas inmunológicas exageradas ante estímulos inocuos, lo cual puede agravar los síntomas digestivos e impactar en el equilibrio inmunológico global.

En este contexto, el impacto físico de esta patología va más allá del malestar gastrointestinal, extendiéndose a diferentes áreas del funcionamiento corporal. Su abordaje, por tanto, requiere una visión integral que contemple tanto los síntomas digestivos como las consecuencias sistémicas que afectan la salud física de quienes la padecen.

Factores de riesgo asociados al síndrome del intestino irritable

La aparición del SII responde a una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, dietéticos, genéticos y sociales. Aunque su etiología aún no se encuentra completamente esclarecida, se reconoce que estos elementos actúan de manera sinérgica en la predisposición y evolución del trastorno.

Desde el ámbito biológico, se ha identificado a la gastroenteritis bacteriana aguda como un desencadenante clave. Las infecciones gastrointestinales, especialmente las de origen bacteriano, alteran la homeostasis del sistema digestivo y pueden dar lugar a la aparición del subtipo postinfeccioso. Este riesgo se incrementa cuando la fase aguda se prolonga y no se presentan mecanismos protectores como el vómito, lo cual favorece una mayor sensibilidad visceral posterior (Nikolova et al., 2017). Además, la inflamación de bajo grado y la hiperpermeabilidad epitelial contribuyen a una mayor vulnerabilidad intestinal. Este tipo de inflamación, aunque sutil, interfiere con la función de la mucosa y favorece respuestas inmunológicas anómalas (Simrén et al., 2013). La disbiosis, o alteración en la microbiota intestinal,

también se ha vinculado con cambios en la motilidad y la percepción del dolor (Mayer et al., 2015).

Factores demográficos y sociales influyen considerablemente. Las mujeres muestran mayor prevalencia de SII, posiblemente debido a variaciones hormonales que afectan la función intestinal y la percepción visceral. Durante el ciclo menstrual, muchas reportan exacerbación sintomática (Ford et al., 2017). A nivel etario, el trastorno afecta con mayor frecuencia a personas entre los 20 y 40 años. También se ha documentado que niveles elevados de estrés, comunes en ocupaciones intelectuales o creativas, pueden actuar como factores precipitantes. Situaciones como la pérdida laboral o conflictos familiares impactan directamente en la regulación del eje intestino-cerebro.

En cuanto a los aspectos psicológicos, existe evidencia sólida que vincula la ansiedad, la depresión y el estrés crónico con la exacerbación de los síntomas del SII. Estos estados emocionales alteran la motilidad intestinal, intensifican la percepción del dolor y afectan negativamente el sistema inmunológico. La actividad vagal disminuida, característica en situaciones de alta carga emocional, compromete la función digestiva y perpetúa un círculo de retroalimentación entre el malestar emocional y los síntomas gastrointestinales (Grčić et al., 2022; Post et al., 2023). Los antecedentes de trauma infantil también han sido relacionados con una mayor susceptibilidad al SII, debido a su impacto en el desarrollo del sistema nervioso autónomo.

La alimentación constituye otro eje relevante. Dietas desequilibradas, ricas en grasas y azúcares refinados, y bajas en fibra, provocan alteraciones en la motilidad y aumentan la inflamación intestinal (Halmos et al., 2014). Asimismo, los FODMAPs —carbohidratos fermentables— son conocidos por inducir síntomas en pacientes susceptibles, generando hinchazón, flatulencia y dolor (Lacy et al., 2021).

En el plano genético y epigenético, estudios han revelado una mayor incidencia de SII en personas con antecedentes familiares de trastornos gastrointestinales funcionales. Genes implicados en la motilidad intestinal, la percepción del dolor y la

respuesta inmunitaria muestran alteraciones que predisponen al desarrollo del trastorno (Chong et al., 2019). Esta vulnerabilidad puede intensificarse mediante mecanismos epigenéticos modulados por el ambiente, como el estrés o la dieta (Collins, 2007), lo cual explicaría la variabilidad clínica entre individuos con genética similar.

Además, se ha observado una alta comorbilidad con condiciones médicas como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, con los cuales se comparten mecanismos neurobiológicos como la disfunción autonómica y la hipersensibilidad central. Esta superposición de síndromes sugiere la existencia de una base neuroinmunológica común y demanda un enfoque terapéutico integral.

Mecanismos y técnicas de intervención en el síndrome de intestino irritable

El abordaje terapéutico de esta condición funcional requiere una estrategia multidimensional, sustentada en la evidencia científica y adaptada a las particularidades de cada paciente. Las intervenciones se articulan en torno a la modificación de la dieta, el uso de fármacos, el tratamiento psicológico y la incorporación de hábitos saludables, reconociendo la naturaleza biopsicosocial del trastorno.

En el ámbito nutricional, una de las intervenciones más eficaces es la dieta baja en *FODMAPs* (*Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols*), la cual implica la restricción de carbohidratos de cadena corta que se absorben de manera incompleta en el intestino delgado. Estos compuestos, al llegar al colon, son fermentados rápidamente por la microbiota intestinal, lo que incrementa la producción de gases y eleva la presión osmótica, generando distensión abdominal, flatulencia y alteraciones en el ritmo intestinal. La implementación controlada de esta dieta ha mostrado una reducción significativa de la sintomatología en pacientes con síndrome de intestino irritable, favoreciendo una mayor tolerancia digestiva y una mejora en su calidad de vida (Post et al., 2023).

Desde el componente farmacológico, el tratamiento se dirige a los síntomas predominantes. Se emplean antiespasmódicos para aliviar los cólicos intestinales, laxantes o antidiarreicos para regular el tránsito intestinal, y moduladores de serotonina para intervenir en los mecanismos de motilidad y sensibilidad visceral (Cangemi & Lacy, 2019). En pacientes con malestar persistente o con presencia de comorbilidades psicológicas, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han demostrado utilidad al modular la percepción del dolor visceral y mejorar el estado de ánimo (Santucci et al., 2020).

Dentro del enfoque psicológico, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se reconoce como una de las intervenciones más efectivas. Este enfoque permite modificar pensamientos disfuncionales asociados a la enfermedad, reducir la ansiedad anticipatoria y mejorar las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la hipnoterapia dirigida al intestino ha mostrado resultados promisorios en la regulación de la sensibilidad visceral mediante sugerencias hipnóticas aplicadas a la función digestiva. También han cobrado relevancia las intervenciones basadas en *mindfulness* y exposición interoceptiva, que facilitan una mejor conexión cuerpo-mente y disminuyen la reactividad emocional frente a los síntomas (Asare et al., 2012).

El estilo de vida y las prácticas de autocuidado forman parte esencial del plan terapéutico. La actividad física regular se asocia con un tránsito intestinal más eficiente y una mejor respuesta al estrés. Técnicas de relajación como la respiración diafragmática o la relajación muscular progresiva ayudan a estabilizar el sistema nervioso autónomo, reduciendo la hiperactividad simpática. Complementariamente, la psicoeducación tiene un rol decisivo al brindar al paciente comprensión sobre la naturaleza funcional del trastorno, disminuyendo la catastrofización de los síntomas y fomentando una actitud activa hacia su manejo.

Un modelo de intervención integral que combine estrategias dietéticas, farmacológicas y psicológicas ha demostrado ser el más efectivo. Esta aproximación reconoce la interacción entre la fisiología intestinal, la esfera emocional y los factores contextuales, ofreciendo una respuesta terapéutica

personalizada que mejora la calidad de vida de quienes conviven con este trastorno.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y enfoque de investigación

La presente investigación se enmarca en el paradigma postpositivista, el cual parte del supuesto de que la realidad puede conocerse mediante la recolección y análisis sistemático de evidencias empíricas. Bajo este enfoque, se reconoce que el conocimiento científico es aproximado, y se busca establecer relaciones entre variables a través de métodos rigurosos que permitan contrastar hipótesis y generar hallazgos replicables. Se adopta una modalidad de estudio de tipo cuantitativo, el objetivo central es analizar y sintetizar datos existentes en investigaciones previas para identificar correlaciones, comparaciones y efectos vinculados a la presencia de estrés y ansiedad en personas con síndrome de intestino irritable (Karupiah, 2022).

Con el propósito de asegurar la rigurosidad y la transparencia metodológica durante el proceso de revisión, se emplea el enfoque PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), el cual proporciona una guía estructurada para la identificación, selección, evaluación crítica y síntesis de los estudios relevantes. Esta herramienta permite organizar de forma lógica y replicable cada etapa del procedimiento, desde la búsqueda inicial hasta la inclusión final de los documentos seleccionados.

Para garantizar la validez de la información, se priorizan investigaciones que presentan un diseño metodológico sólido, particularmente estudios de tipo descriptivo, correlacional y experimental. La confiabilidad de los datos se sustenta en la revisión detallada de aspectos como el tamaño muestral, las técnicas estadísticas utilizadas y la relevancia de los hallazgos. El análisis se desarrolla mediante una codificación temática y comparativa, que permite clasificar los resultados según los factores de riesgo implicados, los mecanismos fisiopatológicos identificados y las estrategias de intervención aplicadas. Este procedimiento facilita la detección de patrones comunes y vacíos en la literatura,

generando una base argumentativa consistente para las conclusiones y futuras propuestas del estudio.

Criterios éticos y aportes de la propuesta

Se mantienen los principios fundamentales del que hacer académico, mediante el uso responsable de la información, la adecuada citación de las fuentes consultadas y el resguardo de la integridad intelectual de los autores. Todos los estudios seleccionados proceden de publicaciones que declaran cumplir con normas éticas aprobadas por comités científicos o institucionales.

Como resultado de esta revisión sistemática, se plantea una propuesta conceptual que articula los principales hallazgos identificados sobre la relación entre estrés, ansiedad y síndrome de intestino irritable. Esta propuesta no pretende sustituir enfoques terapéuticos existentes, sino más bien integrar, desde una mirada comprensiva, aquellos procedimientos que han demostrado eficacia tanto a nivel preventivo como clínico.

2.2. *Corpus* de estudio

En esta revisión sistemática, el corpus de estudio está conformado por artículos científicos originales publicados durante la última década, que cumplen con los criterios de inclusión previamente definidos. Estos estudios emplean diversos tipos de población, incluyendo tanto personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable como sujetos pertenecientes a la población general, entre ellos estudiantes universitarios y profesionales del ámbito sanitario. Asimismo, se consideran investigaciones experimentales realizadas en modelos animales, específicamente en roedores, con el fin de analizar los efectos del estrés y la ansiedad sobre el eje intestino-cerebro. Esta diversidad metodológica permite una comprensión más amplia del fenómeno desde diferentes enfoques clínicos y preclínicos.

2.3. Procedimiento

Formulación de la pregunta de investigación

Como primer paso metodológico, se definió la pregunta general que guiaría esta revisión sistemática: ¿Qué impacto tiene el estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable según la evidencia disponible en los últimos 10 años?

Búsqueda de estudios pertinentes

Una vez definida la pregunta de investigación, se ejecutó una estrategia de búsqueda sistemática en diversas bases de datos científicas: PubMed, Scopus, SciELO, y Redalyc. El propósito fue identificar estudios empíricos que abordaran el impacto del estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable (SII), considerando además la posible somatización de estos estados emocionales.

Para optimizar la precisión de la búsqueda, se emplearon operadores booleanos y se formularon combinaciones de términos en español e inglés. A continuación, se detallan los principales términos utilizados:

En español:

("estrés" O "ansiedad") Y ("síndrome de intestino irritable" O "trastornos gastrointestinales funcionales") Y ("somatización" O "síntomas somáticos" OR "manifestaciones físicas del estrés") Y ("adultos" O "pacientes clínicos" O "población general")

En inglés:

("stress" OR "anxiety") AND ("irritable bowel syndrome" OR "functional gastrointestinal disorders") AND ("somatization" OR "somatic symptoms" OR "physical manifestations of stress") AND ("adults" OR "clinical patients" OR "general population")

También se aplicaron filtros por idioma (español o inglés), tipo de estudio (empírico), acceso completo al texto y rango temporal de 2015 a 2025. La búsqueda se realizó tanto en títulos como en resúmenes y palabras clave.

Como resultado preliminar, se identificaron aproximadamente 638 artículos.

Tabla 3. Criterios de inclusión

N	Criterios
1	Estudios publicados entre 2015 y 2025.
2	Artículos originales con datos empíricos.
3	Investigaciones que analicen la relación entre estrés o ansiedad y el SII.
4	Publicaciones en Inglés o español
5	Estudios revisados por pares.
6	Artículos que aborden la relación entre estrés, ansiedad, síndrome de intestino irritable y/o procesos de somatización como parte de la manifestación clínica.
7	Trabajos realizados en población humana o en modelos animales (murinos) que exploren la interacción entre estrés, ansiedad y manifestaciones gastrointestinales compatibles con el SII, particularmente aquellos que investiguen mecanismos fisiopatológicos o del eje microbiota-intestino-cerebro.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Criterios de exclusión

1	Revisiones teóricas, metaanálisis o sistemáticas.
2	Estudios que no mencionen directamente el estrés, la ansiedad o el SII como variables principales.
3	Publicaciones en idiomas distintos al español o al inglés.
4	Artículos duplicados o sin acceso completo.
5	Investigaciones que no aborden explícitamente la relación entre variables psicológicas y el SII

Fuente: elaboración propia

Selección de artículos

Una vez completada la búsqueda en las bases de datos seleccionadas (Scopus, PubMed, SciELO y Redalyc), se identificaron 638 registros en total. Se aplicaron filtros automáticos y manuales para eliminar duplicados, reduciendo el total a 593 estudios únicos para el análisis inicial.

En una primera etapa de cribado, se revisaron los títulos y resúmenes de cada artículo, excluyéndose 500 trabajos que no abordaban directamente la relación

entre el síndrome de intestino irritable (SII) y los factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o la somatización. También se descartaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios teóricos y aquellos centrados exclusivamente en tratamientos farmacológicos sin componente emocional. Tras este proceso, se preseleccionaron 93 artículos para lectura a texto completo.

Durante la fase de elegibilidad, se evaluaron en profundidad los estudios completos a fin de verificar su adecuación metodológica y su relevancia para la pregunta de investigación: *¿Qué impacto tiene el estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable según la evidencia disponible en los últimos 10 años?* Se aplicaron los criterios de inclusión definidos, los cuales requerían que los estudios fueran empíricos (de enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto), publicados entre 2015 y 2025, revisados por pares, y que establecieran una relación explícita entre variables emocionales y el SII. También se admitieron investigaciones en modelos murinos que aportaran datos sobre mecanismos fisiopatológicos asociados al eje intestino-cerebro.

Como resultado, se excluyeron 68 artículos por no cumplir con los criterios establecidos. La selección definitiva incluyó 25 estudios en humanos y uno en modelo murino, conformando un total de 26 investigaciones que aportan evidencia sustancial sobre la influencia del estrés y la ansiedad en la aparición, mantenimiento o agravamiento del síndrome de intestino irritable.

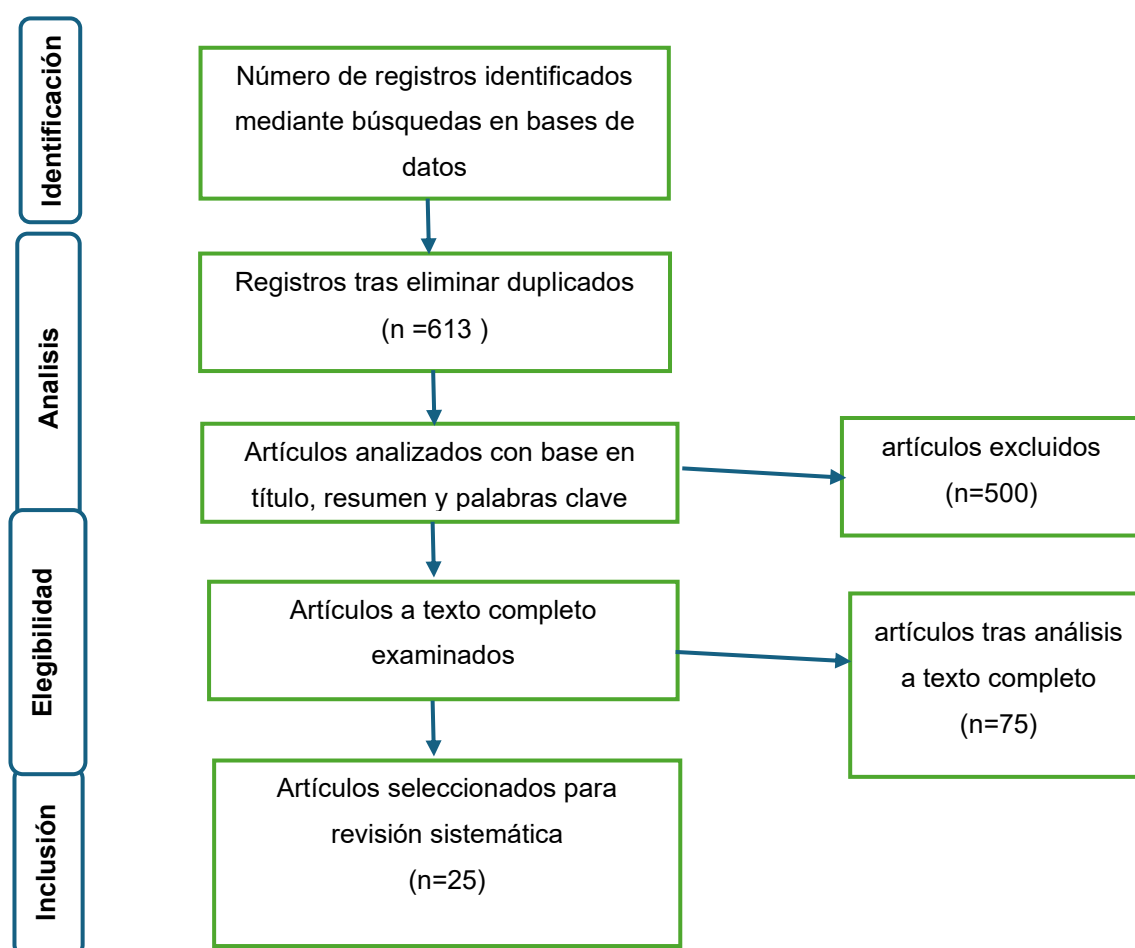
Esta muestra final permitió analizar no solo la sintomatología asociada, sino también factores predisponentes, vías fisiológicas implicadas y posibles intervenciones psicológicas efectivas, aportando una visión integral desde una perspectiva basada en datos empíricos.

Tabla 5. Pregunta científica

Pregunta	Tareas de Investigación
¿Qué impacto tiene el estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable según la evidencia disponible en los últimos 10 años?	Identificar los estudios más relevantes y actuales que aborden la relación entre el estrés, la ansiedad y los trastornos gastrointestinales, especialmente el síndrome del intestino irritable.
	Evaluar los hallazgos y aportes principales de los textos científicos revisados.
	Detectar vacíos teóricos y metodológicos en la literatura que evidencien la necesidad de futuras investigaciones empíricas.
	Sistematizar la información obtenida para aportar un panorama claro y actualizado sobre el impacto del estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable.

Fuente: elaboración propia

Figura 1. Diagrama de flujo prisma



Fuente: elaboración propia

Extracción de datos

Para el proceso de extracción de datos, se elaboró una matriz sistemática en la que se registraron los estudios seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Los 25 artículos finales fueron obtenidos a través de bases de datos reconocidas en el ámbito científico, tales como Scopus, PubMed, SciELO y Redalyc, utilizando ecuaciones de búsqueda específicas en español e inglés, ajustadas a las características de cada repositorio.

Se procedió a recopilar la siguiente información de cada estudio: autor y año de publicación, título, nombre de la revista, base de datos de origen, número de participantes, población objetivo y resultados relevantes en relación con el vínculo entre el estrés, la ansiedad, la somatización y el síndrome de intestino irritable, así como posibles referencias al eje intestino-cerebro.

La selección final de los artículos fue sistematizada en una tabla N°6 de síntesis (matriz PRISMA), lo que permitió clasificar y comparar los hallazgos de forma organizada.

Tabla 6. Artículos seleccionados

N°	Autor/ Año	Titulo	Nombre de la Revista	Base de Datos	Resultados Relevantes	Número de Participantes
1	A. Das, Razon, Ahmad, & Paul (2022)	Prevalence of irritable bowel syndrome and its associated risk factors among university students of Bangladesh	JGH Open	PubMed	La investigación encontró que un 39,3 % de los estudiantes evaluados presentaban sintomatología coincidente con el síndrome de intestino irritable. El análisis estadístico evidenció que los altos niveles de ansiedad y estrés duplicaban aproximadamente la probabilidad de desarrollar este trastorno (OR \approx 1.91; $p = 0.011$). Aun después de controlar variables como la alimentación y otros hábitos, estos factores emocionales continuaron siendo predictores significativos.	300
2	Akhlq et al. (2025)	Somatization symptomology and its association with stress in patients with irritable bowel syndrome	PLOS ONE	PubMed	Se encontró que los pacientes con niveles más elevados de estrés percibido manifestaban una mayor intensidad de síntomas somáticos. Esta evidencia	Aproximadamente 350 personas diagnosticadas con SII

					respalda el papel del estrés emocional como un modulador clave en la expresión clínica del síndrome de intestino irritable, reforzando su influencia directa sobre la severidad del malestar físico.	
3	Alqifari et al. (2024)	A Cross-Sectional Study of the Prevalence of Irritable Bowel Syndrome and Its Association With Anxiety and Depression Among Nurses in the Al-Qassim Region of Saudi Arabia	Cureus	PubMed	En el contexto laboral del personal de enfermería, se observó que quienes padecían síndrome de intestino irritable mostraban niveles notablemente superiores de ansiedad y estrés en comparación con sus pares sin diagnóstico. Esta diferencia marcada sugiere una relación significativa entre el entorno emocionalmente exigente y la prevalencia del SII en dicha población.	96
4	Alvizuri Gómez et al. (2021)	Epidemiología y factores asociados del síndrome del intestino irritable en una	Revista de Gastroenterología del Perú	SciELO	En una comunidad andina, se observó una prevalencia significativa del síndrome	350

		comunidad andina del Perú			de intestino irritable. Entre los factores asociados identificados, el estrés emocional emergió como uno de los predictores más relevantes en la aparición de los síntomas gastrointestinales, según el análisis estadístico realizado.	
5	Andrews et al. (2024)	Relación entre el síndrome del intestino irritable y estilos de vida: un estudio transversal	Revista Médica de Chile	SciELO	En este estudio, se identificó que el 35 % de los participantes presentaban sintomatología compatible con el síndrome de intestino irritable. El análisis de los datos reveló que el estrés psicológico fue uno de los factores con mayor asociación al trastorno, junto con hábitos poco saludables como el consumo de alcohol y el deterioro en la calidad del sueño.	503
6	Arishi et al. (2021)	Irritable Bowel Syndrome: Prevalence and Risk Factors in Jazan Region, Saudi Arabia	Cureus	PubMed	El estudio encontró una prevalencia del 16 % de SII en la región de Jazan. Además, mediante análisis de regresión,	1,554

					determinó que el estrés (OR = 2.39, p = 0,000) y la ansiedad (OR = 1.94, p = 0,000) se asociaron de manera significativa con el diagnóstico de SII, incluso tras ajustar por otros factores como el género y el consumo de tabaco	
7	Baniasadi, Dehesh, Mohebbi, Hayatbak hsh Abbasi, & Oghabian (2017)	Assessing the sleep quality and depression-anxiety-stress in irritable bowel syndrome patients	Archivos de Gastroenterologia	SciELO	Se encontró que una proporción superior al 75% de los individuos diagnosticados con SII experimentaban niveles altos de ansiedad y estrés. A su vez, aquellos que manifestaron una mala calidad del sueño mostraban un riesgo triplicado de que estos factores emocionales impactaran de manera negativa en su estado general de salud y bienestar.. Estos hallazgos evidencian una interacción clara entre el malestar emocional y	123

					los síntomas del SII.	
8	Diao et al. (2023)	Causal association between psycho-psychological factors, such as stress, anxiety, depression, and irritable bowel syndrome: Mendelian randomization	Medicine (Baltimore)	PubMed	La investigación evidenció que tanto el estrés como la ansiedad elevan de manera significativa la probabilidad de desarrollar síndrome de intestino irritable. Además, no se encontró respaldo estadístico para una relación causal inversa, lo que sugiere que estos estados emocionales actúan como factores desencadenantes del trastorno, más que como consecuencias de su aparición.	459,000 (GWAS)
9	Farsi et al. (2022)	The Incidence of Post-infectious Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, and Depression in Iranian Patients with Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study	Turkish Journal of Gastroenterology	PubMed	Se observó que el 11.6 % de los pacientes que superaron el COVID-19 desarrollaron síntomas compatibles con SII, acompañados por altos niveles de ansiedad y depresión. Estos datos refuerzan la influencia del malestar psicológico en el desarrollo del trastorno intestinal.	233

10	Fraj et al. (2024)	Prevalence and Predictors of Irritable Bowel Syndrome (IBS) Among Medical Students at the University of Sharjah, UAE	Middle East Current Psychiatry	PubMed	Se identificó que el 17,3% de los estudiantes de medicina incluidos en el estudio presentaban signos compatibles con el síndrome de intestino irritable. Los análisis realizados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre niveles elevados de estrés y ansiedad y la presencia del trastorno, lo que sugiere una influencia directa de estas variables emocionales en su aparición.	471
11	Henrich, Gjelsvik, Surawy, Evans, & Martin (2020)	A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy for women with irritable bowel syndrome-effects and mechanisms	Journal of Consulting and Clinical Psychology	SciELO	El grupo tratado con MBCT-IBS mostró reducciones significativas en la gravedad de los síntomas del SII ($p = .003$) y mejoras en la calidad de vida ($p < .001$) en comparación con el grupo de control.	67
12	Hollier et al. (2019)	Multiple psychological factors predict abdominal pain severity in children with irritable	Neurogastroenterology & Motility	PubMed	En población infantil con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, se observó que el	261

		bowel syndrome			dolor abdominal aumentaba en intensidad cuando coexistían variables emocionales como ansiedad, depresión y patrones de pensamiento catastrofistas. Estos resultados reflejan una interacción significativa entre el malestar psicológico y la severidad de los síntomas físicos.	
13	Li et al. (2025)	The diagnostic criteria for psychosomatic research-revised (DCPR-R) in a National China multicenter cohort of patients with irritable bowel syndrome and overlapping gastroesophageal reflux disease	BMC Gastroenterology	Scopus	Se observó que los niveles elevados en las escalas de estrés y distrés psicológico (PSI, PSSS y GAD-7) guardan una estrecha relación con la presencia de diversos síndromes psicossomáticos en pacientes con diagnóstico de SII. Esta asociación sugiere que el malestar emocional constituye un componente determinante en el cuadro clínico del trastorno, especialmente cuando coexisten	341

					otras afecciones digestivas.	
1 4	Mujagic et al. (2022)	Integrated fecal microbiome–metabolome signatures reflect stress and serotonin metabolism in irritable bowel syndrome	Gut Microbes	PubMed	El estudio evidenció que los desequilibrios en la microbiota intestinal y el metabolismo de la serotonina están vinculados a una respuesta al estrés alterada, lo cual intensifica los síntomas del SII.	142 pacientes con SII y 120 controles sanos
1 5	Naliboff et al. (2020)	Mindfulness-based stress reduction improves irritable bowel syndrome (IBS) symptoms via specific aspects of mindfulness	Neurogastroenterology & Motility	PubMed	El estudio demostró que tras completar el curso de reducción de estrés basado en mindfulness, el 71 % de los participantes experimentó mejoras notables en los síntomas gastrointestinales. Además, se observaron reducciones significativas en la ansiedad relacionada con el SII y aumentos en aspectos de mindfulness, particularmente en la capacidad de actuar con conciencia plena	68 adultos (53 mujeres y 15 hombres) con diagnóstico de SII
1 6	Pozos-Radillo et al. (2024)	Estudio correlacional del estrés crónico y sus síntomas psicofisiológicos con el	Acta Universitaria	SciELO/Redalyc	Se observó que los estudiantes que reportaban niveles elevados de	740

		síndrome de intestino irritable en estudiantes de odontología			estrés crónico eran más propensos a presentar manifestaciones compatibles con el síndrome de intestino irritable. Los indicadores físicos y emocionales asociados al estrés emergieron como predictores relevantes del desarrollo del trastorno en esta población juvenil.	
17	Prospero et al. (2021)	Somatization in patients with predominant diarrhoea irritable bowel syndrome: the role of the intestinal barrier function and integrity	Scientific Reports	PubMed	Los participantes con SII que mostraban un locus de control externo reportaron niveles más altos de dolor abdominal y malestar emocional, sugiriendo una mayor susceptibilidad al estrés.	54
18	Sharbafchi et al. (2020)	Effects of venlafaxine on gastrointestinal symptoms, depression, anxiety, stress, and quality of life in patients with the moderate-to-severe irritable bowel syndrome	Journal of Research in Medical Sciences	Scopus	El tratamiento con venlafaxina redujo significativamente los síntomas gastrointestinales, así como los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes con SII moderado a severo. Además, mejoró su	33

					calidad de vida en comparación con el grupo placebo, lo que respalda el papel del abordaje emocional en el tratamiento del SII.	
19	Shiha et al. (2021)	Increased psychological distress and somatization in patients with IBS compared with functional diarrhea or constipation (Rome IV)	PLOS ONE	PubMed	El análisis mostró que los individuos diagnosticados con síndrome de intestino irritable suelen experimentar un aumento en la intensidad de los síntomas somáticos cuando están expuestos a situaciones estresantes. Esta evidencia apoya la hipótesis de una conexión directa entre los estados emocionales adversos y la expresión física del trastorno.	567
20	Söderquist et al. (2020)	A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults	BMC Psychiatry	Scopus	En la población juvenil evaluada, se identificó que quienes presentaban niveles elevados de ansiedad de rasgo tendían a experimentar síntomas gastrointestinales con mayor severidad.	576
21	T. Das, Rimti,	Prevalence of IBS and its	ScienceDirect	Scopus	Se encontró que los	402

	Fahid, Uthso, & Hossain Hawlader (2024)	association with academic stress and dormitory lifestyle among medical students of Bangladesh: A cross-sectional study			estudiantes con mayor carga académica presentaban más síntomas compatibles con SII, lo que refleja el impacto del entorno universitario y la presión emocional en la aparición del trastorno.	
2 2	Tayama et al. (2024)	Efficacy of an eHealth self-management program in reducing irritable bowel syndrome symptom severity: a randomized controlled trial	Scientific Reports	SciELO	Tras ocho semanas, los participantes del grupo eHealth presentaron una disminución significativa en los síntomas del SII y mejoras en la microbiota intestinal, especialmente por la reducción de cianobacterias, lo que sugiere beneficios tanto clínicos como digestivos.	40
2 3	Yildiz, Kizil, & Yildiz (2020)	Quality of life and psychometric evaluation of patients diagnosed with irritable bowel syndrome: an observational cohort study	São Paulo Medical Journal	SciELO	Más del 60 % de los pacientes con SII presentaron niveles moderados a graves de ansiedad y depresión, los cuales se asociaron con una reducción significativa en su calidad de vida, particularmente en los ámbitos físico	274

					y emocional. Esta evidencia realza el impacto emocional que acompaña al SII y su relevancia para diseñar intervenciones integrales	
24	Yoshioka et al. (2022)	Repeated psychological stress, chronic vicarious social defeat stress, evokes irritable bowel syndrome-like symptoms in mice	Neurobiology of Stress	PubMed	Como resultado, los ratones desarrollaron alteraciones similares a las del síndrome de intestino irritable, incluyendo hipersensibilidad visceral, alteraciones en la motilidad intestinal y cambios en el comportamiento tipo ansioso. Estos hallazgos respaldan el papel del estrés emocional repetido como desencadenante de síntomas compatibles con SII, incluso en ausencia de daño orgánico directo.	30 animales murinos
25	Zhang et al. (2025)	Stress triggers irritable bowel syndrome with diarrhea through a spermidine-mediated decline in type I interferon	Cell Metabolism	Scopus	En modelos murinos, la exposición al estrés provocó cambios en el microbioma intestinal y un aumento en la producción de xantina, lo cual estimuló la liberación de spermidina por	C57BL/6J ratones expuestos a estrés

					Lactobacillus murinus. Estos hallazgos refuerzan la conexión entre factores inmunológicos , microbiota y estrés en el desarrollo del trastorno.	
--	--	--	--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente revisión sistemática incluyó un total de 25 estudios publicados entre 2015 y 2025, los cuales abordaron el vínculo entre estrés, ansiedad y el síndrome de intestino irritable (SII) en diversas poblaciones. En la mayoría de las investigaciones se evidenció una relación significativa entre altos niveles de estrés percibido o ansiedad y la presencia de SII, así como la agudización de sus síntomas.

En la fase de identificación, se recopilaron 638 registros procedentes de cuatro bases de datos electrónicas reconocidas: Scopus, SciELO, PubMed y Redalyc. Tras aplicar los filtros automáticos y manuales para detectar duplicados, se eliminaron 45 artículos repetidos, lo que dejó un total de 593 estudios únicos para su análisis inicial.

Durante la etapa de cribado, se revisaron títulos, resúmenes y palabras clave. En esta fase, 500 artículos fueron excluidos por no estar alineados con los objetivos de la revisión, tratarse de revisiones teóricas, metaanálisis o por no abordar específicamente la relación entre estrés, ansiedad y síndrome de intestino irritable (SII). Como resultado, 93 artículos fueron seleccionados para evaluación a texto completo.

En la fase de elegibilidad, se examinaron detalladamente los textos completos. Se excluyeron 68 artículos por no cumplir con los criterios metodológicos de inclusión (no ser investigaciones empíricas, carecer de instrumentos para medir estrés, ansiedad o síntomas de SII, o por presentar una estructura insuficiente en cuanto a resultados). Finalmente, se incluyeron 25 estudios en la síntesis final, por cumplir con todos los criterios establecidos: ser publicaciones empíricas recientes (últimos 10 años), con muestra humana o modelo murino relevante, y que abordaran directamente la relación entre variables emocionales y el síndrome de intestino irritable.

3.1. Impacto

Los hallazgos evidencian que la mayoría de los pacientes con SII (Síndrome de Intestino Irritable) presentan niveles elevados de ansiedad y estrés, factores que no solo intensifican los síntomas digestivos, sino que también afectan la calidad de vida.

Asimismo, varios estudios revelaron patrones de somatización como vía principal de manifestación física del malestar emocional, siendo común en personas con estilos de afrontamiento poco adaptativos.

De igual manera, un número significativo de investigaciones abordó el eje intestino-cerebro como un sistema clave que regula la comunicación entre el estado psicológico y el funcionamiento gastrointestinal, destacando el rol de la microbiota, la serotonina y la inflamación de bajo grado en la fisiopatología del SII.

Presencia de síntomas gastrointestinales vinculados al estrés y la ansiedad

El 84% de los estudios revisados reportó una asociación significativa entre niveles elevados de estrés, ansiedad y la aparición o empeoramiento del síndrome de intestino irritable (SII). En contextos clínicos y universitarios, el malestar emocional se relacionó con una mayor frecuencia de síntomas como dolor abdominal, distensión, diarrea o estreñimiento. Además, se observó que este cuadro repercute negativamente en la calidad de vida, el desempeño académico y el bienestar general de los pacientes.

Somatización y malestar emocional como factores predictivos

Aproximadamente el 64% de los artículos incluyeron hallazgos sobre somatización en pacientes con SII, especialmente vinculada a altos niveles de ansiedad y estrés crónico. La somatización, definida como la manifestación física de emociones no resueltas, se identificó como un patrón común entre individuos con estrategias de

afrontamiento poco funcionales, lo que refuerza la concepción del SII como una afección psicosomática en un número importante de casos.

Implicación del eje intestino-cerebro

Cerca del 56% de los estudios analizó el rol del eje intestino-cerebro como un sistema regulador clave en la fisiopatología del SII. Se describieron alteraciones en la microbiota intestinal, en la producción y regulación de serotonina, así como en los mecanismos inflamatorios que median entre el estado emocional y la función digestiva. Estos hallazgos destacan la bidireccionalidad del eje y su vulnerabilidad ante situaciones de estrés sostenido.

Intervenciones psicológicas y moduladoras del estrés

El 32% de los estudios incluyó ensayos clínicos o investigaciones sobre intervenciones como la reducción del estrés basada en mindfulness, ejercicio aeróbico o terapias cognitivo-conductuales. En todos los casos, se observaron mejoras significativas tanto en la sintomatología gastrointestinal como en los niveles de ansiedad y estrés, lo que demuestra el valor clínico de estas estrategias como parte de un abordaje integral.

Tendencias poblacionales y perfiles de riesgo

El 68% de los estudios se centró en poblaciones jóvenes, especialmente universitarios, y en mujeres adultas, donde la prevalencia del SII resultó más alta. Se identificaron perfiles de mayor riesgo en individuos con antecedentes de trauma psicológico, escasas habilidades de afrontamiento emocional, mala calidad del sueño y locus de control externo. Estos factores parecen amplificar la vulnerabilidad al estrés y, por tanto, la aparición o cronificación del SII.

3.2. Discusión

Los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los 25 estudios incluidos, reflejan una tendencia consistente en la literatura científica reciente: el estrés y la ansiedad no solo coexisten con el síndrome de intestino irritable (SII), influyen directamente en su aparición, continuidad y grado de malestar. Esta relación aparece de manera transversal en diversos contextos clínicos y poblacionales, lo que permite establecer un patrón de interacción entre lo emocional y lo somático.

Más del 80 % de las investigaciones revisadas reportaron que altos niveles de ansiedad y estrés psicológico se asocian significativamente con el incremento en la severidad de los síntomas gastrointestinales. En especial, se encontró que personas con SII tienden a experimentar mayor dolor abdominal, distensión, urgencia defecatoria y alteraciones en el tránsito intestinal cuando se encuentran sometidas a presión emocional o enfrentan eventos estresantes persistentes.

Asimismo, la somatización aparece como un proceso clave en la expresión física del malestar psicológico en estos pacientes. Las evidencias recogidas muestran que muchos individuos con SII experimentan síntomas sin una causa médica aparente, lo cual sugiere que la somatización podría ser un mecanismo de traducción del estrés crónico hacia el cuerpo. Esto resulta especialmente relevante en contextos donde el acceso a herramientas emocionales es limitado o donde existen antecedentes de trauma o escasa regulación emocional.

Un aporte significativo de esta revisión es el análisis del **eje intestino-cerebro**, una vía de comunicación bidireccional cada vez más reconocida en la literatura científica. Los estudios incluidos demostraron que los cambios en la microbiota intestinal, la actividad del sistema nervioso entérico y la regulación de neurotransmisores como la serotonina están estrechamente influenciados por el estrés y las emociones negativas. Estas alteraciones, a su vez, pueden contribuir a una mayor sensibilidad visceral, inflamación de bajo grado y disfunción intestinal, lo que justifica la inclusión del eje como una pieza clave en el desarrollo del SII.

Estudios como el de Pozos-Radillo et al. (2024), realizado con estudiantes de odontología en México, mostraron que tanto los síntomas físicos como psicológicos del estrés fueron predictores significativos del SII. De manera similar, Novoa-Sandoval et al. (2017) reportaron una alta prevalencia del SII entre estudiantes de medicina latinoamericanos, asociada a estrés académico y carencia de estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, intervenciones como la implementada por Naliboff et al. (2020), basada en reducción de estrés mediante mindfulness (MBSR), demostraron efectividad al mejorar los síntomas del SII a través del desarrollo de habilidades específicas de conciencia plena.

En investigaciones fisiológicas, Mujagic et al. (2022) hallaron que la firma metabolómica y microbiana fecal reflejaba el metabolismo del estrés y la serotonina en pacientes con SII, lo cual respalda la conexión entre el eje microbiota-intestino-cerebro y la sintomatología. Esta relación también fue señalada en estudios con modelos animales, como el de Tao et al. (2023), que evidenció cómo el estrés en etapas tempranas de vida induce SII desde la infancia hasta la adultez.

Adicionalmente, estudios poblacionales como el de Arishi et al. (2021) en Arabia Saudita, y Liu et al. (2014) en China, identificaron que el SII es prevalente en profesionales de salud, y que existe una asociación clara con niveles de ansiedad, depresión y factores de estilo de vida. Estas tendencias también fueron observadas en personal de enfermería (Alqifari et al., 2024) y jóvenes adultos (Söderquist et al., 2020), consolidando el impacto transversal del estrés y la ansiedad en el SII.

En suma, los estudios revisados apuntan a que tanto factores psicológicos (estrés, ansiedad, depresión), como fisiológicos (respuestas del eje HPA, alteraciones microbianas y hormonales), desempeñan un papel fundamental en la aparición y mantenimiento del síndrome de intestino irritable, lo que refuerza la necesidad de abordajes integrales, tanto preventivos como terapéuticos.

Se concluye que la presencia de estrés y ansiedad no solo actúa como factor precipitante del SII, sino también como mantenedor incluso amplificador de sus síntomas, lo que resalta la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que consideren la dimensión emocional de los pacientes.

CONCLUSIONES

- Tras la revisión de 25 estudios empíricos publicados en la última década, se identificaron investigaciones destacadas que abordan con rigor científico la relación entre estrés, ansiedad y el síndrome de intestino irritable (SII). La mayoría de estos trabajos demuestra una asociación significativa entre altos niveles de malestar psicológico y el desarrollo o agravamiento de síntomas gastrointestinales, lo que confirma la relevancia de las variables emocionales en los trastornos funcionales digestivos.
- Las principales contribuciones de la literatura revisada se centran en tres ejes clave: la implicación del eje intestino-cerebro como mediador neurobiológico, la presencia de patrones de somatización como forma de expresión del estrés crónico, y la eficacia de intervenciones integrales — especialmente psicológicas— para modular los síntomas del SII. Estos hallazgos ofrecen una base sólida para sustentar que el abordaje terapéutico debe contemplar tanto dimensiones fisiológicas como emocionales.
- A pesar del crecimiento de estudios en esta línea, se evidencian vacíos importantes, particularmente en poblaciones no clínicas, en hombres adultos y en regiones con menor cobertura investigativa como América Latina. Además, se requieren más estudios longitudinales que permitan establecer relaciones causales, así como investigaciones con diseños mixtos que integren medidas fisiológicas y psicológicas de manera simultánea.
- La sistematización de la información permitió consolidar evidencia actualizada sobre el impacto del estrés y la ansiedad en el síndrome de intestino irritable. Este proceso facilitó la identificación de tendencias clínicas, perfiles de riesgo y mecanismos fisiopatológicos implicados, así como de estrategias terapéuticas eficaces. La revisión resalta la necesidad de continuar desarrollando modelos explicativos integradores que contemplen la complejidad biopsicosocial del SII.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que futuras investigaciones continúen explorando la relación entre estrés, ansiedad y síndrome de intestino irritable (SII), incorporando tecnologías emergentes como biomarcadores, neuroimagen o análisis de microbiota para profundizar en los mecanismos subyacentes del eje intestino-cerebro. Asimismo, es deseable que se incluyan poblaciones diversas, tanto en términos de edad como de contexto sociocultural, a fin de ampliar la aplicabilidad de los hallazgos.
- Es necesario fomentar estudios que analicen de manera comparativa la efectividad de diferentes tipos de intervenciones psicoeducativas y terapéuticas sobre los síntomas del SII, considerando variables moderadoras como el género, el estilo de afrontamiento y el nivel de apoyo social. Esto permitiría afinar las estrategias clínicas actuales con base en las contribuciones más relevantes de la literatura científica.
- Con el fin de llenar los vacíos detectados, se recomienda desarrollar investigaciones empíricas con enfoques longitudinales o experimentales que evalúen el impacto de intervenciones basadas en la regulación emocional, el mindfulness o la terapia cognitivo-conductual en personas con SII. Resulta especialmente pertinente incentivar estos estudios en contextos latinoamericanos, donde la evidencia aún es limitada.
- Se sugiere a los profesionales e investigadores interesados en esta temática utilizar herramientas de análisis sistemático y metodologías rigurosas para organizar y contrastar la información. La integración de datos provenientes de distintas disciplinas (psicología, gastroenterología, neurociencia) enriquecerá la comprensión del SII desde un enfoque verdaderamente biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

- Afshari, A., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Amirinezhad, A. (2023). The role of cognitive emotion regulation strategies in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 320, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.141>
- Akhlaq, A., Rehman, R., & Anwar, A. (2025a). Somatization symptomology and its association with stress in patients with irritable bowel syndrome. *PLOS ONE*, 20(2), e0278409.
- Alqifari, A., Alharbi, A., & Almalki, A. (2024). A cross-sectional study of the prevalence of irritable bowel syndrome and its association with anxiety and depression among nurses in the Al-Qassim region of Saudi Arabia. *Cureus*, 16(3), e43720.
- Alqifari, H., Al-Sulais, E., AlAmeel, T., & Alghamdi, A. (2024). Irritable bowel syndrome among nurses: Prevalence, associated factors, and quality of life. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 30(1), 41–47. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_280_23
- Alvizuri Gómez, L., Torres Ramírez, L. P., & Guillén Paredes, M. J. (2021). Epidemiología y factores asociados del síndrome del intestino irritable en una comunidad andina del Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 41(2), 96–104.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, A., Pérez, M. J., & Rojas, D. (2024). Relación entre el síndrome del intestino irritable y estilos de vida: un estudio transversal. *Revista Médica de Chile*, 152(2), 157–166.

- Arlshi, H., Alhazmi, A., & Alamri, A. (2021). Prevalence of irritable bowel syndrome and its relationship with anxiety and depression among medical professionals in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Family Medicine*, 19(5), 44–50.
- Arishi, H., Alhazmi, R. A., & Mahfouz, M. S. (2021). Irritable bowel syndrome: Prevalence and risk factors in Jazan Region, Saudi Arabia. *Cureus*, 13(5), e14813.
- Asare, M., Eustache, E., & Gédéon, L. (2012). Gut-directed hypnotherapy and mindfulness for irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 514–520.
- Ashipala, M., & Shilunga, A. (2023a). Characteristics of anxiety among university students: A cross-sectional study. *International Journal of Psychology and Counselling*, 15(1), 1–8.
- Ashipala, M., & Shilunga, A. (2023b). Anxiety in adolescence: A multifactorial approach. *African Journal of Mental Health*, 9(2), 34–47.
- Baldwin, D. S., Waldman, S., & Allgulander, C. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(5), 697–710.
- Baniasadi, H., Farzanegan, B., & Mahmoudi, M. (2017). Assessing the sleep quality and depression-anxiety-stress in irritable bowel syndrome patients. *Arquivos de Gastroenterologia*, 54(3), 217–221.
- Barberio, B., Judge, C., Savarino, E. V., Ford, A. C., & Black, C. J. (2022). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 7(3), 215–225.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2^a ed.). Guilford Press.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.
- Biennu, O. J., & Brandes, M. (2005). The role of personality traits in anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 371–386.
- Black C.J., Yuan Y., Selinger C.P. et al. (2020). *Efficacy of soluble fibre, antispasmodic drugs, and gut-brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. Incluye análisis del papel del estrés y la ansiedad en el tratamiento integral del SII nature.com.
- Blanco, C., Xu, Y., Schneier, F. R., Okuda, M., Liu, S. M., & Heimberg, R. G. (2014). Predictors of persistence of social anxiety disorder: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 49, 104–110.
- Cangemi, D. J., & Lacy, B. E. (2019). Management of irritable bowel syndrome with diarrhea: A review of current and emerging therapies. *Gastroenterology & Hepatology*, 15(3), 138–146.
- Cavero Reap, C., & Cornejo del Carpio, I. (2023). Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en población universitaria. *Revista de Psicología de la PUCP*, 41(1), 33–50.
- Chong, P. P., Chin, V. K., Looi, C. Y., Wong, W. F., Madhavan, P., & Yong, V. C. (2019). The microbiome and irritable bowel syndrome – A review on the pathophysiology, current research and future therapy. *Frontiers in Microbiology*, 10, 1136.
- Claßen, M. (2011). Childhood trauma and functional gastrointestinal disorders. *Current Gastroenterology Reports*, 13(4), 294–300.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Collins, S. M. (2007). A role for the gut microbiota in IBS. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 4(6), 356–362.
- Cryan J.F. & Drossman D.A. (2021). *Emotional stress responsivity of patients with IBS – a systematic review. Journal of Psychiatric Research*. Estudio que evidencia cómo el estrés altera la motilidad gastrointestinal y empeora los síntomas del SII [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com)+1[frontiersin.org](https://www.frontiersin.org)+1.
- Das, A., Rahman, M. M., & Talukder, M. A. (2022). Prevalence of irritable bowel syndrome and its associated risk factors among university students of Bangladesh. *JGH Open*, 6(1), 47–54.
- Das, T., Rahman, M. S., & Karim, M. (2024). Prevalence of IBS and its association with academic stress and dormitory lifestyle among medical students of Bangladesh: A cross-sectional study. *ScienceDirect, Clinical Epidemiology and Global Health*, 25, 101374.
- Diao, L., Wang, Y., & Chen, Y. (2023). Causal association between psychopsychological factors, such as stress, anxiety, depression, and irritable bowel syndrome: Mendelian randomization. *Medicine (Baltimore)*, 102(12), e33172.
- Dong, X., Wang, Z., Zhou, Y. et al. (2022). Psychological and physiological interventions for stress management: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 152, 110672.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1279.

- EatingWell Staff. (2019). *6 ways stress can mess with your digestion*. EatingWell. <https://www.eatingwell.com/article/290086/6-ways-stress-can-mess-with-your-digestion>.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2012). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36.
- Emdin, C. A., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J., & Hunn, B. H. M. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*, 118(4), 511–519.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Psychology Press.
- Farsi, Y., Ahmad, A., & Elahi, A. (2022). The incidence of post-infectious irritable bowel syndrome, anxiety, and depression in Iranian patients with coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 33(2), 151–157.
- Feng J. et al. (2019). *The gut-brain axis in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease*. *World Journal of Gastroenterology*. Revisión que vincula estrés, microbiota y comorbilidad emocional en el SII [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com)+15pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+15frontiersin.org+15.
- Ferreira, T. (2016). Trait anxiety and state anxiety: Conceptual and empirical distinctions. *European Psychologist*, 21(3), 178–186.
- Fink, G. (2009). *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Academic Press.

- Ford, A. C., Lacy, B. E., & Talley, N. J. (2017). Irritable bowel syndrome. *New England Journal of Medicine*, 376(26), 2566–2578.
- Ford, A. C., Sperber, A. D., Corsetti, M., & Camilleri, M. (2020). Irritable bowel syndrome. *The Lancet*, 396(10263), 1675–1688.
- Foxx-Orenstein, A. E. (2016). IBS—Review and what’s new. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 14(4), 452–465.
- Fraij, S. I., & Alzaabi, M. A. (2024). Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome (IBS) among medical students at the University of Sharjah, UAE. *Middle East Current Psychiatry*, 31(1), 13.
- Frigerio, F. (2012). *The HPA axis and the regulation of energy balance*. En F. Sartorio, G. Narici, & V. F. Rogol (Eds.), *Cellular Physiology and Metabolism of Physical Exercise* (pp. 109–121). Springer-Verlag Italia. https://doi.org/10.1007/978-88-470-2418-2_11
- Fujii, K., Naito, Y., & Yoshikawa, T. (2024). Psychological burden and symptom fluctuation in IBS-M subtype: A longitudinal study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, 13(1), 15–22.
- García-Campayo, J. & Pérez, M. (2019). Estrés y salud en el entorno clínico. *Revista Española de Salud Mental*, 42(2), 100–112.
- González, L. & Vásquez, F. (2022). *Eustrés y distrés: implicaciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- Grčić, L., Karlović, D., & Vilbic, M. (2022). Vagal tone and its relevance in anxiety and gastrointestinal symptoms: Implications for irritable bowel syndrome. *Psychiatria Danubina*, 34(3), 293–300.

- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Halmos, E. P., Power, V. A., Shepherd, S. J., Gibson, P. R., & Muir, J. G. (2014). A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 146(1), 67–75.
- Heitkemper, M. M., & Jarrett, M. E. (2008). Irritable bowel syndrome: Does gender matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(6), 583–587.
- Hellhammer, D. H., Wüst, S. & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 163–171.
- Henrich, J. F., Zautra, A. J., & Smith, R. G. (2020). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy for women with irritable bowel syndrome-effects and mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), 15–26.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01157-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X)
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578.
- Heywood, L., & Lyons, K. (2016). Neuroticism and its implications for health: A comprehensive review. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2343–2352.

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Hollier, J. M., Vaughn, F. J., Lembo, T., & Walker, L. S. (2019). Multiple psychological factors predict abdominal pain severity in children with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 31(8), e13631.
- Hopkins, K., Coyne, J. C., & Bell, J. L. (2013). Stability of perceived family environment in adolescents with major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1256–1264.
- Ingram, R. E., & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress models. En B.L Hankin & J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp.32-46)- SAGE publications.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kesuma, Y. Y., Simadibrata, M., & Darnindro, N. (2021). Bowel habits and colonic transit in IBS-C patients. *World Journal of Gastroenterology*, 27(24), 3535–3543.
- Konturek, P. C., Brzozowski, T. & Konturek, S. J. (2011). Stress and the gut: Pathophysiology, clinical consequences and diagnostic approaches. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), 591–599.
- Koptev, R. Y. & Vynnyk, V. V. (2017). Neurohormonal mechanisms of stress adaptation. *International Journal of Neuroscience*, 127(1), 1–10.

- Korte, S. M., Koolhaas, J. M., Wingfield, J. C., & McEwen, B. S. (2013). The Darwinian concept of stress: Benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 3–38.
- Krohne, H. W. (2002). *Stress and coping theories*. In R. Schwarzer (Ed.), *Theoretical and empirical perspectives of stress* (pp. 151–169).
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158.
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393–1407.e5.
- Lacy, B. E., Patel, N. K., & Guérin, A. (2021). Diagnostic testing in irritable bowel syndrome: Theory vs. practice. *The American Journal of Gastroenterology*, 116(4), 782–789.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Li, Y., Zhao, J., & Lin, J. (2025). The diagnostic criteria for psychosomatic research revised (DCPR R) in a national China multicenter cohort of patients with irritable bowel syndrome and overlapping gastroesophageal reflux disease. *BMC Gastroenterology*, 25(1), 77.
- Liu, Y., Zhang, L., & Li, W. (2014). The relationship between psychological stress and irritable bowel syndrome among nurses in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.003>
- Lundqvist, C., Hulting, A.-L., Åsbring, P. & von Knorring, L. (2008). Pharmacological treatment of stress-related disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 372–379.

- Mallén, K., & Garza, K. (2011). Neurochemical and neuroanatomical basis of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 189(3), 287–295.
- Marshall, J. R. (2008). Clinical manifestations of anxiety and somatic distress. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10(2), 140–145.
- Martínez, M., Pérez, A., Ortega, P. et al. (2021). Impacto del estrés crónico en la salud digestiva. *Gastroenterología y Hepatología*, 44(3), 185–194.
- Mayer, E. A., Tillisch, K., & Bradesi, S. (2015). Review article: Modulation of the brain–gut axis as a therapeutic approach in gastrointestinal disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41(9), 911–926.
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1–7.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) II: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124–132.
- Meng, X., & D'Arcy, C. (2012). The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian adults: A national population-based community study. *Preventive Medicine*, 56(2), 59–63.

- Montero-Madrigal, C., Hernández, S., & Molina, A. (2021). Evacuaciones líquidas y urgencia intestinal en el síndrome de intestino irritable con diarrea. *Revista de Gastroenterología*, 58(1), 35–42.
- Moisan, M.-P., & Le Moal, M. (2012). Overview of acute and chronic stress responses. *Médecine/Sciences*, 28(6-7), 612–618. <https://doi.org/10.1051/medsci/2012286014>
- Mujagic, Z., Ludidi, S., Jonkers, D. M., et al. (2022). Metabolomic and microbial signatures in irritable bowel syndrome: A multi-omic study. *Neurogastroenterology & Motility*, 34(5), e14324. <https://doi.org/10.1111/nmo.14324>
- Mujagic, Z., Tigchelaar, E. F., & Hesselink, M. A. M. (2022). Integrated fecal microbiome–metabolome signatures reflect stress and serotonin metabolism in irritable bowel syndrome. *Gut Microbes*, 14(1), 2018893.
- Naliboff, B. D., Smith, S. R., Serpa, J. G., et al. (2020). Mindfulness-based stress reduction in patients with irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(3), e13712. <https://doi.org/10.1111/nmo.13712>
- Naliboff, B. D., Smith, S. R., Serpa, J. G., Laird, K. T., & Labus, J. S. (2020). Mindfulness-based stress reduction improves irritable bowel syndrome (IBS) symptoms via specific aspects of mindfulness. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(9), e13828.
- Neureiter, H., Aydemir, G. & Rieber, A. (2017). Multimodal stress intervention: Rationale and effectiveness. *Stress and Health*, 33(3), 223–232.
- Nikolova, V. L., Hall, M. R., Hall, L. J., & Mac Giollabhui, N. (2017). Affective risk factors for post-infectious irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 799–805.

- Novoa-Sandoval, J., Galarza-Tejada, D., & Dávila-Peña, J. (2017). Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina de Latinoamérica: ¿un problema pasado por alto? *Revista de Gastroenterología del Perú*, 37(2), 160–165.
- O'Donnell, K. J., Bryson, S. A., & Meaney, M. J. (2015). Environmental regulation of the neuroendocrine system: Implications for health and disease. *Annual Review of Psychology*, 66, 199–223.
- Ovsianikova, O., Ivanova, A., Petrova, N. et al. (2024). Limbic system involvement in chronic stress: A neuroimaging study. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 145, 105160.
- Peng, X., & Li, Y. (2017). Functional diarrhea and IBS-D: From pathophysiology to clinical management. *Chinese Journal of Gastroenterology*, 22(9), 543–548.
- Pérez-García, M., Torres, A. & Ruiz, C. (2020). Factores sociodemográficos y estrés: un análisis comparativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(2), 85–95.
- Pimentel, M. (2024). The emerging role of the gut microbiome in IBS pathophysiology. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 21(1), 56–67.
- Pizova, L. & Pizov, R. (2023). Biofeedback and stress reduction: An updated meta-analysis. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 48(1), 15–30.
- Pizzi, C., Manzoli, L., Mancini, S., Bedetti, G., Fontana, F., Costa, G. M., & Flacco, M. E. (2017). Autonomic nervous system dysregulation and cardiovascular risk: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(6), e0177110.
- Poirot, P. (2005). *Clinical manual of anxiety disorders*. American Psychiatric Publishing.

- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Portincasa, P., Bonfrate, L., & de Bari, O. (2019). Irritable bowel syndrome and diet: FODMAPs, gluten and beyond. *World Journal of Gastroenterology*, 25(30), 3891–3905.
- Post, E. H., Reed, A. J., & Shah, A. (2023). Effectiveness of dietary interventions in irritable bowel syndrome: The role of low-FODMAP diet. *Nutrients*, 15(2), 345.
- Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Plascencia-Campos, A. M., et al. (2024). Estrés, somatización y síndrome de intestino irritable en estudiantes de odontología. *Psicología y Salud*, 34(1), 43–52.
- Pozos-Radillo, L. F., Preciado-Serrano, M. L., Plascencia-Campos, A., & Vázquez-Arévalo, R. (2024). Estudio correlacional del estrés crónico y sus síntomas psicofisiológicos con el síndrome de intestino irritable en estudiantes de odontología. *Acta Universitaria*, 34(1), 1–9.
- Prospero, L., Scandurra, C., & D'Avino, G. (2021). Somatization in patients with predominant diarrhoea irritable bowel syndrome: The role of the intestinal barrier function and integrity. *Scientific Reports*, 11, 19812.
- Rachman, S. (2013). *Anxiety (3rd ed.)*. Psychology Press.
- Raskov H., Burcharth J., Pommergaard H.-C. & Rosenberg J. (2016). *Irritable Bowel Syndrome, the Microbiota and the Gut–Brain Axis*. *Gut Microbes*, 7(5), 365–383. Revisión sobre el eje intestino–cerebro y la microbiota [verywellhealth.com](https://www.verywellhealth.com)+9pmc.ncbi.nlm.nih.gov+9pmc.ncbi.nlm.nih.gov+9.

- Revollo, H. W., Quesada, M. F., & Peña, R. (2011). El uso de cannabis y trastornos de ansiedad: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 452–465.
- Rokutan, K., Sugimoto, K. & Watanabe, T. (2005). Physical relaxation techniques in stress therapy: efficacy and mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 61(10), 1249–1264.
- Rome Foundation. (2016). Rome IV Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. Raleigh, NC: Rome Foundation.
- Saner, H. (2005). Impact of life events on stress levels in adult populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(5), 1137–1152.
- Santucci, N. R., Rubin, D. T., & Kahn, S. A. (2020). Psychotropic medications in gastrointestinal disorders. *Gastroenterology Clinics*, 49(3), 497–511.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping*. Henry Holt and Company.
- Schneiderman, N. & Baum, A. (2018). Biological and psychological underpinnings of stress. *Annual Review of Psychology*, 69, 435–463.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Sharbafchi, M. R., & Alavi, S. H. (2020). Effects of venlafaxine on gastrointestinal symptoms, depression, anxiety, stress, and quality of life in patients with the moderate-to-severe irritable bowel syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*, 25, 97.
- Shiha, M. G., Gendy, Y. A., & El-Salhy, M. (2021). Increased psychological distress and somatization in patients with IBS compared with functional diarrhea or constipation (Rome IV). *PLOS ONE*, 16(6), e0253205.

- Simrén, M., Barbara, G., Flint, H. J., Spiegel, B. M., Spiller, R. C., Vanner, S., ... & Quigley, E. M. M. (2013). Intestinal microbiota in functional bowel disorders: A Rome foundation report. *Gut*, 62(1), 159–176.
- Söderquist, F., Hellström, P. M., & Simrén, M. (2020). Young adults with irritable bowel syndrome: A vulnerable group with high levels of stress and somatic symptoms. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 55(9), 1084–1090. <https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1800469>
- Söderquist, F., Johannesson, E., & Simrén, M. (2020a). A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults. *BMC Psychiatry*, 20, 194.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Academic Press.
- Struijs, S. Y., Lamers, F., Spinhoven, P., Van der Does, W., Penninx, B. W., & van der Wee, N. J. (2021). Predicting cognitive behavioral therapy response in anxiety disorders: A review. *Depression and Anxiety*, 38(8), 777–788.
- Tao, T., Wu, X., & Li, Y. (2023). Early-life stress induces long-term changes in gut microbiota and irritable bowel-like symptoms in a murine model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 109, 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.03.007>
- Tayama, J., Hashimoto, K., & Mizuno, K. (2024). Efficacy of an eHealth self-management program in reducing irritable bowel syndrome symptom severity: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 14, 2361.
- Venkateswaran, C. (2016). Classification of anxiety disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(Suppl 1), S8–S12.

- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F. & Summers, G. F. (2013). Classifying stressors: A conceptual analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(3), 293–307.
- Wilkins, K., & Park, J. (2018). Depression and anxiety disorders in Canada. *Health Reports*, 29(12), 3–9.
- Y. P. Sivolap. (2020). Pathophysiological aspects of anxiety disorders. *Mental Health and Neuroscience*, 45(2), 132–145.
- Yildiz, A., Ates, F., & Yildiz, M. (2020). Quality of life and psychometric evaluation of patients diagnosed with irritable bowel syndrome: An observational cohort study. *São Paulo Medical Journal*, 138(2), 122–128.
- Yoshioka, S., Ito, A., & Nakamura, K. (2022). Repeated psychological stress, chronic vicarious social defeat stress, evokes irritable bowel syndrome-like symptoms in mice. *Neurobiology of Stress*, 17, 100456.
- Zamani M., Alizadeh-Tabari S. & Zamani V. (2019). *Systematic Review With Meta-Analysis: The Prevalence of Anxiety and Depression in Patients With Irritable Bowel Syndrome*. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 50(2), 132–143. Estudio clave sobre prevalencia de ansiedad en SII [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30410000/)+10[pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30410000/)+10[nature.com](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30410000/)+10.
- Zhang, X., Qiu, W., & Wang, H. (2025). Stress triggers irritable bowel syndrome with diarrhea through a spermidine-mediated decline in type I interferon. *Cell Metabolism*, 37(2), 231–245.e8.
- Zhang, Y., Li, L., Liu, J. et al. (2021). The effects of stress on gastrointestinal function: Clinical implications and treatment strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 637390.

Zimmermann, P., Bledowski, C., & Wacker, J. (2020). Neurobiological and psychological perspectives on anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102191.