

¿POR QUÉ ENFERMAMOS?

Una mirada integradora desde la Psiquiatría, las Neurociencias, el trauma, los vínculos y el sentido

Dra. Gabriela Pedernera

Monografía de actualización

2026

ÍNDICE

1. Introducción: una mirada integrada de la enfermedad
2. De los modelos simples a la psiquiatría de redes y sistemas
3. Genética, epigenética y neuroplasticidad
4. Estrés, alostasis y carga alostática
5. El modelo de triaje alostático y los recursos energéticos cerebrales
6. Neuroinflamación, microglía y comunicación cerebro-inmunidad
7. Psiquiatría metabólica, insulina, mitocondrias y energía cerebral
8. Trauma: cuando la respuesta de supervivencia permanece activa
9. Las tres grandes redes neuronales y el trauma
10. Circuito amenaza-memoria-contexto
11. El sistema integrador de significado
12. La ira en el TSPT
13. Chiozza: enfermedad, cuerpo y biografía
14. Vínculos, apego y corregulación
15. Mobbing laboral y seguridad psicológica
16. Propósito, logoterapia y libertad
17. Espiritualidad, conexión social y prevención del suicidio
18. Modelo integrador: ¿por qué enfermamos?
19. Tratamiento y recuperación: un abordaje multimodal
20. Conclusiones

Bibliografía seleccionada

RESUMEN

¿Por qué enfermamos? La pregunta atraviesa toda la historia de la medicina y no admite una respuesta única. Durante mucho tiempo se intentó comprender la enfermedad separando cuerpo y mente, biología y experiencia, cerebro y ambiente. La investigación contemporánea propone una mirada más compleja: la salud y la enfermedad emergen de la interacción dinámica entre genética, epigenética, desarrollo, metabolismo, inmunidad, redes neuronales, estrés, experiencias traumáticas, vínculos, condiciones sociales y recursos de adaptación.

Desde esta perspectiva, enfermar no significa necesariamente que exista una única causa identificable. En muchas enfermedades, diferentes vulnerabilidades se acumulan y, junto con determinadas cargas ambientales y biográficas, pueden superar de manera transitoria o persistente la capacidad del organismo para conservar su equilibrio. Al mismo tiempo, la neuroplasticidad, la regulación, los vínculos seguros, el tratamiento y la recuperación metabólica muestran que vulnerabilidad no equivale a destino.

Esta monografía integra aportes de la psiquiatría contemporánea, la neuroinmunología, la psiquiatría metabólica, la epigenética y las neurociencias del trauma con perspectivas clínicas y humanísticas sobre biografía, relaciones interpersonales, propósito, espiritualidad y construcción de significado. Se incorpora especialmente el TSPT, la ira como respuesta defensiva, las grandes redes neuronales y un modelo clínico de integración del significado, distinguiendo con claridad entre redes neuroanatómicas demostradas y constructos integradores.

> **No enfermamos solamente con un órgano. Enferma una persona situada dentro de una historia, un cuerpo, un cerebro, unos vínculos y un mundo.**

1. INTRODUCCIÓN: UNA MIRADA INTEGRADA DE LA ENFERMEDAD

La división entre enfermedades “del cuerpo” y enfermedades “de la mente” resulta insuficiente para explicar gran parte del sufrimiento humano. El cerebro forma parte del organismo y mantiene una comunicación permanente con los sistemas endocrino, inmunológico, cardiovascular y metabólico. A la vez, interpreta el ambiente, las relaciones interpersonales y las señales corporales, y organiza respuestas dirigidas a mantener la supervivencia y la adaptación.

La salud puede concebirse como un equilibrio dinámico. No implica ausencia absoluta de estrés, sino capacidad para adaptarse, recuperarse y reorganizarse. Cuando las demandas se vuelven persistentes, intensas o impredecibles, y los recursos de regulación o reparación resultan insuficientes, aumenta la probabilidad de síntomas y enfermedad. Esta idea es especialmente útil en psiquiatría, donde un mismo diagnóstico clínico puede representar trayectorias biológicas y psicosociales diferentes.

> **VULNERABILIDAD + CARGA + TIEMPO - RECURSOS DE ADAPTACIÓN = MAYOR RIESGO DE ENFERMAR**

Esta fórmula no debe interpretarse como una ecuación determinista. Dos personas expuestas a acontecimientos similares pueden responder de manera muy diferente debido a sus genes, experiencias tempranas, apoyo social, estado metabólico, antecedentes médicos, aprendizaje, sentido atribuido a lo vivido y posibilidades de recuperación.

2. DE LOS MODELOS SIMPLES A LA PSIQUIATRÍA DE REDES Y SISTEMAS

La psiquiatría actual se aleja progresivamente de explicaciones monocausales. Ya no resulta suficiente afirmar que un trastorno complejo se explica por un único

neurotransmisor, una única región cerebral o una sola experiencia. Los diagnósticos continúan siendo clínicamente útiles, pero existe una heterogeneidad considerable dentro de cada categoría.

La psiquiatría de precisión intenta integrar fenotipo clínico, curso temporal, historia, cognición, conducta, variables biológicas y respuesta al tratamiento para identificar subgrupos y mecanismos relevantes. Este enfoque todavía se encuentra en desarrollo y no implica que exista hoy una prueba biológica única capaz de explicar cada trastorno mental. Su valor reside en reconocer que distintos caminos pueden conducir a síntomas similares y que los tratamientos pueden requerir combinaciones individualizadas.

Paralelamente, los modelos de redes conciben el cerebro como sistemas distribuidos que cooperan y compiten dinámicamente. En esta perspectiva, las alteraciones psiquiátricas pueden surgir de cambios en la conectividad y la coordinación entre redes, más que de una lesión aislada en un punto determinado.

3. GENÉTICA, EPIGENÉTICA Y NEUROPLASTICIDAD

Los genes participan en la vulnerabilidad, pero no constituyen un programa rígido. La epigenética estudia mecanismos que regulan la actividad génica sin modificar la secuencia del ADN. Entre ellos se encuentran la metilación del ADN, las modificaciones de histonas, la remodelación de la cromatina y diferentes ARN no codificantes.

Las adversidades tempranas, el estrés, la nutrición y otros factores ambientales pueden asociarse con modificaciones epigenéticas. La investigación contemporánea muestra que las experiencias tempranas pueden influir sobre programas de desarrollo cerebral durante ventanas sensibles. Sin embargo, estos efectos son específicos de

tejidos, células, regiones cerebrales y etapas del desarrollo, por lo que deben evitarse interpretaciones deterministas.

La neuroplasticidad recuerda que el sistema nervioso conserva capacidad de cambio. Aprendizaje, psicoterapia, vínculos seguros, ejercicio, sueño y tratamientos biológicos pueden modificar circuitos funcionales. Por eso una frase resume bien esta perspectiva: la historia puede dejar huellas, pero no necesariamente escribe el final.

4. ESTRÉS, ALOSTASIS Y CARGA ALOSTÁTICA

Ante una amenaza, el organismo intenta adaptarse. Aumenta la vigilancia, se modifica la actividad cardiovascular, se activa el sistema nervioso autónomo, se moviliza energía y se reorganiza el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Estas respuestas son útiles cuando permiten afrontar un desafío y luego regresar a un estado de recuperación.

La alostasis es el proceso mediante el cual el organismo alcanza estabilidad a través del cambio. El problema aparece cuando la respuesta de adaptación debe mantenerse durante períodos prolongados, se activa repetidamente o no puede apagarse con eficacia. El costo acumulativo de esta adaptación persistente se denomina carga alostática.

La carga alostática permite comprender por qué el estrés crónico puede repercutir simultáneamente sobre sueño, metabolismo, inmunidad, presión arterial, cognición y regulación emocional. No significa que el estrés cause de forma lineal una enfermedad determinada, sino que puede modificar múltiples sistemas y aumentar vulnerabilidad en personas susceptibles.

5. EL MODELO DE TRIAJE ALOSTÁTICO Y LOS RECURSOS ENERGÉTICOS CEREBRALES

Kelley y colaboradores propusieron en 2025 el Allostatic Triage Model of Psychopathology. Es un modelo teórico reciente que intenta explicar cómo el estrés podría reorganizar la asignación de recursos energéticos en el cerebro. Ante una amenaza, la demanda energética aumenta y el organismo prioriza procesos esenciales para la supervivencia inmediata.

El modelo sugiere que la energía puede reasignarse hacia sistemas relacionados con vigilancia, amenaza y acción, a expensas de funciones menos urgentes. Si esta configuración se prolonga, la neuroplasticidad podría estabilizar patrones que favorezcan síntomas psicopatológicos. El modelo resulta especialmente interesante porque conecta alostasis, metabolismo, mitocondrias, inflamación y funcionamiento de redes cerebrales, aunque todavía requiere validación adicional.

ESTRÉS → MAYOR DEMANDA ENERGÉTICA → PRIORIZACIÓN DE SUPERVIVENCIA → REASIGNACIÓN DE RECURSOS → CAMBIOS FUNCIONALES EN REDES → POSIBLES SÍNTOMAS

6. NEUROINFLAMACIÓN, MICROGLÍA Y COMUNICACIÓN CEREBRO-INMUNIDAD

El cerebro y el sistema inmunológico mantienen una comunicación bidireccional. La microglía, población inmunitaria residente del sistema nervioso central, participa en vigilancia, mantenimiento neuronal, remodelación sináptica y respuestas inflamatorias. La investigación de célula única ha mostrado una variedad de estados microgliales mucho más compleja que la antigua clasificación binaria M1/M2.

En diferentes trastornos psiquiátricos se estudian asociaciones entre inflamación periférica, señalización inmunológica, metabolismo del triptófano, estrés oxidativo,

plasticidad y funcionamiento cerebral. Sin embargo, la neuroinflamación no debe presentarse como explicación universal. Es probable que tenga mayor relevancia en determinados subgrupos de pacientes y en interacción con otras vulnerabilidades.

El valor clínico de esta perspectiva consiste en recordar que el cerebro no está aislado del resto del organismo. Infecciones, enfermedades metabólicas, sueño, estrés y hábitos de vida pueden modular vías inmunológicas que, a su vez, interactúan con la función cerebral.

7. PSIQUIATRÍA METABÓLICA, INSULINA, MITOCONDRIAS Y ENERGÍA CEREBRAL

La psiquiatría metabólica estudia la relación bidireccional entre salud mental y metabolismo. Resistencia a la insulina, alteraciones lipídicas, función mitocondrial, inflamación y cambios en la utilización de glucosa se observan con frecuencia en personas con trastornos psiquiátricos, aunque no constituyen causas únicas ni están presentes en todos los casos.

Las mitocondrias proporcionan energía y participan en señalización, estrés oxidativo y apoptosis. El cerebro posee una elevada demanda energética, por lo que cambios metabólicos sistémicos pueden tener repercusiones funcionales. De manera inversa, estrés crónico, trastornos psiquiátricos y algunos psicofármacos pueden modificar metabolismo, apetito, peso y sensibilidad a la insulina.

El abordaje metabólico debe ser complementario. Alimentación adecuada, actividad física, sueño, control de factores de riesgo y tratamiento de enfermedades metabólicas son componentes de una psiquiatría integral, pero no sustituyen psicoterapia, farmacoterapia ni otras intervenciones cuando están indicadas.

8. TRAUMA: CUANDO LA RESPUESTA DE SUPERVIVENCIA PERMANECE ACTIVA

Ante una amenaza real, luchar, huir, inmovilizarse o buscar protección pueden ser respuestas adaptativas. El trauma psicológico aparece cuando la experiencia supera los recursos de procesamiento de la persona y deja secuelas persistentes en memoria, regulación emocional, percepción corporal, vínculos o sentido de seguridad.

En el TSPT, la amenaza ha terminado objetivamente, pero ciertos sistemas continúan respondiendo como si el peligro pudiera estar presente. Pueden aparecer hipervigilancia, sobresalto, insomnio, pesadillas, recuerdos intrusivos, evitación, irritabilidad, disociación, culpa, vergüenza y síntomas somáticos.

Por ello, el trauma no se define solamente por lo que ocurrió. También importa cómo quedó respondiendo el organismo después de lo ocurrido. Una persona puede saber racionalmente que está a salvo y, sin embargo, experimentar corporalmente una señal de peligro. Esta discrepancia entre conocimiento consciente y respuesta implícita es central para comprender muchos síntomas postraumáticos.

9. LAS TRES GRANDES REDES NEURONALES Y EL TRAUMA

9.1. Red de saliencia: “¿Hay peligro?”

La red de saliencia incluye especialmente la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior y mantiene interacciones con estructuras relacionadas con relevancia y amenaza, como la amígdala. Su función es identificar estímulos importantes y ayudar a organizar el cambio entre estados internos y demandas externas.

En el TSPT puede existir una sensibilidad aumentada a señales de amenaza. Un tono de voz, una mirada, una crítica o una situación de control pueden ser

interpretados rápidamente como peligrosos cuando se parecen, aun parcialmente, a experiencias traumáticas previas.

9.2. Red ejecutiva central: "¿Qué hago?"

La red ejecutiva central involucra regiones prefrontales dorsolaterales y parietales y participa en atención, planificación, memoria de trabajo, inhibición y regulación. Durante una activación intensa de amenaza, la capacidad para detenerse, contextualizar y elegir una respuesta puede disminuir temporalmente.

ESTÍMULO → REACCIÓN AUTOMÁTICA versus ESTÍMULO → EVALUACIÓN → ELECCIÓN

9.3. Red por defecto: "¿Quién soy y qué significa esto para mí?"

La Default Mode Network participa en procesamiento autorreferencial, memoria autobiográfica, identidad e imaginación del futuro. En el trauma puede alterarse la integración entre aquello que ocurrió en el pasado y lo que está ocurriendo en el presente. Un estímulo actual puede activar una historia autobiográfica cargada de amenaza.

"No me escucha" → "Nunca me escucharon" → "Otra vez estoy indefenso" → ALARMA / IRA / RETRAIMIENTO

Las alteraciones de conectividad descritas en TSPT no constituyen un patrón único para todas las personas. La investigación de redes debe interpretarse como un marco probabilístico y no como una prueba diagnóstica individual.

10. CIRCUITO AMENAZA-MEMORIA-CONTEXTO

Además de las grandes redes, es clínicamente útil considerar el circuito formado por amígdala, hipocampo y corteza prefrontal ventromedial. La amígdala participa en la detección de relevancia y amenaza; el hipocampo aporta información contextual y temporal; y regiones prefrontales intervienen en regulación y reevaluación.

Cuando el sistema funciona adecuadamente, una persona puede recordar que un acontecimiento fue peligroso y, al mismo tiempo, reconocer que pertenece al pasado. En el TSPT puede resultar más difícil diferenciar el contexto actual del contexto traumático. Así, el pasado puede adquirir la cualidad fisiológica de estar ocurriendo nuevamente.

“AQUELLO FUE PELIGROSO” + “AHORA ESTOY A SALVO” = MEMORIA CONTEXTUALIZADA

11. EL SISTEMA INTEGRADOR DE SIGNIFICADO

Es importante distinguir la evidencia neurocientífica del modelo clínico. Actualmente no existe una “cuarta red neuronal del significado” delimitada anatómicamente de la misma manera que la red de saliencia, la red ejecutiva central o la red por defecto. Por rigor, resulta preferible hablar de un sistema integrador de significado.

Este constructo puede reunir memoria autobiográfica, identidad, valores, creencias, vínculos, espiritualidad, propósito y representación del futuro. Su pregunta fundamental no es solamente “¿hay peligro?”, sino “¿qué significa esto para mi vida?”.

El trauma puede dañar precisamente estas estructuras de interpretación. Una persona que antes consideraba el mundo seguro puede comenzar a sentir que todo es peligroso; quien podía confiar puede vivir en sospecha; quien tenía una narrativa coherente puede experimentar fragmentación; quien encontraba propósito puede perderlo.

La herida traumática puede afectar no sólo la regulación, sino también el marco desde el cual la vida tenía sentido.

Este nivel permite integrar neurociencia con logoterapia, psicología narrativa y espiritualidad, sin confundirlos con una red anatómica demostrada. Es una dimensión clínica que ayuda a comprender por qué algunas personas no sólo temen, sino que sienten que su identidad, sus valores o su mundo han sido quebrados.

12. LA IRA EN EL TSPT

La ira puede constituir un síntoma relevante del TSPT. Puede expresarse como irritabilidad persistente, baja tolerancia a la frustración, hostilidad, estallidos verbales o conductuales y dificultad para recuperar calma. En muchos casos aparece vinculada con estados de amenaza y con la respuesta defensiva de lucha.

Desde el modelo de redes, un desencadenante activa rápidamente la red de saliencia. Si el organismo interpreta peligro, aumenta la activación autonómica y se prepara para defenderse. Al mismo tiempo, la regulación ejecutiva puede disminuir y la memoria autobiográfica aportar significados traumáticos. El resultado puede ser una reacción intensa frente a un estímulo que, para un observador externo, parece menor.

DESENCADENANTE → AMENAZA → ACTIVACIÓN → RESPUESTA DE LUCHA → MEMORIA TRAUMÁTICA → SIGNIFICADO → IRA

Por ejemplo: “no me escucha” puede transformarse implícitamente en “nunca me escucharon”, “otra vez estoy indefenso” o “me están humillando”. La persona no reacciona solamente al acontecimiento actual, sino a la red de significados y memorias que éste activa.

La ira, por lo tanto, no siempre es lo contrario del miedo. En algunas personas traumatizadas es una forma adoptada por el sistema de defensa cuando percibe que debe luchar. Después del episodio pueden aparecer culpa, tristeza o agotamiento.

Esto no elimina la responsabilidad por la conducta, pero permite comprender el mecanismo y orientar el tratamiento.

La evidencia indica que las psicoterapias focalizadas en trauma pueden reducir la ira, aunque el efecto sobre este síntoma puede ser menor que sobre los síntomas nucleares del TSPT. En pacientes con ira persistente puede ser necesario agregar intervenciones específicas de regulación emocional, manejo de impulsos, comunicación y resolución de conflictos.

13. CHIOZZA: ENFERMEDAD, CUERPO Y BIOGRAFÍA

Luis Chiozza propuso comprender la enfermedad no sólo como acontecimiento biológico, sino también dentro de la historia singular de quien enferma. Su perspectiva patobiográfica invita a preguntar qué lugar ocupa el padecimiento en la vida de esa persona y cómo se enlaza con sus vínculos, pérdidas, conflictos y experiencias.

Este enfoque puede dialogar con concepciones actuales sobre estrés, trauma, neuroendocrinología, inmunidad y epigenética, siempre que se mantenga una delimitación clara: la evidencia contemporánea no permite afirmar que una emoción específica produzca de manera directa una enfermedad orgánica determinada.

Tampoco sería adecuado afirmar que una persona enferma por “pensar mal” o por no haber resuelto correctamente sus conflictos. La enfermedad posee mecanismos biológicos reales. El aporte de Chiozza puede entenderse como una dimensión interpretativa y clínica complementaria: la enfermedad ocurre en un organismo, pero ese organismo pertenece a una persona con una biografía.

14. VÍNCULOS, APEGO Y CORREGULACIÓN

Desde diferentes tradiciones, autores como Winnicott, Sullivan y Dolto subrayaron la importancia del vínculo en la constitución psicológica. La neurociencia del desarrollo permite formular una parte de estas intuiciones en términos de regulación: antes de aprender a autorregularnos, dependemos en gran medida de la corregulación proporcionada por otros.

Una figura suficientemente segura puede ayudar a disminuir amenaza, organizar emociones y favorecer exploración. Con el tiempo, estas experiencias contribuyen a construir modelos internos de seguridad y capacidad de autoconsuelo. Por el contrario, la violencia, la imprevisibilidad, el abandono o el rechazo pueden configurar aprendizajes de amenaza interpersonal.

Por ello, la relación terapéutica no es solamente el lugar donde se aplican técnicas. En muchos pacientes puede convertirse en una experiencia correctiva: ser escuchado sin humillación, poder poner límites, expresar desacuerdo y recibir una respuesta estable puede modificar progresivamente expectativas construidas en relaciones anteriores.

15. MOBBING LABORAL Y SEGURIDAD PSICOLÓGICA

Los ambientes laborales pueden convertirse en fuentes importantes de regulación o de amenaza. El mobbing o acoso laboral supone exposición repetida a conductas hostiles, humillantes, intimidatorias o de aislamiento. La evidencia lo asocia con estrés, ansiedad, depresión, burnout y deterioro de la calidad de vida.

La seguridad psicológica representa un concepto diferente: describe contextos en los que las personas pueden hacer preguntas, reconocer errores, expresar desacuerdo o pedir ayuda sin temor constante a humillación o represalias

interpersonales. No significa ausencia de exigencias, responsabilidad o conflicto, sino una forma más segura de tramitar diferencias.

AMBIENTE DE AMENAZA CRÓNICA → VIGILANCIA → ESTRÉS → DESGASTE

SEGURIDAD PSICOLÓGICA → CONFIANZA → COOPERACIÓN → APRENDIZAJE → REGULACIÓN

16. PROPÓSITO, LOGOTERAPIA Y LIBERTAD

Viktor Frankl introdujo una dimensión fundamental: la búsqueda de sentido. La logoterapia no sostiene que el sufrimiento sea necesario ni que toda tragedia esconda una razón que deba descubrirse. Propone que, aun cuando una persona no puede modificar lo ocurrido, puede trabajar sobre la posición que adopta frente a ello y sobre la dirección que desea dar a su vida.

En el trauma, la respuesta automática puede ocupar casi todo el espacio disponible entre estímulo y conducta. La recuperación intenta ampliar nuevamente ese intervalo. Cuando aparece conciencia de activación, regulación, reflexión y posibilidad de elección, aumenta la libertad subjetiva.

ESTÍMULO → CONCIENCIA → REGULACIÓN → REFLEXIÓN → ELECCIÓN

Esta libertad no es absoluta ni ignora la biología. Es una capacidad que puede recuperarse dentro de condiciones concretas. La persona deja de ser solamente alguien a quien le ocurrió algo y puede volver a ser alguien que elige hacia dónde dirigir su vida.

17. ESPIRITUALIDAD, CONEXIÓN SOCIAL Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La conexión social constituye un determinante importante de la salud. La OMS ha destacado que soledad y aislamiento social tienen consecuencias físicas y mentales significativas. Los vínculos, la pertenencia comunitaria y la posibilidad de recibir y ofrecer apoyo pueden funcionar como recursos de protección.

En relación con el suicidio es imprescindible evitar simplificaciones. Se trata de un fenómeno multifactorial en el que interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Propósito, sentido, apoyo y espiritualidad pueden ser recursos protectores para algunas personas, pero no garantizan por sí solos la prevención.

La espiritualidad puede incluir oración, comunidad, compasión, trascendencia, valores y esperanza. Para algunas personas es una fuente profunda de sostén; para otras puede incluir conflictos, culpa o experiencias religiosas dolorosas. Por ello debe explorarse de manera respetuosa y nunca imponerse.

Una enfermedad no significa falta de fe, castigo ni debilidad moral. La espiritualidad tampoco debe reemplazar tratamientos necesarios. Ante ideación suicida, plan, intención o riesgo inmediato corresponde evaluación clínica urgente, medidas de seguridad y acceso oportuno a atención profesional.

18. MODELO INTEGRADOR: ¿POR QUÉ ENFERMAMOS?

Podemos reunir los diferentes niveles en un modelo único. La genética aporta predisposiciones; la epigenética refleja parte del diálogo entre biología y experiencia; las experiencias tempranas modelan regulación y expectativas; el estrés crónico aumenta carga alostática; el metabolismo y las mitocondrias sostienen los recursos energéticos; el sistema inmunitario modula inflamación; las redes neuronales organizan atención, regulación e identidad; los vínculos pueden ofrecer seguridad o amenaza; y el significado integra todo dentro de una historia personal.

GENÉTICA → EPIGENÉTICA → DESARROLLO → ESTRÉS / TRAUMA → ALOSTASIS → METABOLISMO E INMUNIDAD → REDES NEURONALES → VÍNCULOS → SIGNIFICADO

La enfermedad puede aparecer cuando, en un determinado momento, las demandas superan de manera persistente los recursos disponibles para adaptarse, regularse y reparar. Esta idea no implica que toda persona sometida a grandes cargas vaya a enfermar. La resiliencia también depende de factores biológicos, psicológicos, relacionales, comunitarios y culturales.

19. TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN: UN ABORDAJE MULTIMODAL

Si la enfermedad es multidimensional, el tratamiento también debe serlo. No todos los pacientes necesitan todos los componentes, y la secuencia debe individualizarse. En trauma complejo o TSPT, la estabilización y la seguridad pueden preceder a un procesamiento intensivo del recuerdo, aunque los protocolos modernos también muestran que la exposición o el procesamiento pueden realizarse de manera segura cuando existen indicación clínica, preparación adecuada y seguimiento.

19.1. Primer nivel: recuperar seguridad

Antes de procesar profundamente un trauma se debe evaluar la seguridad actual. Esto incluye detectar violencia vigente, riesgo suicida, consumo problemático, enfermedad médica descompensada, privación grave de sueño y otros factores que puedan impedir la regulación. La seguridad no significa eliminar toda incomodidad, sino disponer de una base suficiente para el trabajo terapéutico.

19.2. Segundo nivel: regular el cuerpo y el sistema autonómico

Respiración lenta, grounding, orientación sensorial, relajación, actividad física progresiva, rutinas de sueño y conciencia corporal pueden contribuir a disminuir activación. Estas técnicas no sustituyen tratamientos específicos, pero ayudan a reconocer señales tempranas y a ampliar la ventana de tolerancia.

19.3. Tercer nivel: cuidar metabolismo y salud física

El abordaje integral incluye valorar peso, presión arterial, glucemia, lípidos, función tiroidea cuando corresponda, actividad física, sueño, alimentación y efectos metabólicos de medicamentos. La salud cerebral depende también de la salud corporal. Las intervenciones deben adaptarse a comorbilidades, edad, preferencias y posibilidades reales del paciente.

19.4. Cuarto nivel: psicoterapias focalizadas en trauma

Las guías clínicas actuales reconocen como tratamientos con fuerte respaldo para TSPT intervenciones focalizadas en trauma, entre ellas la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), la Exposición Prolongada (PE) y EMDR. Aunque utilizan procedimientos diferentes, comparten el objetivo de reducir evitación, procesar recuerdos traumáticos, modificar significados disfuncionales y favorecer aprendizaje de seguridad.

El tratamiento no busca borrar el recuerdo. Busca que la memoria traumática pueda ser integrada como algo que ocurrió y no como una amenaza que continúa sucediendo en el presente.

19.5. Quinto nivel: tratamiento de la ira

Cuando la ira es prominente, resulta útil mapear una secuencia concreta: desencadenante, sensación corporal, emoción, pensamiento, impulso, conducta y consecuencia. Reconocer el proceso antes del estallido permite intervenir más temprano.

Las estrategias pueden incluir identificación de triggers, regulación autonómica, reestructuración cognitiva, tolerancia al malestar, entrenamiento en comunicación, resolución de problemas, trabajo con vergüenza y culpa, y procesamiento del trauma

subyacente. El objetivo no es suprimir toda ira, sino convertirla en una señal que pueda ser comprendida y expresada sin daño.

“ESTOY ACTIVÁNDOME” debe poder aparecer antes de “YA REACCIONÉ”.

19.6. Sexto nivel: farmacoterapia cuando está indicada

En TSPT, las psicoterapias focalizadas en trauma ocupan un lugar prioritario. Cuando se requiere farmacoterapia, la guía VA/DoD de 2023 considera con evidencia moderada sertralina, paroxetina y venlafaxina para el tratamiento del TSPT. Prazosina puede considerarse específicamente para pesadillas asociadas al TSPT. La elección debe individualizarse según síntomas, comorbilidades, antecedentes, tolerabilidad, interacciones y preferencias del paciente.

Los fármacos deben utilizarse dentro de un plan integral. En especial en trauma complejo, pueden disminuir síntomas que interfieren con la psicoterapia, pero no reemplazan el procesamiento de recuerdos, la recuperación de vínculos ni la reconstrucción de sentido.

19.7. Séptimo nivel: sanar vínculos y recuperar confianza

Muchas heridas traumáticas ocurrieron dentro de relaciones. Por ello, la recuperación también puede apoyarse en experiencias relacionales diferentes: ser escuchado, respetado, poder decir no, poner límites, pedir ayuda y permanecer conectado sin perder autonomía.

La terapia individual, la terapia de pareja o familiar cuando corresponde, grupos de apoyo y redes comunitarias pueden contribuir a reconstruir confianza. El objetivo no es forzar reconciliaciones, sino ampliar la capacidad de establecer relaciones seguras y recíprocas.

19.8. Octavo nivel: reconstruir la narrativa

El trauma puede dividir la vida en un “antes” y un “después”. La integración narrativa permite incluir la experiencia traumática dentro de una historia más amplia. El acontecimiento sigue siendo importante, pero deja de definir toda la identidad.

“ESTO FORMA PARTE DE MI HISTORIA, PERO NO ES TODA MI IDENTIDAD.”

19.9. Noveno nivel: recuperar propósito

El propósito puede expresarse de múltiples maneras: amar, cuidar, enseñar, aprender, trabajar, crear, servir, pertenecer, cultivar una vocación o sostener una vida espiritual. No se impone desde afuera; se descubre o reconstruye a partir de los valores y circunstancias de cada persona.

El propósito devuelve una dimensión temporal al tratamiento. Ya no se trata únicamente de disminuir síntomas, sino de construir un futuro hacia el cual valga la pena dirigirse.

19.10. Décimo nivel: reconstruir significado y trascendencia

En pacientes para quienes la espiritualidad es relevante, puede explorarse de manera clínica y respetuosa. Esto puede incluir comunidad, oración, valores, compasión, reconciliación con la propia historia y trascendencia. Ninguna intervención espiritual debe imponer creencias, culpabilizar a la víctima, exigir perdón ni sustituir cuidados médicos o psicológicos necesarios.

19.11. Síntesis del proceso de recuperación

DESDE	HACIA
PELIGRO	**SEGURIDAD**
DESREGULACIÓN	**REGULACIÓN**
CUERPO EN ALERTA	**CUERPO CAPAZ DE DESCANSAR**
RECUERDO VIVIDO COMO PRESENTE	**RECUERDO RECONOCIDO COMO PASADO**
IRA AUTOMÁTICA	**EMOCIÓN RECONOCIDA Y REGULADA**

AISLAMIENTO	**VÍNCULO**
FRAGMENTACIÓN	**INTEGRACIÓN**
“¿POR QUÉ ME PASÓ?”	**“¿QUÉ QUIERO HACER AHORA?”**
PÉRDIDA DE SENTIDO	**PROPÓSITO**
REACCIÓN	**ELECCIÓN**

20. CONCLUSIONES

La pregunta “¿por qué enfermamos?” no puede responderse con una sola molécula, un gen, un neurotransmisor, una experiencia infantil o una emoción. Enfermar es un fenómeno emergente de sistemas complejos. Somos biología y biografía; metabolismo, inmunidad, cerebro y cuerpo; pero también vínculos, recuerdos, proyectos, valores y significado.

El trauma puede hacer que el cerebro continúe esperando una amenaza que terminó. El estrés prolongado puede imponer un alto costo al organismo. Los ambientes hostiles pueden mantenernos en vigilancia. La soledad puede privarnos de una fuente esencial de regulación y pertenencia. La pérdida de propósito puede dificultar la construcción de futuro.

> **Pero la plasticidad también forma parte de nuestra biología. El cuerpo puede aprender nuevamente seguridad. Las memorias pueden contextualizarse. Las emociones pueden regularse. Los vínculos pueden reconstruirse. La historia puede adquirir una narrativa más amplia. El sentido puede recuperarse.**

La pregunta final no es solamente “¿por qué enfermamos?”, sino también “¿qué necesitamos para sanar?”

Seguridad para el cuerpo, regulación para el cerebro, cuidado para la biología, palabras para la experiencia, vínculos para la soledad, sentido para la historia y libertad para volver a elegir.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Cánepa, E. T., & Berardino, B. G. (2024). Epigenetic mechanisms linking early-life adversities and mental health. Biochemical Journal, 481(10), 615–642. https://doi.org/10.1042/BCJ20230306

Chiozza, L. (varias ediciones). ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Fundación Luis Chiozza.

Frankl, V. E. (varias ediciones). El hombre en busca de sentido. Herder.

Kelley, D. P., Singleton, S. P., Venable, K., et al. (2025). The allostatic triage model of psychopathology (ATP Model): How reallocation of brain energetic resources under stress elicits psychiatric symptoms. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 179, 106419. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106419

Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: A unifying triple network model. Trends in Cognitive Sciences, 15(10), 483–506.

Sethi, S., Berk, M., Andreazza, A. C., et al. (2026). Metabolic psychiatry targeting metabolic dysregulation in mental health. Nature Mental Health, 4, 508–520. https://doi.org/10.1038/s44220-026-00609-5

Sullivan, H. S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. W. W. Norton.

U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2023). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder.

Wells, S. Y., Patel, T. A., Halverson, T. F., et al. (2025). The impact of trauma-focused psychotherapies on anger: A systematic review and meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 17(5), 1140–1152. https://doi.org/10.1037/tra0001697

Winnicott, D. W. (1965). The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Hogarth Press.

World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection.

World Health Organization. (2025). Suicide. Fact sheet, 25 March 2025.

NOTA FINAL

Este material tiene finalidad académica y educativa. Los modelos integradores presentados buscan facilitar la comprensión de fenómenos complejos y no sustituyen la evaluación clínica individual. En particular, el “sistema integrador de significado” se utiliza como constructo clínico y conceptual; no se presenta como una cuarta red neuroanatómica demostrada. En situaciones de riesgo suicida, violencia actual o descompensación clínica grave se requiere evaluación profesional urgente.