

ORIGINAL
Artículo de revisión

Un modelo decolonial para el manejo integral de los traumas psicológicos*

A decolonial model for the comprehensive management of psychological trauma

Recibido: Mayo 21 de 2024 - Evaluado: Agosto 22 de 2024 - Aceptado: Noviembre 24 de 2024

Rómulo Esteban Montilla **

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6878-0441>

Sonia Quiroz-Leal***

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9842-9153>

Para citar este artículo / To cite this Article

Montilla, R. E., & Quiroz-Leal, S. (2025). Un modelo decolonial para el manejo integral de los traumas psicológicos. *Revista Gestión y Desarrollo Libre*, 10(19), 1-20. https://doi.org/10.18041/2539-3669/gestion_libre.19.2025.12983

Editor: Dr. Rolando Eslava-Zapata

Resumen

Este trabajo de investigación presenta un modelo integral y decolonial para el abordaje de los traumas psicológicos, reconociendo la complejidad, diversidad y profundidad de las experiencias traumáticas desde una perspectiva biológica, psicológica, social, espiritual y cultural. A través de una revisión crítica del desarrollo histórico del concepto de trauma, se identifican diversos tipos (singulares, complejos, evolutivos, intergeneracionales e incluso morales) y su impacto biopsicosocial. La investigación considera una metodología cualitativa que enmarca este artículo de revisión, recopilando información relevante sobre el tema, analizando y profundizando en el mismo y construyendo nuevas rutas para la comprensión y el tratamiento de los traumas psicológicos. La aportación resultante se constituye en un llamado a superar las aproximaciones universales, proponiendo una atención individualizada, contextual y culturalmente sensible. Se destacan los efectos del trauma en el cuerpo, la cognición, las emociones, la conducta y la memoria, y se aboga por intervenciones psicológicas basadas en evidencia científica y en el respeto irrestricto a los derechos humanos. El modelo decolonial se fundamenta en la dignidad humana y en la justicia social, como principios rectores del cuidado psicológico de las personas afectadas.

Palabras clave: Trauma Psicológico, Modelo Decolonial, Salud Mental, Intervención Integrativa, Justicia Social, Contextualización

* Artículo inédito. Artículo de investigación e innovación. Artículo de revisión. Trabajo vinculado a la University-Corpus Christi y Kairos University.

**.Doctor en Consejería por Texas A&M University-Corpus Christi, Estados Unidos. Profesor en St. Mary's University, Estados Unidos. Email: rmontilla@stmarytx.edu

*** Doctora en Educación y Consejería Profesional por la Universidad Evangélica Nicaragüense Martin Luther King Jr., Nicaragua. Profesora en Kairos University, Estados Unidos. Email: sqlps50@yahoo.com.mx

Abstract

This research paper presents a comprehensive and decolonial model for addressing psychological trauma, recognizing the complexity, diversity, and depth of traumatic experiences from a biological, psychological, social, spiritual, and cultural perspective. Through a critical review of the historical development of the concept of trauma, various types (singular, complex, evolutionary, intergenerational, and even moral) and their biopsychosocial impact are identified. The research employs a qualitative methodology that frames this review article, compiling relevant information on the subject, analyzing it in depth, and exploring new avenues for understanding and treating psychological trauma. The resulting contribution constitutes a call to move beyond universal approaches, proposing individualized, contextually sensitive, and culturally responsive care. The effects of trauma on the body, cognition, emotions, behavior, and memory are highlighted, and psychological interventions based on scientific evidence and unrestricted respect for human rights are advocated. The decolonial model is based on human dignity and social justice as guiding principles for the psychological care of affected individuals.

Keywords: Psychological Trauma, Decolonial Model, Mental Health, Integrative Intervention, Social Justice, Contextualization

SUMARIO

INTRODUCCIÓN. – ESQUEMA DE RESOLUCIÓN. – I. Problema de investigación. – II. Metodología. – III. Plan de redacción. – 1. Tipos de traumas psicológicos.- 2. Impacto de los traumas psicológicos en la vida de una persona. – 3. Práctica profesional con sensibilidad a los traumas psicológicos. – 4. La evaluación y el tratamiento de las enfermedades por traumas psicológicos. - 5. Enfermedades relacionadas con el trauma. - IV. Resultados de investigación. - CONCLUSIONES. - REFERENCIAS.

Introducción

La capacidad adaptativa del ser humano es admirable dado que a través de las edades, al enfrentarse con agentes estresantes de enormes proporciones, ha logrado no sólo sobrevivir sino también florecer. El ser humano ha tenido que encarar hambrunas, pandemias, desastres naturales, guerras, enfrentamientos con animales, retos con personas antisociales, genocidios, así como exclusiones por razones de color, geografía, identidad sexual, religión, lenguaje, etnicidad y condiciones de salud. Estas amenazas estresantes han desafiado no sólo el funcionamiento general del organismo humano, sino también el aspecto psicológico, sociológico y conductual.

Heródoto (c. 484 - c. 425 a. C.), un historiador y geógrafo griego, registró una experiencia traumática que tuvo un soldado llamado Epizelus en la batalla de Maratón (ciudad griega que quedaba a 42 kilómetros de Atenas) quien después de observar cómo mataron a su compañero de arma quedó ciego, aunque al ser evaluado por los médicos no había sufrido ningún daño al ojo o nervio óptico. Su ceguera se derivó de presenciar los horrores y atrocidades que les ocurrieron a sus compatriotas. Ese relato ilustra el impacto que una experiencia estresante puede tener en el organismo humano, su función cognitiva, emocional y conductual.

El ser humano se enfrenta a eventos estresantes, los cuales maneja haciendo uso de su experiencia, educación, personalidad, fe y del apoyo de las personas aliadas. En ocasiones, estos desafíos pueden ser de tal magnitud que desbordan los métodos de afrontación acostumbrados, generando un estado de desequilibrio conocido como crisis. En estas

circunstancias, por lo general las personas echan mano de asistencia profesional a fin de recuperar el balance existencial y poder seguir con los proyectos de vida planificados.

El estrés desmedido que altera el balance existencial en ocasiones por factores personales, biológicos, historial de salud y contexto sociocultural puede dar paso a enfermedades psicológicas tales como las relacionadas con los traumas. En la medicina, el término trauma se refiere a una lesión o herida considerable que afecta los órganos como la piel, el estómago, los pulmones, los huesos y los sistemas en general del organismo humano. Una definición parecida se sigue en el aspecto legal donde se entiende como una lesión resultante de una fuerza mecánica como una caída, un accidente, el usar armas blancas contundentes o penetrantes, armas de fuego, armas térmicas, armas eléctricas, armas químicas, armas biológicas, armas radiactivas y el mismo cuerpo como arma.

Los médicos neurólogos interesados en entender cómo los eventos culturales afectaban la conducta humana tales como el francés Jean-Martin Charcot (1825-1893), los austriacos Josef Breuer (1842-1925) y Sigmund Freud (1856-1939) fueron las voces modernas que conectaron las exposiciones a eventos estresantes catastróficos a los traumas psicológicos. El Dr. Freud, en particular, señalaba que la reacción traumática del presente se podía conectar con una experiencia estresante del pasado, lo que contribuía, según él, a la agudeza de la sintomatología psicológica.

El médico cirujano inglés Herbert William Page (1845-1926), a quien le tocó operar en muchos pacientes víctimas de los accidentes ferroviarios, pudo darse cuenta de que algunos no presentaban lesiones en sus órganos, pero sí manifestaban síntomas psicológicos provocados por el terror abrumador del suceso catastrófico. El médico alemán Hermann Oppenheim (1858-1919) publicó en 1889 un tratado sobre las neurosis traumáticas, donde sugirió que los traumas psicológicos provocaban cambios orgánicos que perpetuaban los síntomas psíquicos. Su contribución dio paso al uso de la palabra trauma en psiquiatría en lugar de sólo en cirugía.

Es así como en el aspecto psicológico a partir del siglo XIX (1801-1900) de esta era se comenzó a usar la palabra trauma (herida) psicológico como metáfora, para hacer referencia al estado abrumador, paralizante y desorganizado al que un ser humano pudiera entrar después de presenciar, enterarse o experimentar un evento estresante o una serie de acontecimientos catastróficos que rebasan sus estrategias de afrontamiento y llevan más allá de una crisis. Las reacciones ante estos agobiantes sucesos pueden reflejar el desquebraje del sentido de identidad, la socavación del sentido de seguridad, la disminución de la autoeficacia, la desregulación de las emociones, el desafío a las premisas cognitivas sanas, el comprometer las relaciones aún con las personas o agencias aliadas y las alteraciones en las conductas adaptativas.

El médico neurólogo austriaco Sigmund Freud (1920) definió el trauma psicológico como un estímulo que excede la capacidad del individuo para afrontarlo. El médico endocrinólogo Hans Selye (1907-1982), conocido como el padre de la teoría del estrés, propuso ver el trauma como una respuesta biológica ante una amenaza, señalando que la presencia de vulnerabilidades biológicas en las personas pudiera influir en la reacción ante un agente estresante externo.

El médico psiquiatra sudafricano Joseph Wolpe (1915-1997) fue el pionero en lograr que las enfermedades relacionadas con el trauma psicológico se comenzaran a ver como trastornos particulares que ameritaban un tratamiento singular. El Manual de Diagnóstico de Salud, conocido como La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, incluyó en 1948 por primera vez una sección de trastornos mentales en su versión CIE-6. En ese manual, las enfermedades relacionadas con el trauma

psicológico se llamaban Inadaptación situacional aguda (326.3) con tres subtipos: excitabilidad anormal bajo estrés menor; fatiga de combate, y fatiga operativa. En 1978, el CIE-9 de la OMS comenzó a usar el término Estrés Post-Traumático. 309.81. Luego, en 1992, el CIE-10 cambió el código para el Trastorno de Estrés Postraumático a F43.12. En 1980, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría publicó el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) usando el nombre de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD).

El uso de la palabra trauma (herida) se utiliza como una metáfora para referirse a las alteraciones de la capacidad de análisis, a las desregulaciones emocionales y a las conductas inusuales que suelen mostrarse al enfrentar de forma directa o indirecta una amenaza o estrés desmedido que desborda las capacidades de afrontamiento de una persona. Esto ha sido de amplio beneficio para el campo de la psicología y la medicina.

No obstante, se corre el peligro de minimizar la realidad y seriedad de los traumas psicológicos en tanto que en algunos casos sí es posible detectar un daño evidente estructural y fisiológico en el sistema nervioso, dándose casos en los que lo único visible son los síntomas de perturbaciones en la conducta y en las relaciones humanas. Es así que es posible identificar casos donde es fácil apuntar que los factores biológicos, la vulnerabilidad personal, el menoscabo del autocontrol, el historial con experiencias traumáticas, la fragilidad de la salud, el sistema de apoyo social disminuido y las condiciones socioculturales adversas, pudieran contribuir al desborde existencial y la aparición de las enfermedades psicológicas relacionadas con los traumas. Sin embargo, también es evidente que aún las personas con abundantes factores protectores pueden, ante amenazas estresantes, experimentar traumas psicológicos que destrozan sus esquemas globales y su calidad de vida de manera notoria.

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría, en su última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, sugiere tomar en cuenta la idiosincrasia y contexto de cada persona, señalando que en algunos casos pueden predominar síntomas emocionales, conductuales y de reexperimentación relacionados con el miedo. En otros casos, lo más destacado será la presencia de estados de ánimo anhedónicos o disfóricos y las cogniciones negativas, y “en algunos otros individuos, los síntomas de excitación y de reacción-externalización son prominentes, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones sintomáticos” (DSM-5TR, 2022, p. 306).

Así entonces, este trabajo de investigación constituye una invitación a repensar la forma en que tradicionalmente hemos entendido y tratando el trauma psicológico, para ahora atenderlo integralmente desde una praxis clínica, ética y culturalmente sensible.

Esquema de resolución

1. Problema de investigación

¿Cómo se describe el modelo decolonial para el manejo integral de los traumas psicológicos?

2. Metodología

El presente trabajo se enmarca en una metodología cualitativa de revisión documental que recupera información relevante sobre un tema específico para unificarla en una nueva

perspectiva que aporte al cuerpo de conocimientos ya existente (Vera-Carrasco, 2009). La revisión documental permite analizar información sobre un tema determinado, de una manera profunda y sistemática, de tal forma que es posible identificar patrones, perspectivas o teorías previas sobre la temática que estudia el investigador, de modo que se desarrollen nuevas miradas sobre los tópicos investigados (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2014).

A través de una revisión documental profunda, se integran aportaciones históricas, biomédicas, psicológicas, sociales y espirituales para articular una propuesta holística del trauma psicológico. Se recurre al análisis crítico de fuentes académicas reconocidas, incluyendo marcos de diagnóstico oficiales (CIE-11, DSM-5-TR), estudios de neurociencia, investigaciones longitudinales, así como perspectivas socioculturales y espirituales. La estructura argumentativa es inductiva, avanzando desde la definición de trauma hasta la formulación de un modelo de atención integral sensible al contexto y la diversidad. El estudio incorpora elementos de análisis epistemológico y ético, proponiendo una práctica profesional informada hacia el trauma y orientada hacia la equidad y la dignificación de las personas afectadas.

3. Plan de redacción

3.1 Tipos de traumas psicológicos

Los traumas psicológicos son de naturaleza muy variada y de difícil categorización. Sin embargo, se hace referencia a experiencias traumáticas singulares, complejas, evolutivas, intergeneracionales o históricas y las lesiones morales. Lo cierto es que estas reacciones tienen el potencial de alterar el curso de la existencia de una persona desde su mismo comienzo hasta el final de sus días. Es muy importante reconocer esta condición evolutiva de las reacciones traumáticas, en tanto se pueden confundir respuestas adaptativas con patologías psicosociales.

Por ejemplo, un estímulo interno o externo puede servir como un detonante para evocar memorias no placenteras que promueven la liberación de sustancias bioquímicas estresantes, activando así el sistema de alerta del cerebro, que tiene lugar al estar frente a una amenaza de la integridad y el bienestar. Entonces pareciera que las personas sobrevivientes no sólo están recordando las experiencias estresantes, sino que además las reviven o las re experimentan.

El trauma psicológico singular

Se refiere a la reacción perturbadora y desestabilizante que ocurre durante o después de experimentar de forma directa o indirecta un evento estresante específico como un accidente de tránsito, un secuestro, una violación sexual, la muerte inesperada de un ser amado o un incendio.

El trauma psicológico complejo

Hace referencia a esas mismas reacciones, pero ante amenazas estresantes que son continuas como lo son un encuentro bélico, la opresión familiar, la violencia infantil, las violaciones sexuales continuas, el acoso o acecho, la violencia entre parejas íntimas y el hostigamiento religioso. Un ejemplo son las experiencias relacionadas con el combate o enfrentamiento bélico, donde hay una serie de acontecimientos amenazantes con un gran potencial traumático en las personas que sirven en la zona de guerra ya sea en el combate directo, las secuelas de la batalla y la percepción de amenazas a la seguridad e integridad.

Un estudio longitudinal, dirigido por el investigador Tyler C. Smith y sus colegas, con 50.184 militares movilizados, encontró que ellos tenían tres veces más la posibilidad de aparición de síntomas de trauma psicológico, estimando que el 7.6 % de las tropas cumplían con los criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático (Smith et al., 2008). Algunos miembros del personal militar mostraron síntomas de otras enfermedades psicológicas, tales como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos del sueño y los trastornos relacionados con el consumo inapropiado de sustancias.

El trauma psicológico evolutivo o del desarrollo a lo largo del curso de la vida

Apunta a la turbación del pensamiento, los sentimientos y las conductas en niños, niñas, adolescentes y adultos, después de haber enfrentado eventos estresantes singulares o continuos que por lo general toman lugar en los primeros estadios de la vida.

El maltrato, la negligencia, la desatención y la explotación de los niños, las niñas y los adolescentes, constituyen también amenazas estresantes que pueden provocar daños psicológicos traumáticos que pueden persistir a través del ciclo vital. El uso de la agresión, la coerción y la violencia por parte de personas que se presentan o debieran ser aliadas puede ser muy confuso para el cerebro en desarrollo, dejando alteraciones en el sistema de alerta que pueden perdurar durante el curso de la vida.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2016) considera que el maltrato, la negligencia y cualquier otra experiencia adversa en los niños, niñas y adolescentes tienen repercusiones a lo largo del curso de la vida. Así, el CDC presenta un marco de prevención al promocionar relaciones interpersonales sanas, ambientes seguros, colaboración en las diferentes fuerzas de cambio de la sociedad y oportunidades de expansión de potenciales.

Al mismo tiempo extiende una vigilancia para evitar *el maltrato físico* (uso intencionado de la fuerza física que puede provocar lesiones físicas tales como golpes, patadas, sacudidas, quemaduras u otras muestras de fuerza contra un niño), *el abuso sexual* (presionar u obligar a un niño a participar en actos sexuales incluyendo las caricias, la penetración y la exposición de un niño a otras actividades sexuales), *el abuso emocional* (los comportamientos que dañan la autoestima o el bienestar emocional de un niño como los insultos, la vergüenza, el rechazo, la negación del amor y las amenazas) y *la negligencia o desatención* (la falta de satisfacción de las necesidades físicas y emocionales básicas de un niño incluyendo el alojamiento, comida, ropa, educación, acceso a la atención médica y tener sentimientos validados y respondidos adecuadamente).

El trauma psicológico intergeneracional o histórico

Alude a las reacciones perturbadoras del equilibrio existencial que toman lugar al enfrentar amenazas estresantes continuas por razones de etnicidad, identificación política o religiosa, color de la piel, identidad sexual, condición de pobreza extrema, discapacidades y condiciones de salud general o psiquiátrica estigmatizadas. Ejemplos de esto se pueden ver en los casos de genocidio como el Holocausto, Ruanda y Amerindias, la persecución religiosa continuada, la discriminación racial, la exclusión religiosa y los conflictos generacionales como Israel-Palestina.

El trauma psicológico por lesión moral

El trauma psicológico por lesión moral se refiere al desequilibrio del organismo a nivel cognitivo, emocional y conductual que toma lugar después de participar, no impedir, ser testigo o conocer de actos que transgreden la brújula moral, las creencias morales profundamente

arraigadas, los valores y los compromisos sociales de una persona. La percepción o realidad de haber hecho o dejado de hacer algo que no estuviese enmarcado en la justicia, el amor, la paz y demás esquemas morales de un individuo, puede herir lo más profundo de un ser, como lo es su alma, y así comprometer su identidad existencial.

Ejemplos de estas lesiones morales donde se hace difícil justificar acciones que violan o traicionan los códigos éticos personales son los daños colaterales en civiles durante combates, el dar órdenes a subalternos para enfrentar a un enemigo, pero que dé como resultado la muerte o discapacidad de ellos. Esto también incluye el no prestar servicios básicos a una persona en emergencia, permanecer indiferente ante una violación sexual o de otro derecho humano, seguir órdenes inmorales que contraríen los acuerdos internacionales de enfrentamiento como el Código de la Convención de Ginebra y el justificar una acción sin la debida evidencia.

Las secuelas de estos traumas psicológicos pueden ir más allá de lo cognitivo y emocional e incluyen el impacto negativo en los valores, la moral y la espiritualidad. El daño moral o axiológico se conecta a que en muchos casos las acciones llevadas a cabo pueden estar en conflicto con las convicciones de la persona y de su grupo. Estos daños morales perjudiciales tienen la capacidad de influir el carácter o personalidad, las conductas y las interacciones con las demás personas. Litz et al. (2009) proponen que las ambigüedades éticas, el conflicto interno respecto a las convicciones espirituales y las expectativas morales, pueden dar pie a los traumas psicológicos.

3.2 Impacto de los traumas psicológicos en la vida de una persona

Estrés

El estrés se refiere a una reacción del organismo frente a una amenaza la cual puede provenir internamente como en el caso de un pensamiento, un recuerdo o una imaginación, así como también de estímulos externos como la fecha tope para terminar una asignación, la escasez de alimentos, el ataque de otra persona, o un desastre natural. En esta reacción biológica se liberan sustancias químicas tales como hormonas y neurotransmisores particulares a fin de equipar a la persona para que pueda enfrentarse con éxito a estos desafíos.

El pionero en los estudios sobre el estrés fue Selye (1956), quien propuso que las respuestas inespecíficas del organismo humano a los desafíos eran un eutrés, en el sentido que pudieran servir como fuerzas motivadoras para lograr una meta. Sin embargo, el estrés intenso, continuo o prolongado puede alterar el sistema de alerta del organismo humano, desencadenando una serie de problemas para la coordinación y el funcionamiento óptimo, hasta el punto de generar enfermedades o empeorar algunas existentes.

El estrés crónico o continuo no permite al organismo recuperar su estado original de quietud o paz, causando así un desgaste generalizado. Selye (1956) propuso la Teoría de Respuesta al Estrés o Síndrome General de Adaptación, basada en tres etapas: a) La reacción de alarma (reacción inicial al estrés), b) la resistencia (si el organismo sobrevive, rebota, resiste o se adapta) y, c) el agotamiento (los recursos se agotan).

Alteraciones en la estructura y funcionamiento del organismo

Las amenazas estresantes que ocurren en la infancia y la niñez tienen el potencial de afectar el funcionamiento general del organismo, incluyendo las actividades del sistema nervioso y endocrino. Papale *et al.* (2018), en un estudio inicial encontraron que la exposición prolongada al estrés durante la niñez pudiera afectar aún su constitución genética. Estas investigadoras identificaron algunas alteraciones genéticas asociadas a exposiciones de alto estrés en la

infancia que afectan el desarrollo del cerebro. Estos hallazgos sugieren un posible mecanismo neuromolecular que vincula las experiencias sociales de los niños con los traumas psicológicos.

Por otro lado, Price *et al.* (2013) encontraron que los telómeros humanos (estructuras proteicas del ADN) que actúan como biomarcadores e indicadores para examinar la expectativa de vida y las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, eran más cortos en las personas con experiencias traumáticas. Li *et al.* (2017) confirmaron esos hallazgos al realizar un metaanálisis, donde recopilaron datos de 3851 pacientes en cinco estudios, concluyendo así que efectivamente las personas con experiencias traumáticas tienen telómeros más cortos. Por supuesto, aún queda mucho por conocer acerca del impacto de las experiencias estresantes sobre la organización genética, el desarrollo del cerebro y las funciones metabólicas del organismo humano.

Ahora bien, al presenciar, ser objeto, o recordar una amenaza, se liberan en el organismo humano una cascada de neuroquímicos procedentes de las glándulas suprarrenales con el objetivo de preparar a la persona para una acción de protección. Estas descargas biológicas como la adrenalina pueden aumentar el ritmo cardíaco, incrementar la frecuencia de respiración, acelerar el flujo de oxígeno al tejido muscular, expandir los vasos sanguíneos y otras funciones vitales. Esto ocurre como parte del sistema de sobrevivencia ante momentos de peligro o estrés.

Estas estrategias de alerta para la sobrevivencia, al dejarse activadas, pueden crear una hiperactividad tal que dificulta a la persona discernir entre amenazas percibidas y las reales. Además, hace muy difícil diferenciar el peligro en términos de tiempo, dificultando discernir si la experiencia se produce en tiempo presente, pasado o futuro. Ese estado de alerta máxima puede comprometer la regulación de las emociones y el análisis cognitivo, abriendo la puerta para las conductas erráticas o no adaptativas. La capacidad de discernir con precisión la amenaza, real o imaginaria, así como también la habilidad de apagar ese sistema de alarma en el cerebro, se ve comprometida, incrementando así el desequilibrio a nivel psicológico; y dado que, las funciones ejecutivas del cerebro y el proceso nervioso relacionados con la memoria se ven alterados por las experiencias traumáticas (Carrion & Wong, 2012), el proceso de concentración y el del aprendizaje también se ven muy dificultados.

En algunos casos, las personas traumatizadas pueden centrar su atención en la sobrevivencia inmediata sin darle mucha ponderación a las consecuencias a largo plazo de sus decisiones. Además, para lograr manejo del dolor resultante de esas experiencias estresantes, la persona puede recurrir a estrategias no ortodoxas como lo son el consumo desmedido de sustancias, las autolesiones, los delirios y aún las disociaciones.

Alteraciones psicosociales

El impacto de sucesos estresantes puede influir de manera negativa en la salud médica y también psicológica de una persona, al punto de alterar marcadamente su manera de pensar, sentir, aspirar y comportarse. Las reacciones frente a estas amenazas de desmedida índole dependen de varios factores, incluyendo la biología, la salud general, la personalidad, el historial de experiencias estresantes, los aprendizajes culturales, las redes de apoyo social con los cuales cuenta un ser humano, la naturaleza del evento y la frecuencia de ocurrencia.

Los eventos desestabilizadores o conducentes a una reacción traumática pudieran incluir los desastres naturales, los ataques terroristas, los encuentros bélicos, los actos criminales como asaltos, violaciones y expropiaciones, la exclusión o discriminación, la pobreza extrema, la opresión entre parejas íntimas e intrafamiliar, los accidentes de tránsito, laborales o recreacionales, el acoso y hostigamiento, los desplazamientos, los secuestros, las rupturas

relacionales por muerte o separación, los cambios súbitos de orden financiero o laboral, y las epidemias o pandemias.

Estas experiencias estresantes que afectan la integridad existencial desafían la creatividad y la adaptabilidad humana y en algunas ocasiones las personas hacen uso de recursos internos y externos para afrontarlos a fin de sobrevivir y hasta de replantearse la vida o redefinirla en un antes y un después. Calhoun & Tedeschi (2006) denominaron a ese crecimiento Desarrollo Post-Traumático (PTG). Por otro lado, las experiencias pueden ser tan agobiantes que el estado de desorganización se mueva a una enfermedad psicológica como lo constituye el trastorno de adaptación, el trastorno por duelo prolongado, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés postraumático complejo y el trastorno de compromiso social desinhibido.

El ser humano, como un ser social que convive con sus semejantes, los animales, las plantas y el resto de la naturaleza, lleva a cabo estas conductas considerando su bienestar y el bienestar del grupo. Las conductas adaptativas se enmarcan en los principios de justicia y amor a fin de lograr una convivencia pacífica. Estos comportamientos prosociales le permiten moverse en libertad, ofrecer y recibir bondad, relacionarse con equidad, disfrutar la vida en compañía de personas aliadas, trabajar con alegría, así como contribuir con el buen vivir de las personas que le rodean.

Estas conductas dignificantes toman lugar aun estando frente a personas rivales y enemigas; es decir, se compite con rectitud y se enfrenta a las personas enemigas con ecuanimidad. En este sentido, se parte de que en nuestra vida existen personas aliadas que estarán listas para proteger, cuidar, proveer afecto y oportunidades de desarrollo integral, pero, al mismo tiempo, se está claro que se vive en un mundo donde hay competidores y depredadores.

El ser humano, como un ser biológico y trascendental, está equipado para actuar de manera egoísta al buscar la sobrevivencia y resguardar su integridad; pero también es cierto que cuenta con las fuerzas genéticas y culturales que le mueven al altruismo buscando el bienestar de las demás personas y del resto de la creación. De hecho, las conductas no adaptativas que hacen daño tanto a la persona como a los demás, son menos comunes. Los seres humanos que llevan a cabo comportamientos antisociales donde se actúa con crueldad, injusticia e iniquidad, representan la minoría en la sociedad. Lo más común es la búsqueda de la sana convivencia, caracterizada por el respeto a los derechos humanos y el bienestar sostenible de todos.

En el esfuerzo para mantener una convivencia en paz, las sociedades establecen acuerdos conductuales obligatorios que se denominan leyes, y establecen igualmente compromisos éticos que invitan al desarrollo integral óptimo. Estas expectativas de conductas obligatorias (legales) y de postulados aspiracionales que muevan a la excelencia (ética), han permitido que las pocas personas que deciden -movidas por su biología o sus creencias- actuar en forma antisocial, puedan ser excluidas del entorno general, mientras se rehabilitan, para poder convivir con justicia y con bondad.

La búsqueda del bienestar integral de las personas, las comunidades y la sociedad, es la que mueve a la creación de instituciones sociales que promuevan el buen vivir, la sana convivencia y la paz existencial. El grupo primario, que se conoce también como familia, la educación y la religión, constituyen un trío común en todas las sociedades, donde sus funciones centrales son el aprender a convivir y llegar a ser personas de bien. La familia, además de proteger, cuidar, proveer afecto, y ofrecer oportunidades recreativas y de desarrollo integral, guarda un rol de agente socializador al educar a sus miembros en la adquisición y pulimento de las habilidades sociales basadas en la dignidad y en el respeto a los derechos humanos. El sistema de educación formal también debería ir en esa misma dirección al promover el aprender los saberes para el

buen vivir, el llegar a ser una persona noble y el comprender las pautas conductuales para la convivencia pacífica.

La religión, como la palabra lo indica, religa al invitar a las personas a que miren más allá de la conducta y presten atención a las motivaciones detrás de dicha conducta. En otras palabras, la religión invita a que trasciendan o vayan más allá de lo obvio, al actuar movidos por el amor y la justicia, y no simplemente por miedo a castigos o por búsqueda de recompensas. De esta manera, la religión apunta a la libertad plena del ser humano, desde donde los comportamientos reflejen la esencia de lo que la persona es y espera. Este trío, -familia, educación y religión-, desde todos sus ángulos, promueve el desarrollo de la fe o confianza de cada persona, grupo, comunidad y sociedad.

En el contexto de extrema pobreza o donde la amenaza es constante, como en los casos de la opresión social continuada, se hace aún más desafiante, en tanto a las personas sobrevivientes de experiencias traumáticas les toca seguir en ese entorno de constante alerta e hiperactividad. El sistema nervioso en ese ambiente puede tratar de mitigar las señales de amenaza, contribuyendo a que la persona tenga reacciones inesperadas, persistentes y defensivas aún ante estímulos inofensivos.

La resiliencia y los traumas psicológicos

La resiliencia humana hace referencia a la capacidad de adaptación, afrontación y de restauración de un individuo después de enfrentar amenazas estresantes. Este concepto de resiliencia lo sugirieron al campo de psicología del desarrollo las investigadoras Werner & Smith (2001), quienes condujeron un estudio longitudinal con 700 niños con múltiples factores de riesgo desde el nacimiento hasta la edad adulta. En su reporte final, después de cuarenta años, ellas encontraron que estos individuos habían podido afrontar positivamente esos desafíos estresantes hasta el punto de llevar vidas estables y satisfactorias en la adultez.

Si bien es cierto que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse, resurgir y de usar sus habilidades de afrontamiento ante experiencias estresantes, las reacciones ante estos eventos depende de muchos factores como las predisposiciones internas, la autoeficacia y sus recursos externos socioculturales. Es muy difícil predecir cómo un ser humano reaccionará ante un estrés desmedido, por lo tanto, lo más importante es la precaución, la prevención y el tratamiento personalizado.

La capacidad cognitiva y los traumas psicológicos

El ser humano, visto como una unidad indivisible, goza de la capacidad de pensar, recordar, aspirar, sentir y comportarse. El pensar tiene que ver con la habilidad de analizar lo que se experimenta por medio de los sentidos. Este ejercicio de tratar de darle significado a lo que se ve, escucha, toca, saborea y se huele, también se conoce como razón. Esta capacidad cognitiva es posible gracias a intercambios bioquímicos y eléctricos que ocurren en el sistema nervioso del organismo humano. En este proceso de pensar se construyen ideas o conjuntos de pensamientos que eventualmente dan lugar a una creencia, la cual representa un esquema automático que mueve a una acción. Las creencias tienden a ser muy duraderas y difíciles de cambiar; una vez establecidas, pasan a ser el paradigma verdadero que informa la toma de decisiones en las interacciones del día a día. Y la formación de estas creencias tiene mucho que ver con las enseñanzas recibidas de cuidadores, pares, educadores, líderes religiosos y la educación formal.

El pensar, la formulación de ideas, y el establecimiento de las creencias-por ser también procesos biológicos-pueden ser alterados por la presencia de enfermedades generadas por

parásitos, bacterias, virus, hongos, priones, desequilibrios metabólicos e ingesta de sustancias químicas, así como también por las experiencias culturales y los eventos estresantes. Es por ello que la debida atención aplicada por profesionales de la salud puede asistir al desarrollo y promoción del buen pensar de un ser humano.

La memoria y los traumas psicológicos

El pensar y el recordar como elementos fundamentales de la capacidad cognitiva están muy interrelacionados. El recordar le permite al ser humano conectar la experiencia de hoy con eventos del pasado, y de esta manera proyectarse hacia el futuro. El recordar hace referencia a la evocación de memorias de experiencias vividas en el ayer. Lo que se percibe por medio de los cinco sentidos es procesado en el cerebro para su uso inmediato, o para guardarlo en lo que se denomina memoria. Esta habilidad de recordar es central para la sobrevivencia y el desarrollo integral de la persona, en tanto el evocar memorias puede asistir en el análisis para la toma de decisiones. Por ejemplo, si en el pasado una persona tuvo un encuentro con un animal feroz y pudo sobrevivir, el cerebro registra esta experiencia para así saber en el futuro cómo actuar si algo parecido se repite.

Desde la neurología, se sabe muy bien cómo el sistema nervioso central capta, analiza y guarda lo que se ve, escucha, toca, huele y saborea. No obstante, queda mucho por aprender sobre los pormenores del cómo y dónde se guardan las memorias. Desde los inicios de la psicología y la psiquiatría se hablaba de memoria primaria y secundaria (James, 1890) y, más tarde, Atkinson & Shiffrin (1968) propusieron la clasificación de memoria a corto y largo plazo.

La **memoria de corto plazo** es la memoria operativa que dura de unos segundos hasta un minuto. También se le refiere como memoria de trabajo, la cual consta de cuatro elementos que procesan la información: el ejecutivo central (control de la atención), el bloc de dibujo visoespacial (crea y mantiene una representación visoespacial), la memoria intermedia fonológica (almacena y consolida las palabras nuevas) y la memoria intermedia episódica (almacena e integra la información procedente de diferentes fuentes).

La **memoria de largo plazo**, que dura más de un minuto, a su vez se divide en memoria explícita o declarativa (debido a que provienen de experiencias concretas y de los aprendizajes particulares), y memoria implícita o no declarativa (la cual proviene de los condicionamientos biológicos con los cuales se nace).

Sperling (1960) y más tarde Di-Lollo (1983), propusieron añadir a esta lista **la memoria sensorial** (memoria ecoica-oído, memoria icónica-vista y memoria háptica-tacto), donde se retiene la información que se recoge a diario, pero que dura menos de un segundo. Estos modelos han sido cuestionados por sus limitaciones en explicar todo el proceso de captar, usar y recordar información que se recolecta a lo largo del curso de la vida. Goldman-Rakic (1995) y otros investigadores como Saab & Mansuy (2014) han llamado la atención hacia los procesos moleculares y neuro-epigenéticos de la formación, consolidación, recuperación y deterioro de la memoria.

Se puede ver que no es nada fácil el entender cómo los seres humanos captan, guardan y recuerdan la información que se recolecta a lo largo del curso de la vida. Esto se vuelve más complejo porque el cerebro es capaz de fusionar experiencias vividas en el ayer con eventos del presente y añoranzas del futuro. Aún más, este órgano especializado puede conectar diferentes eventos y ponerlos como una sola memoria; de ahí que los recuerdos o memorias no son muy fiables. Para evitar esta construcción de falsas memorias conviene hacer uso de las

estrategias nemotécnicas como la escritura y el cerciorarse con otras personas que pudieron estar presentes durante el evento.

Lo que sí sabe es que los eventos estresantes que desbordan las capacidades de afrontamiento de una persona pueden alterar la manera en que la experiencia es guardada, así como también el cómo y el cuándo es recordada. Las investigadoras Arrigo & Pezdek (1997) identificaron deterioro de la memoria en personas que estuvieron en combates de guerra o enfrentaron catástrofes naturales. Otros investigadores pudieron notar estas alteraciones en la memoria en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual (Wilsnack *et al.*, 2002). Ellos encontraron que las personas que experimentaron abuso sexual en la niñez habían olvidado el abuso durante algún período de tiempo, pero que más tarde lo recordaron por sí mismas. Sólo el 1,80 % de éstas dijeron haber recordado el abuso con la ayuda de psicoterapeuta u otro profesional.

Las emociones y los traumas psicológicas

La capacidad de sentir hace referencia primariamente a las emociones y los sentimientos. Una vez que el ser humano percibe algo a través de sus sentidos, el cerebro da una orden al sistema endocrino y las células nerviosas para que liberen sustancias químicas conocidas como hormonas y neurotransmisores, mismas que preparan al ser humano para una acción en particular. Estas descargas bioquímicas en el organismo se conocen como emociones, e incluyen las primarias, como la tristeza, el miedo, la ira, la alegría, y las secundarias, como la culpa, la vergüenza y el odio. Esta reacción afectiva prepara al ser humano para la acción. Por ejemplo, si una persona siente ira, eso ocurre porque se dio una liberación hormonal que le permite afinar sus sentidos y aumentar sus fortalezas o, en el caso de que sienta miedo, pueda escapar más rápido.

La intensidad de estas descargas hormonales o emociones se conoce como sentimientos. Por lo general, los niveles de intensidad de una emoción (sentimiento) van a depender del tipo de estímulo de que se trate. Por ejemplo, si una persona está cenando con un amigo y de manera accidental este último vierte un vaso de jugo en su atuendo nuevo, aquella persona se sentirá molesta, lo que equivale a mostrar un nivel de ira, pero no al punto que llegue al enfurecimiento. De ahí la importancia de evaluar la relación estímulo-sentimiento para regular o ajustar la emoción, y así poder actuar de manera adaptativa o apropiada.

Esta capacidad afectiva (emoción-sentimiento) es motivada directamente por factores biológicos, juntamente con los aprendizajes socioculturales. Esta capacidad de sentir puede ser alterada por enfermedades, por experiencias opresoras, por condicionamientos culturales y por experiencias traumáticas. Una debida regulación de las emociones puede asistir en la toma de decisiones y, por supuesto, en la buena convivencia. En ocasiones, la alteración de estas emociones alcanza un grado perturbador, por lo que el logro de la regulación de estas tendría que incluir la asistencia de profesionales de la salud.

La conducta humana y los traumas psicológicos

La conducta humana, influida por el pensar, el recordar, el aspirar y el sentir, representa la decisión que toma la persona para sobrevivir, relacionarse, competir y florecer. Una persona que haga un uso apropiado del pensar y el sentir aumenta sus probabilidades de vivir en armonía con sus semejantes. Este trabajo de integración de los pensamientos con las emociones representa el primer paso hacia una vida sabia y plena. Así entonces, es menester entender que un pensamiento ilógico y una emoción no regulada pueden llevar a conductas no adaptativas, conductas derrotistas, o a conductas destructivas.

Las acciones que un ser humano lleva a cabo a lo largo del curso de su vida son influidas por las programaciones genéticas, las enseñanzas adquiridas y el contexto en el cual se mueve. La mayoría de estas conductas son el producto de decisiones que se toman considerando las emociones que se experimentan en ese momento y el respectivo análisis cognitivo. Por ejemplo, si una persona observa que se le acerca un animal feroz, puede sentir miedo, y después de analizar la mejor alternativa decide subir al árbol más cercano para protegerse. Es así como ocurre, desde que se nace hasta que se muere: el ser humano está tomando decisiones para poder satisfacer sus necesidades de sobrevivencia, sociales y transcen- dentales.

3.3 Práctica profesional con sensibilidad a los traumas psicológicos

El personal de salud y de cuidado espiritual con sensibilidad ante los traumas psicológicos, está presto a ofrecer sus servicios comenzando con el respeto a los derechos humanos de la persona que solicita el cuidado, suspendiendo los prejuicios dañinos, enmarcando la relación psicoterapéutica dentro de la cordialidad, caloriedad y transparencia, proveyendo un contexto seguro, considerando la realidad de la persona y su ritmo de integración o sanidad, usando sólo abordajes basados en la evidencia científica, reconociendo el poder en la persona, promocionando la autonomía del cliente, tomando en cuenta el contexto sociocultural de la persona y evitando la retraumatización.

La retraumatización puede ocurrir por la continua exposición a eventos estresantes o por el tener que contar la historia de las experiencias amenazantes, desencadenando así en el presente las reacciones traumáticas vividas con anterioridad. Es por lo que conviene evitar entrar en detalle acerca de eventos estresantes que una persona haya experimentado, presenciado o escuchado. La persona profesional con mucho tacto, respeto y consideración ha de desanimar a los clientes o pacientes a que revelen pormenores que activen los agentes cortisoles o de alerta del organismo.

Una persona con competencia profesional, y apta de salud general y psicológica para asistir a los individuos con traumas psicológicos, está alineada a una práctica que respeta los derechos humanos y la dignidad de sus semejantes. Epstein & Hundert (2002) definen competencia como el "uso habitual y juicioso de la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria, en beneficio del individuo y de la comunidad a la que sirve" (p. 226).

La persona ha de mostrar competencias centrales como lo son: a) la habilidad de escucha solidaria, fidedigna y reflexiva; b) la habilidad para establecer una relación psicoterapéutica basado en el respeto a la dignidad humana, la justicia y la bondad; c) el conocimiento general acerca del ser humano, las relaciones humanas y la diversidad humana; d) la habilidad para evaluar de manera integral, conceptualizar casos y diagnosticar con precisión; e) la familiaridad con los abordajes de intervención basados en las evidencias científicas; f) el abrazar la humildad y apertura al consultar con supervisores clínicos y mentores respecto a su práctica profesional y; g) el compromiso al autocuidado a fin de mantenerse apto en salud general y psicológica.

Según Cook, Newman & The New Haven Trauma Competency Group (2014), una persona con las competencias profesionales para asistir a las personas con enfermedades relacionadas con los traumas psicológicos ha de mostrar, además de las habilidades psicoterapéuticas, lo siguiente:

- Una comprensión de las intervenciones y evaluaciones que tomen en cuenta la diversidad;
- Una comprensión de cómo adaptar las evaluaciones e intervenciones según los factores de desarrollo de la persona;
- Una comprensión de cómo adaptar las evaluaciones e intervenciones según los matices de la exposición relacionada con el trauma;
- Una capacidad para incorporar las fortalezas y la resiliencia, así como para facilitar la toma de decisiones en colaboración;
- Una comprensión de cómo el trauma afecta al desarrollo de la seguridad y la confianza, tanto en los ámbitos interpersonales como en la relación terapéutica;
- Una capacidad y propensión a la autorreflexión, a la práctica del autocuidado y a la autoconciencia de las propias características que pueden afectar al tratamiento;
- Una capacidad de pensamiento crítico sobre la investigación en el campo; y, por último,
- Una comprensión y apreciación de las diversas disciplinas profesionales que convergen para fomentar el bienestar saludable en los clientes con una historia de trauma.

La idea es promocionar una práctica informada por el trauma a través de las diferentes disciplinas de la salud y de las ciencias sociales. Esto significa que es de capital importancia aceptar y entender que en cualquier comunidad un número considerables de personas han experimentado reacciones traumáticas después de haber presenciado, experimentado o enterado de eventos estresantes. De esta manera, todo el personal ha de estar debidamente informado y entrenado con las herramientas básicas para entender, identificar, evaluar, intervenir o referir, al encontrarse con un individuo que muestra síntomas de las enfermedades relacionadas con los traumas psicológicos.

El compromiso es prestar servicios de calidad sin olvidar la importancia del autocuidado, a fin de evitar el desgaste profesional y la fatiga compasiva. El desgaste profesional se refiere al agotamiento que resulta del estrés laboral debido a la extensión de las horas de trabajo, las exigencias de la responsabilidad o al nivel de entrega para conseguir la meta, además que no se ha gestionado esta demanda de manera apropiada. Las personas con este problema tienden a sentir un agotamiento generalizado, actitudes sarcásticas, expresiones cínicas, reducción de la eficacia laboral y desconexión con la visión de la agencia.

El personal que trabaja con pacientes o clientes en crisis y con traumas psicológicos ha de estar muy atento a las señales iniciales de desgaste, a fin de evitar el deterioro y terminar mostrando síntomas parecidos a los de las personas que atiende en su práctica. En ocasiones, el desgaste profesional puede afectar la calidad de servicio que se ofrece, en tanto la pasión disminuye, la habilidad de recuperación de fuerzas se ve estropeada, la vulnerabilidad incrementada y la vocación cuestionada. Esta condición ha sido denominada en ciertos contextos como fatiga compasiva.

3.4 La evaluación y el tratamiento de las enfermedades por traumas psicológicos

En la evaluación de traumas psicológicos es importante considerar a cada persona de manera integral, individualizada y contextualizada, en tanto las reacciones a eventos estresantes no siguen patrones universales aplicables a todos los seres humanos. La evaluación integral incluye el prestar atención al impacto que un estrés desmedido tiene sobre la capacidad cognitiva que incluye los pensamientos, las ideas, las creencias, las actitudes y los paradigmas que se sostienen acerca de la vida, las relaciones, la naturaleza y el mundo. El deterioro de esta

capacidad racional puede ser notado en la prevalencia de ideas ilógicas, posturas inconcebibles y disonancias cognitivas.

En la capacidad afectiva de la persona se presta atención inicialmente a la identificación y regulación de emociones primarias y secundarias tales como la ira, la alegría, el miedo, la ansiedad, la culpa y el odio. Además es especialmente necesario valorar el estado de anhedonia o dificultad para experimentar placer, la presencia de desinterés generalizado e insatisfacción; el estado de disforia donde se entrelazan la inquietud, la tristeza y la ira, y los síntomas disociativos tales como la desconexión consigo mismo, con la realidad cognitiva-social y con la identidad como persona.

Estas posturas intelectuales inestables y la desregulación emocional pueden llevar a un deterioro progresivo del funcionamiento social, relacional y laboral, alterando así de manera negativa la calidad de vida de la persona, así como la de sus allegados. Además, los estados de anhedonia, disforia y disociación, si se acentúan, pueden contribuir al descuido de la higiene, a patrones alimentarios deficientes, a la alteración en los ciclos del sueño y otros problemas de salud.

Entonces, la intervención integral toma lugar después de esta cuidadosa evaluación de las capacidades cognitivas, afectivas, conductuales, socioculturales y de la salud general. Es por lo que se amerita el uso de la medicina especializada, la psicoterapia integrativa, la asistencia social y la capellanía clínica. La psicoeducación es clave para así entender el impacto de las experiencias estresantes en la biología y en el contexto sociocultural. La educación respecto a la neurobiología de las experiencias traumáticas, la identificación de las sensaciones internas, el manejo de los pensamientos ilógicos, la regulación de las emociones, la modificación de las conductas y el fortalecimiento de las habilidades sociales, suele ser de mucho beneficio para las personas sobrevivientes y sus allegados.

Los abordajes psicoterapéuticos basados en evidencias científicas y que toman en consideración la neurobiología, las capacidades cognitivas y afectivas, el contexto sociocultural, la espiritualidad y el historial de la persona, representan las estrategias de mayor eficacia en el trabajo con personas, grupos y familiares que enfrentan o han enfrentado experiencias estresantes de orden traumático. Entre estos modelos de intervención psicoterapéutica se encuentran los siguientes: la Terapia Racional Emotiva Conductual, la Psicoterapia Interpersonal, la Terapia Cognitiva-Conductual, la Terapia Cognitiva Social, la Psicoterapia Feminista y la Psicoterapia Integrativa. La perspectiva feminista fue pionera en explorar nuevos paradigmas cognitivos para entender las enfermedades psicológicas relacionadas con el trauma, en tanto invitó a mirar más allá de lo acostumbrado, lo cual consistía en culpar a las víctimas, y verlas como personas débiles que se habían traído esos trastornos sobre ellos mismos.

3.5 Enfermedades relacionadas con el trauma

Los traumas psicológicos pueden desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes que desbordan las capacidades de afrontamiento de una persona, grupo o familia. Por lo general, el estresor precipitador, único o continuo, de la experiencia traumática, se puede identificar. Esos agentes estresantes pudieran ser los desastres naturales, los ataques terroristas, los encuentros bélicos, los actos criminales como asaltos, violaciones y expropiaciones, la exclusión o discriminación, la pobreza extrema, la opresión entre parejas íntimas e intrafamiliar, los accidentes de tránsito, laborales o recreacionales, el

acoso y hostigamiento, los desplazamientos, los secuestros, las rupturas relationales por muerte o separación, los cambios súbitos de orden financiero o laboral, y las epidemias o pandemias.

Se considera una enfermedad psicológica relacionada con una experiencia traumática si después de varias semanas de haber enfrentado el evento estresor precipitante: a) Reexperimenta el suceso traumático en el presente por medio de recuerdos intrusos, reviviscencia, y sueños o pesadillas repetidas conectados al evento, todo lo cual genera una alteración emocional considerable, una perturbación de la capacidad de análisis cognitivo, un sentido de agobio, y sensaciones inusuales en el organismo; b) Muestra una hipervigilancia o un estado de alerta activado como si hubiese una amenaza inmediata que lleva a reacciones de sobresaltos, a ruidos, movimientos u olores, y a conductas de protección como el no darle la espalda a nadie y; c) Las perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales propician un deterioro significativo del funcionamiento personal, familiar, social, educativo, laboral o de otras áreas importantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el libro Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11, 2022) y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR, 2022) agrupan estas enfermedades de esta manera:

- El Trastorno de Adaptación.
- El Trastorno por Duelo Prolongado.
- El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).
- El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT complejo).

Otros trastornos psicológicos asociados al trauma son el Trastorno por Consumo de Sustancias, el Trastorno Disociativo de Identidad, Trastornos Alimentarios, Trastornos Depresivos y Trastornos de Ansiedad.

4. Resultados de investigación

Se consigue un aporte significativo al campo de la psico traumatología contemporánea al proponer una lectura crítica decolonial e integradora del fenómeno del trauma psicológico. Al fundamentarse en una rigurosa revisión de la literatura, el modelo decolonial planteado desafía las narrativas tradicionales centradas exclusivamente en el individuo y desprovistas de contexto, al tiempo que incorpora una amplia perspectiva que describe las múltiples dimensiones que están implicadas en la experiencia traumática.

Se parte de una redefinición del trauma psicológico como una experiencia que excede la capacidad adaptativa de las personas y afecta su equilibrio existencial. De esta manera, la disfunción ya no se mira a nivel individual, sino que se examina a la luz de la interacción de factores biológicos, contextuales, históricos y socioculturales. Así entonces, el trauma ya no es visto como un evento, sino como un proceso que altera la cognición, la emoción, el cuerpo, la conducta y, en muchos casos, la propia identidad del individuo afectado.

Asimismo, se presenta una clasificación de la experiencia traumáticas en cinco grandes categorías, todas estas intersecadas por la historia, el poder y la cultura, a saber: a) Trauma singular (vinculado a un evento puntual de alta intensidad; por ejemplo, accidentes, muertes súbitas, entre otras); b) Trauma complejo (derivado de la exposición prolongada a situaciones violentas, por ejemplo, violencia de pareja, abuso infantil, guerra, entre otras); c) Trauma evolutivo (que emerge en etapas tempranas del desarrollo y tiene efectos duraderos sobre la

salud mental); d) Trauma intergeneracional o histórico (resultado de procesos estructurales como la colonización, el racismo, la opresión religiosa o de género) y; e) Lesión moral (concepto emergente que describe la ruptura del sistema ético individual al participar o presenciar actos que violan convicciones morales profundas, el cual es común en contextos militares, sanitarios o religiosos).

Ahora bien, la investigación da cuenta de hallazgos recientes de la neurociencia y la epigenética, que fundamentan los efectos del trauma en la arquitectura cerebral, la expresión genética y la fisiología general del individuo. Se detallan alteraciones en el sistema de alerta, la función de la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal y los telómeros, evidenciando que el trauma tiene efectos medibles y persistentes incluso a nivel molecular. Es así que este enfoque promueve una comprensión del trauma que trasciende lo psicológico y reconoce el daño físico y estructural que con frecuencia no es evidente en los exámenes clínicos convencionales.

Además, desde una perspectiva crítica se describe cómo el trauma afecta no sólo al individuo sino también a sus relaciones, su pertenencia comunitaria y su gestión como agente social. La afectación se observa a través de secuelas que pueden implicar desregulación emocional y cognitiva, aislamiento social, conductas de evitación o riesgo, trastornos asociados como TEPT, disociación, consumo problemático de sustancias y depresión, entre otros aspectos.

El enfoque decolonial propuesto se sustenta en el reconocimiento de que las experiencias traumáticas no ocurren en el vacío, sino que están determinadas por estructuras de poder, exclusión y violencia sistémica. Además, enfatiza que la evaluación y tratamiento han de ser sensibles al contexto histórico, cultural, espiritual, político y de identidad del individuo o comunidad afectada. Adicionalmente, señala que las prácticas de sanación deben incluir perspectivas colectivas, narrativas restaurativas, espiritualidad y conocimientos ancestrales, siempre que estén articuladas éticamente con la evidencia científica.

Tras estos planteamientos, se concluye con un llamado a una práctica ética, competente e informada, hacia el manejo del trauma psicológico, enfatizando privilegiar el respeto por la dignidad humana y los derechos de los consultantes, la promoción del autocuidado profesional y la prevención de la fatiga por compasión, la escucha reflexiva y contextualizada, la integración de enfoques interdisciplinarios e interculturales y la no imposición de narrativas universales de salud mental. Este modelo decolonial exige del profesional una constante autorreflexión, sensibilidad cultural, y la capacidad para deconstruir sus propios marcos de referencia para adaptarse al contexto de cada persona.

Desde esta perspectiva decolonial, el modelo subraya la necesidad de reconocer las heridas históricas de grupos oprimidos y marginados (racializados, empobrecidos, colonizados), criticando las prácticas universales y descontextualizadas en salud mental. Este enfoque integrador y humanizante, propone superar la mirada patológica del trauma, entendiendo la sanación como un proceso colectivo, espiritual, con base en la justicia, la solidaridad y la evidencia científica.

Conclusiones

El trauma psicológico ha sido frecuentemente conceptualizado desde perspectivas biomédicas centradas en el individuo y descontextualizado de su historia, cultura y entorno sociopolítico. Desde esta tradición, esta aproximación resulta insuficiente para lograr comprensión de la complejidad y diversidad de las experiencias traumáticas del ser humano. Es así que esta investigación propone un modelo decolonial para abordar de manera integral el

trauma psicológico, reconociendo la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales e históricos en la experiencia del sufrimiento psicológico.

Los eventos traumáticos no sólo desbordan la capacidad de afrontamiento de una persona, sino que también comprometen su identidad, su memoria, su espiritualidad y su capacidad para relacionarse con los demás. La propuesta del modelo decolonial radica en la oferta de una atención contextualizada, humanizada y respetuosa de la diversidad, desafiando los paradigmas universalistas que tradicionalmente han conducido las prácticas clínicas y diagnósticas.

El modelo decolonial integra perspectivas psicológicas, neurobiológicas, sociales y espirituales, proponiendo un abordaje terapéutico que contemple no sólo los síntomas, sino también las causas estructurales y simbólicas del sufrimiento. Esto significa abogar por un modelo que reconozca la dignidad humana como el eje central de la intervención, articulando estrategias de cuidado informadas por la evidencia científica y guiadas por principios de justicia social, equidad y reparación moral.

Se enfatiza en la necesidad de trascender enfoques reduccionistas y clínicamente limitados que ignoran el contexto cultural, histórico y espiritual de las personas. A partir de la comprensión del ser humano como un ente integral, se argumenta que los traumas psicológicos no sólo afectan la mente, sino que alteran la identidad, la conducta, la biología, la espiritualidad y la convivencia. Por ello, la evaluación y el tratamiento deben ser personalizados, contextualizados y fundamentados en una práctica basada en la evidencia, y guiada por la justicia, el respeto a los derechos humanos y la dignidad. Se subraya así que cualquier intervención debe partir del reconocimiento del carácter único de cada experiencia traumática, evitando fórmulas universales y fomentando una praxis profesional que promueva la resiliencia, la autonomía y la reparación moral en un marco de sensibilidad intercultural y compromiso ético.

El camino a la integración, el reaprender a vivir y al redefinirse después de enfrentar eventos estresantes únicos o continuados puede ser angosto, pedregoso, espinoso y laborioso. Es un peregrinaje posible junto a personas y agencias aliadas comprometidas con un actuar basado en la justicia, en la bondad, en la humildad y la paciencia, que tengan como norte el bienestar integral de la persona.

Es por esto que resulta de capital importancia el tener presente que las reacciones traumáticas ante eventos estresantes catastróficos tienen un carácter muy subjetivo e idiosincrático en tanto involucra aspectos biológicos, contexto histórico de la persona, momento evolutivo del individuo y características de la amenaza. Así, conviene tratar a cada persona, familia o grupo como único y dejar a un lado las fórmulas o maneras universales de evaluar, entender e intervenir con las personas que experimentan traumas psicológicos.

Referencias

Arrigo, J. M., & Pezdek, K. (1997). Lessons from the study of psychogenic amnesia. *Current Directions in Psychological Science*, 6(5), 148–152. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772916>

Atkinson R. C., Shiffrin R. M. (1968). Human memory: a proposed system and its control processes. *Psychol. Learn. Motiv.* 2 89–195. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60422-3](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60422-3)

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 3–23). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Carrion, V. G., & Wong, S. S. (2012). Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *Journal of Adolescent Health*, 51, S23–S28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.010>

Cook, J. M., Newman, E., & the New Haven Trauma Competency Group. (2014). A consensus statement on trauma mental health: The New Haven Trauma Competency conference process and major findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 300–307. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036747>

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Understanding child maltreatment: Fact sheet*. National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/understanding-cm-factsheet.pdf>

Center on the Developing Child. (n.d.). In brief: *The science of resilience*. US: Harvard University. <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-The-Science-of-Resilience.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Coping with stress*. www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html

Di-Lollo V. (1980). Temporal integration in visual memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 109(1), 75–97. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.109.1.75>

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. New York: Cornell University Press.

Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación (6^a ed.)*. McGraw-Hill/Interamericana Editores.

James W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Holt. <https://doi.org/10.1037/11059-000>

Goldman-Rakic P. S. (1995). Cellular basis of working memory. *Neuron*, 14, 477–485. [https://doi.org/10.1016/0896-6273\(95\)90304-6](https://doi.org/10.1016/0896-6273(95)90304-6)

Li, X., Wang, J., Zhou, J., Huang, P., & Li, J. (2017). The association between post-traumatic stress disorder and shorter telomere length: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 322-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.048>

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>

Papale, L. A., Seltzer, L. J., Madrid, A., Pollak, S. D., & Alisch, R. S. (2018). Differentially methylated genes in saliva are linked to childhood stress. *Scientific Reports*, 8, 10785. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29107-0>

Price, L. H., Kao, H. T., Burgers, D. E., Carpenter, L. L., & Tyrka, A. R. (2013). Telomeres and early-life stress: an overview. *Biological psychiatry*, 73(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.025>

Saab, B. J., & Mansuy, I. M. (2014). Neuroepigenetics of memory formation and impairment: the role of microRNAs. *Neuropharmacology*, 80, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2014.01.026>

Selye, H. (1956). *The stress of life*. US: McGraw-Hill.

Smith, T. C., Ryan, M. A., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., & Kritz-Silverstein, D. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population-based U.S. *Military cohort study*. *British Medical Journal*, 336, 366–371. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39430.638241.AE>

Sperling G. (1960). The information available in brief visual presentations. *Psychological Monographs: General and Applied*. 74, 1–29. <https://doi.org/10.1037/h0093759>

Vera-Carrasco, O. (2009). Cómo escribir artículos de revisión. *Revista Médica La Paz*, 15(1), 63-69. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v15n1/v15n1_a10.pdf

Wilsnack, S. C., Wonderlich, S. A., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Wilsnack, R. W. (2002). Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child abuse & neglect*, 26(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00313-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00313-1)

Webber, J., & Mascari, J. B. (2017). Restorying the survivor narrative with sexually abused adolescents. In M. Scholl & J. Hansen (Eds.), *Postmodern perspectives on contemporary counseling issues* (pp. 121–148). UK: Oxford University Press.