EL SÍNTOMA
ANTES DEL DIAGNÓSTICO

Clínica neuroafectiva constructivista
para comprender, formular e intervenir



Psic. Ulises Amores Carrillo

El síntoma antes del diagnóstico

Una invitación a comprender

¿Qué función puede cumplir un síntoma en la historia de una persona? ¿Cómo integrar cuerpo, emoción, vínculos y contexto antes de formular una intervención?

Esta lectura gratuita presenta el comienzo del capítulo 1 y abre una perspectiva clínica para comprender la experiencia más allá de la descripción diagnóstica.

A continuación encontrarás un fragmento del texto original, sin modificaciones.

Capítulo 1

Comprender la experiencia desde una mirada neuroafectiva

Una persona consulta porque no consigue dormir. Dice que su mente no se detiene, que revisa una y otra vez conversaciones del día y que cualquier silencio le parece una señal de que algo malo está por ocurrir. Si la evaluación se limita a contar síntomas, será posible describir insomnio, preocupación e hiperactivación. Esa descripción es necesaria, pero todavía no explica por qué el reposo se volvió amenazante, qué aprendió esa persona acerca de la incertidumbre ni de qué manera la vigilancia le permite conservar una sensación transitoria de control.

La mirada neuroafectiva constructivista comienza allí donde la descripción resulta insuficiente. Observa cómo el organismo anticipa, cómo el cuerpo participa en la emoción, cómo la memoria aporta contextos previos, cómo los vínculos modelaron estrategias de regulación y cómo la persona construye significado sobre lo que experimenta. Su interés no está en encontrar un culpable cerebral, sino en formular una organización dinámica que pueda modificarse mediante nuevas experiencias.

1.1. De la localización a las redes

Durante décadas, la divulgación psicológica presentó algunas estructuras como si fueran centros especializados: la amígdala como centro del miedo, el hipocampo como depósito de recuerdos o la corteza prefrontal como sede del control racional. Estas

imágenes facilitan una primera aproximación, pero se vuelven engañosas cuando se transforman en explicaciones literales. Las emociones emergen de redes distribuidas que integran percepción, memoria, valoración, interocepción, acción y contexto social.

La amígdala participa en la detección de relevancia y en el aprendizaje afectivo, pero también responde a señales positivas y sociales. La ínsula anterior integra información corporal con atención y significado; su actividad no revela por sí sola qué emoción siente una persona. El hipocampo contribuye a contextualizar la experiencia, mientras regiones prefrontales y cinguladas participan en valoración, conflicto, aprendizaje y selección de acciones. Ninguna estructura actúa de manera aislada ni conserva una función psicológica única.

Para la clínica, este cambio de perspectiva es decisivo. Si el terapeuta afirma que la ansiedad ocurre porque la amígdala está hiperactiva, reemplaza una etiqueta psicológica por una etiqueta cerebral sin explicar la organización del problema. Una formulación más útil describe el patrón: señales ambiguas adquieren alta relevancia; las sensaciones corporales se interpretan como peligrosas; la memoria recupera experiencias congruentes con amenaza; la evitación produce alivio inmediato e impide aprender seguridad. En ese patrón participan redes cerebrales, pero también aprendizaje, lenguaje, vínculos y condiciones actuales.

Precisión clínica. La neuroanatomía ayuda a comprender procesos posibles; no permite deducir la causa individual de un síntoma ni reemplaza la evaluación psicológica.

¿Quieres continuar leyendo?

Descubre cómo comprender el síntoma, formular hipótesis clínicas y orientar la intervención psicológica.

Accede a LIBERAMENTE SÍ para conocer el libro completo y nuestra tienda digital.

CONTINUAR EN LIBERAMENTE SÍ

liberamentesi.com/tienda