

— E N S A Y O —

Mente, Meditación y Espiritualidad

Ciencia, Psicología y Fe en Diálogo

*Una mirada integral a la neuroplasticidad,
la meditación, la salud psicosomática
y la transformación personal*

*Renovar la mente
para una vida plena*



NEUROCIENCIA



MEDITACIÓN



SALUD
PSICOSOMÁTICA



ESPIRITUALIDAD

— CIENCIA · CONCIENCIA · ESPERANZA —

2025

Por Pepo Toledo

Colección

**Tu mente transforma
tu vida**

"Comprender es el primer paso para transformar."

**V. Mente, meditación y
espiritualidad**

Por Pepo Toledo

www.pepotoledo.com

15/09/2026

Contenido

Introducción	4
Meditación cristiana y <i>mindfulness</i>	6
Observar, discernir y transformar	8
Joe Dispenza: neuroplasticidad, transformación y espiritualidad	8
Energía, frecuencia y metáfora	10
El cuerpo recuerda	11
La dimensión psicosomática de la enfermedad	12
La mente participa en la biología	12
Un caso límite: del estrés psicológico a la enfermedad cerebral	13
De lo psicosomático a lo biopsicosocial	15
Cuando la emoción se convierte en factor de riesgo	16
El peligro de culpabilizar al enfermo	16
La gratitud: mente, cuerpo y espíritu	18
Dios no es energía	19
Ciencia, mente y fe: distinguir para integrar	20
Una visión integral de la transformación	21
Conclusiones	22
Referencias	24

Introducción

En los capítulos anteriores hemos recorrido un camino que comienza en la biología del cerebro y conduce progresivamente hacia una pregunta más profunda: si nuestra mente puede transformarse, **¿hacia dónde debemos orientar esa transformación?**

La neuroplasticidad demuestra que el cerebro conserva capacidad de cambio a lo largo de la vida. La experiencia, el aprendizaje, la atención, la repetición y la práctica pueden modificar conexiones y patrones de funcionamiento.

Esto significa que **nuestra historia influye sobre nosotros, pero no necesariamente nos sentencia**; que nuestros hábitos condicionan nuestra conducta, pero pueden modificarse; y que determinadas respuestas aprendidas pueden ser sustituidas por otras nuevas.

Sin embargo, saber que el cerebro puede cambiar no nos dice qué cambios debemos buscar.

La neurociencia puede estudiar cómo aprendemos, cómo recordamos, cómo reaccionamos al estrés o qué sucede en el cerebro durante determinadas prácticas contemplativas. Pero no puede decidir qué pensamientos son verdaderos, qué valores deben gobernar nuestra conducta ni cuál es el sentido último de nuestra existencia.

En ese punto entramos en los territorios de la filosofía, la ética y la espiritualidad.

Vivimos en una época en la que neurociencia, psicología, meditación, *mindfulness*, autoayuda, espiritualidades orientales, visualización, conceptos de energía y referencias a la física cuántica aparecen frecuentemente mezclados. Algunas propuestas se apoyan en fenómenos científicamente establecidos; otras utilizan esos mismos fenómenos para construir interpretaciones filosóficas o metafísicas que van más allá de lo que la investigación puede demostrar.

Por ello conviene establecer desde el principio una regla de discernimiento:

“Distinguir no significa separar. Significa saber qué pertenece a la ciencia, qué pertenece a la psicología, qué utilizamos como metáfora y qué confesamos como fe.”

La ciencia describe mecanismos. La psicología estudia comportamientos y experiencias. La filosofía pregunta por su significado. La fe propone una orientación trascendente.

Esta distinción será especialmente importante cuando abordemos la relación entre mente y cuerpo. La medicina contemporánea reconoce que la salud no puede comprenderse únicamente desde el órgano enfermo. Factores biológicos,

psicológicos, conductuales y sociales interactúan continuamente. El estrés, las emociones, las relaciones, el sueño, el entorno y nuestros hábitos pueden participar, en diferentes grados, en los procesos de salud y enfermedad.

Reconocer esa interacción no significa afirmar que la mente produzca todas las enfermedades ni que pueda curarlas mediante la voluntad. Significa abandonar una visión excesivamente fragmentada del ser humano.

Mente y cuerpo no son dos historias separadas.

Meditación cristiana y *mindfulness*

Dos caminos que pueden compartir técnicas, pero no necesariamente propósito.

La palabra *meditación* designa prácticas muy diversas.

El *mindfulness* o atención plena, en sus formulaciones contemporáneas y especialmente en sus aplicaciones clínicas secularizadas, busca cultivar una atención consciente hacia la experiencia presente: pensamientos, sensaciones corporales, emociones y percepciones son observados procurando no reaccionar automáticamente ante ellos.

Por ello, el *mindfulness* no puede reducirse simplemente a “dejar la mente en blanco”. Con frecuencia se trata precisamente de advertir lo que está ocurriendo en ella sin quedar inmediatamente dominado por aquello que aparece.

La meditación cristiana puede compartir elementos como silencio, concentración, contemplación y atención. Sin embargo, introduce una diferencia fundamental: tiene objeto, dirección y propósito.

La Biblia no presenta la meditación fundamentalmente como ausencia de pensamiento, sino como pensamiento orientado.

El Salmo 1 describe al hombre bienaventurado como aquel que medita de día y de noche en la ley de Dios. Josué 1:8 insiste en esa misma actitud. Filipenses 4:8 exhorta a dirigir el pensamiento hacia aquello que es verdadero, honorable, justo, puro y digno de alabanza.

La diferencia puede expresarse mediante dos preguntas.

El *mindfulness* puede preguntarnos: ¿Qué está sucediendo ahora mismo en mi mente?

La meditación cristiana añade: ¿Hacia qué debo dirigir mi mente?

No busca solamente observar pensamientos, sino discernirlos. No persigue únicamente serenidad, sino transformación interior dentro de una relación con Dios.

Romanos 12:2 lo expresa mediante una frase especialmente significativa para este estudio: “Transformaos por la renovación de vuestro entendimiento.”

No debemos convertir estas palabras de Pablo en una descripción anticipada de la neuroplasticidad. El apóstol está hablando de transformación espiritual y moral, no de sinapsis o circuitos neuronales.

Pero el diálogo resulta sugerente. La neurociencia demuestra que el aprendizaje puede modificar el cerebro. La fe cristiana sostiene que el entendimiento debe ser renovado. Son afirmaciones pertenecientes a ámbitos diferentes que pueden encontrarse sin confundirse.

Observar, discernir y transformar

Existe una capacidad que diferentes prácticas contemplativas pueden ayudar a cultivar: observar un pensamiento antes de reaccionar automáticamente ante él.

Entre el pensamiento y la conducta puede abrirse un espacio de deliberación.

Desde una perspectiva cristiana, observar es solamente el primer paso. Después viene el discernimiento.

No todo pensamiento que surge espontáneamente merece convertirse en convicción. No toda emoción exige convertirse en conducta. No todo deseo merece obediencia.

Podemos sintetizar el proceso de transformación en cinco movimientos:

observar → discernir → elegir → practicar → consolidar.

La repetición desempeña aquí un papel fundamental. Aquello que practicamos puede volverse progresivamente más familiar y automático.

Pero la neuroplasticidad es moralmente neutral. El cerebro puede aprender generosidad o egoísmo, disciplina o adicción, serenidad o respuestas agresivas.

La neuroplasticidad proporciona la posibilidad del cambio; el discernimiento intenta darle dirección.

Joe Dispenza: neuroplasticidad, transformación y espiritualidad

Joe Dispenza ha contribuido a popularizar conceptos como neuroplasticidad, ensayo mental, visualización, meditación y transformación personal. Su propuesta resulta atractiva porque transmite una idea poderosa: el ser humano no tiene necesariamente que permanecer atrapado para siempre en sus antiguos patrones.

Parte de esa intuición coincide con conocimientos bien establecidos.

El cerebro posee plasticidad. La experiencia puede modificar determinados circuitos. La repetición favorece el aprendizaje. El ensayo mental puede contribuir al entrenamiento de ciertas habilidades. La atención influye sobre aquello que aprendemos.

Sin embargo, es necesario establecer una frontera.

De la posibilidad cerebral al poder ilimitado

Que el cerebro sea plástico no significa que pueda transformarse ilimitadamente mediante el pensamiento.

Que imaginar una acción pueda activar parcialmente algunas redes relacionadas con su ejecución no significa que imaginar y realizar sean equivalentes.

Que las expectativas influyan sobre ciertas respuestas fisiológicas no significa que la mente pueda producir a voluntad cualquier resultado biológico.

Y que los estados mentales interactúen con el organismo no significa que el pensamiento pueda curar por sí mismo cualquier enfermedad.

Podemos formular un principio general:

“Una verdad científica utilizada dentro de una teoría no convierte automáticamente toda la teoría en ciencia”.

Esta regla resulta particularmente útil ante propuestas contemporáneas que combinan terminología científica con afirmaciones filosóficas, espirituales o metafísicas.

La neuroplasticidad pertenece al terreno de la neurociencia.

La afirmación de que nuestra conciencia puede crear directamente acontecimientos externos pertenece a otro tipo de discurso y necesita otro tipo de justificación.

La diferencia no consiste en declarar que todo aquello que no pueda demostrarse científicamente sea falso. Consiste simplemente en **no llamar ciencia a aquello que la ciencia todavía no ha demostrado.**

Energía, frecuencia y metáfora

Nuestro lenguaje cotidiano está lleno de expresiones energéticas.

Decimos que una persona tiene “buena energía”, que un lugar posee una “atmósfera pesada” o que determinadas relaciones “nos cargan” o “nos agotan”.

Como metáforas, estas expresiones pueden comunicar experiencias reales.

El problema surge cuando palabras como *energía*, *frecuencia*, *vibración*, *campo* o *cuántico* se utilizan simultáneamente en sentido metafórico y físico, como si fueran equivalentes.

En física, energía y frecuencia tienen significados específicos y mensurables.

No existe una escala científica establecida en la que el amor, la gratitud, la ira, el miedo o la tristeza posean determinadas “frecuencias vibratorias” personales capaces de atraer acontecimientos externos.

Pero no necesitamos recurrir a esa explicación para reconocer una realidad mucho más interesante: nuestros estados emocionales producen respuestas reales en el organismo.

Una emoción implica actividad cerebral, respuestas autonómicas, modificaciones hormonales, cambios conductuales y, dependiendo de las circunstancias y su duración, puede relacionarse con otros procesos fisiológicos.

La emoción es real. Su fisiología también. Lo que debemos evitar es convertir esa realidad en una física imaginaria.

La metáfora puede ayudarnos a comprender una experiencia; no debe confundirse con el mecanismo que la produce.

El cuerpo recuerda

Una experiencia no termina necesariamente cuando desaparece aquello que la produjo.

Un acontecimiento traumático, una pérdida, una amenaza o un período prolongado de estrés pueden dejar huellas duraderas en nuestros sistemas de memoria y respuesta emocional.

Una persona puede reaccionar intensamente ante un olor, una voz, un lugar o una situación sin comprender inmediatamente por qué. Algunos estímulos asociados con experiencias anteriores pueden funcionar posteriormente como señales capaces de activar respuestas aprendidas.

En este sentido podemos afirmar metafóricamente que el cuerpo recuerda.

No porque los músculos, el corazón o cada célula almacenen literalmente nuestra autobiografía, sino porque el organismo posee sistemas interconectados de memoria, aprendizaje, regulación autonómica y respuesta al estrés.

La amígdala participa en el procesamiento de la relevancia emocional y las amenazas; el hipocampo interviene de manera fundamental en la memoria y el contexto; las redes corticales participan en interpretación y regulación. Los sistemas neuroendocrinos y autonómicos intervienen en la respuesta corporal.

Por ello, un recuerdo no es siempre una fotografía intelectual del pasado. A veces puede reaparecer también como emoción, tensión, evitación o respuesta fisiológica.

Pero nuestra historia deja **huellas, no sentencias**.

La misma plasticidad que permite aprender determinadas respuestas hace posible, dentro de ciertos límites, adquirir otras nuevas. Psicoterapia, aprendizaje, rehabilitación, relaciones seguras, nuevos ambientes y nuevas experiencias pueden contribuir a modificar patrones adquiridos.

Desde la perspectiva espiritual también pueden adquirir importancia el perdón, la oración, la reconciliación, la comunidad y la reconstrucción del sentido.

Cada una de estas dimensiones debe valorarse en su propio ámbito.

La dimensión psicosomática de la enfermedad

Durante mucho tiempo, hablar de enfermedad “psicosomática” podía interpretarse equivocadamente como afirmar que el padecimiento era imaginario o que “todo estaba en la cabeza” del paciente.

Esa interpretación resulta inadecuada. Los síntomas son reales. El sufrimiento es real. Y la interacción entre cerebro, mente y organismo también lo es.

La medicina contemporánea dispone de un marco más amplio: el **modelo biopsicosocial**. La salud y la enfermedad pueden comprenderse como resultado de interacciones entre factores biológicos —genética, edad, infecciones, metabolismo, lesiones y exposiciones ambientales—; factores psicológicos —estrés, ansiedad, depresión, trauma, expectativas—; factores conductuales —alimentación, ejercicio, sueño, consumo de sustancias, adherencia a tratamientos—; y factores sociales —familia, trabajo, aislamiento, economía y ambiente—.

No todos estos factores tienen el mismo peso en todas las enfermedades. Pero tampoco funcionan necesariamente de manera aislada.

La mente participa en la biología

El estrés constituye uno de los ejemplos más claros.

Ante una amenaza, el organismo activa mecanismos destinados a favorecer la adaptación inmediata. El sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal participan en estas respuestas y modifican, entre otras cosas, la actividad cardiovascular, metabólica e inmunológica.

Esta respuesta es normal y necesaria.

El problema aparece cuando determinadas condiciones de estrés se vuelven persistentes.

La exposición prolongada al estrés puede asociarse con alteraciones del sueño, cambios conductuales, modificaciones neuroendocrinas y procesos inflamatorios, además de influir indirectamente sobre alimentación, ejercicio, consumo de alcohol o tabaco y adherencia a tratamientos.

La depresión y la ansiedad tampoco ocurren en un vacío corporal. Numerosos estudios epidemiológicos encuentran asociaciones entre determinados trastornos psicológicos y mayor riesgo o peor evolución de algunas enfermedades físicas.

Esto no significa que la depresión “fabrique” por sí sola una diabetes ni que la ansiedad produzca automáticamente una enfermedad cardiovascular.

Significa algo más complejo y científicamente más interesante:

“La experiencia psicológica puede convertirse en una de las variables que interactúan con la biología”.

Un caso límite: del estrés psicológico a la enfermedad cerebral

La relación entre los estados psicológicos y la enfermedad adquiere especial interés cuando estudiamos el deterioro cognitivo. Diversas investigaciones longitudinales han encontrado que la ansiedad persistente se asocia con un mayor riesgo posterior de deterioro cognitivo y demencia. Un metaanálisis de estudios prospectivos encontró que las personas con ansiedad presentaban un riesgo de demencia aproximadamente un 24% mayor que aquellas sin ansiedad, aunque los propios investigadores advierten que todavía no puede determinarse con certeza cuánto de esta asociación representa causalidad y cuánto podría corresponder a manifestaciones tempranas de procesos neurodegenerativos aún no diagnosticados.

La asociación posee mecanismos biológicamente plausibles. El estrés prolongado involucra al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, al sistema nervioso autónomo y a mediadores hormonales como el cortisol, además de relacionarse con inflamación, alteraciones del sueño, salud cardiovascular y conductas que pueden influir sobre la salud cerebral. Sin embargo, estos mecanismos interactúan entre sí y con edad, genética, enfermedades vasculares, estilo de vida y otros factores. La investigación sobre cortisol y enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, encuentra una asociación entre concentraciones elevadas y la enfermedad, pero todavía no demuestra una secuencia simple según la cual el exceso de cortisol sea por sí mismo causa suficiente de demencia.

Este ejemplo permite comprender una diferencia fundamental entre **causalidad y riesgo**. Si una población expuesta a ansiedad persistente presenta mayor incidencia posterior de demencia, podemos afirmar que existe una asociación epidemiológica. No podemos concluir que toda persona ansiosa desarrollará demencia, ni que la ansiedad sea necesariamente la causa directa de los casos observados. Incluso existe la posibilidad de causalidad inversa: algunos cambios emocionales podrían constituir manifestaciones tempranas de una enfermedad neurodegenerativa que todavía no ha sido diagnosticada.

La importancia del ejemplo aumenta al considerar el otro extremo del proceso. La demencia avanzada no consiste solamente en perder la memoria. A medida que determinadas enfermedades neurodegenerativas progresan, pueden deteriorarse la comunicación, la movilidad, la alimentación y la capacidad de deglutir. Surgen entonces complicaciones graves como desnutrición, aspiración, neumonía e infecciones. La demencia avanzada constituye, por ello, una condición de elevada mortalidad. En un estudio prospectivo de pacientes institucionalizados con

demencia avanzada, más de la mitad murió durante los 18 meses de seguimiento, y los problemas de alimentación, los episodios febriles y la neumonía fueron frecuentes.

Este caso ilustra hasta qué punto resulta artificial separar radicalmente lo “mental” de lo “físico”. Un estado psicológico persistente puede relacionarse con mecanismos fisiológicos y conductuales que, junto con muchos otros factores, participan en el riesgo de enfermedad; y una enfermedad inicialmente reconocida por sus manifestaciones cognitivas puede progresar hasta comprometer funciones corporales esenciales.

Los estados psicológicos persistentes pueden participar en redes de riesgo que afectan la salud cerebral; y las enfermedades cerebrales pueden, a su vez, producir consecuencias sistémicas capaces de comprometer la vida. Mente, cerebro y cuerpo forman parte de un mismo organismo.

De lo psicosomático a lo biopsicosocial

Quizá la mejor manera de comprender lo psicosomático sea abandonar la vieja pregunta:

¿Esta enfermedad es física o psicológica?

y sustituirla por otra:

¿Cómo interactúan los factores biológicos, psicológicos, conductuales y sociales en esta persona y en esta enfermedad?

Una infección puede tener una causa biológica identificable y, al mismo tiempo, la experiencia de la enfermedad estar modulada por estrés, apoyo familiar, expectativas, sueño y conducta.

Una enfermedad metabólica puede involucrar predisposición genética y mecanismos fisiológicos, mientras depresión, estrés, alimentación, actividad física y condiciones sociales interactúan con su riesgo y evolución.

Una enfermedad crónica puede producir depresión y ansiedad; a su vez, esos estados pueden dificultar el tratamiento.

La relación es frecuentemente bidireccional.

Esta visión permite conceder a la dimensión psicosomática una importancia considerable sin caer en el reduccionismo de atribuir todas las enfermedades a la mente.

Cuando la emoción se convierte en factor de riesgo

Debemos distinguir cuidadosamente cuatro conceptos:

causa, factor de riesgo, desencadenante y agravante.

No significan lo mismo.

Una determinada condición psicológica puede asociarse estadísticamente con mayor riesgo de una enfermedad sin constituir su causa única. Puede contribuir a desencadenar síntomas en una persona susceptible o agravar una enfermedad ya existente sin haberla originado.

Esta diferencia resulta fundamental.

Decir: “El estrés puede contribuir al riesgo o evolución de determinadas enfermedades” no equivale a decir: “El estrés causa todas esas enfermedades.”

Mucho menos podemos asignar enfermedades específicas a emociones específicas.

No existe fundamento científico suficiente para convertir afirmaciones como “el resentimiento produce cáncer”, “la culpa enferma determinado órgano” o “la tristeza causa enfermedades autoinmunes” en reglas médicas.

La enfermedad humana es demasiado compleja para semejante simplificación.

“La mente influye sobre el cuerpo, pero influencia no significa determinación; asociación no significa causalidad; y una enfermedad multifactorial no puede reducirse a una emoción”.

Esta frase no disminuye el valor de la medicina psicosomática. Lo fortalece. La libera de explicaciones simplistas y permite situarla dentro de un modelo científicamente más sólido de interacción mente-cuerpo.

El peligro de culpabilizar al enfermo

Existe además una consecuencia humana y pastoral que no debemos ignorar.

Si afirmamos que una persona enfermó porque no perdonó, porque tuvo pensamientos negativos, porque sintió miedo o porque careció de suficiente fe, podemos añadir una segunda carga a la enfermedad: la culpa de haberla causado.

Una persona puede trabajar sobre su resentimiento porque perdonar le permite

vivir de otra manera. Puede aprender a manejar el estrés. Puede buscar ayuda psicológica. Puede reconstruir relaciones. Puede cultivar esperanza. Puede orar.

Todo ello puede tener un enorme valor psicológico, relacional o espiritual y, en algunos casos, favorecer también aspectos relacionados con la salud.

Pero no debemos convertirlo en una ecuación:

perdonar = curarse.

El perdón tiene valor, aunque la enfermedad continúe.

La oración tiene valor, aunque un tumor no desaparezca.

La esperanza tiene valor, aunque el diagnóstico no cambie.

La fe no necesita garantizar inmunidad frente a la enfermedad para transformar la manera en que una persona vive y enfrenta su condición.

La gratitud: mente, cuerpo y espíritu

La gratitud constituye un ejemplo particularmente rico de la interacción entre psicología y espiritualidad.

Practicar gratitud dirige deliberadamente la atención hacia aquello que valoramos o reconocemos haber recibido. Esto puede modificar nuestra interpretación cotidiana de la experiencia y se ha asociado en investigaciones psicológicas con mejoras, generalmente modestas, en algunos indicadores de bienestar emocional.

Pero tampoco debemos convertir la gratitud en medicamento universal. Agradecer no garantiza curación ni convierte al organismo en invulnerable. Su valor puede ser simultáneamente psicológico y espiritual sin necesidad de exagerar ninguno de los dos.

Para el cristiano existe además una diferencia fundamental: **la gratitud tiene destinatario**. No se agradece simplemente “al universo”. Se reconoce a Dios como fuente de vida, gracia y esperanza.

La psicología puede preguntarse qué ocurre cuando cultivamos gratitud.
La neurociencia puede investigar los procesos cerebrales asociados.
La fe responde otra pregunta: ¿A quién agradecemos?

Dios no es energía

Esta distinción adquiere especial importancia cuando llegamos al lenguaje espiritual.

La afirmación de que toda materia posee energía pertenece, correctamente entendida, al terreno de la física. Pero de allí no se deduce que Dios sea una forma de energía cósmica ni que la conciencia humana pueda manipularlo mediante una frecuencia mental determinada.

Para el cristianismo, Dios no es una vibración. No es una fuerza impersonal. No es una energía disponible para ser utilizada. Dios es personal y trascendente.

El Espíritu de Dios tampoco debe confundirse con el concepto físico de energía. Hablar bíblicamente del poder de Dios pertenece a un lenguaje teológico diferente del utilizado por la física para cuantificar energía.

Esta distinción protege simultáneamente a la ciencia y a la fe.

“La energía de la física no demuestra a Dios; Dios no necesita convertirse en energía física para existir”.

Ciencia, mente y fe: distinguir para integrar

Llegamos así al punto central.

El ser humano puede ser contemplado desde diferentes niveles sin necesidad de reducir uno al otro.

Somos organismos biológicos. Poseemos vida mental. Vivimos dentro de relaciones y sociedades. Construimos significados.

Y para el creyente existe además una dimensión espiritual que relaciona la existencia humana con Dios.

El modelo biopsicosocial permite comprender que la enfermedad no ocurre simplemente en un órgano aislado. Ocurre **en una persona**.

La persona que enferma posee genes, células y órganos, pero también recuerdos, emociones, relaciones, hábitos, esperanzas, temores y condiciones sociales.

Por ello podríamos expresar una de las tesis centrales de este capítulo de esta manera:

“La medicina no puede comprender plenamente la enfermedad estudiando únicamente el órgano enfermo; debe considerar también al organismo que lo contiene, la mente que lo experimenta y el entorno en que esa persona vive”.

La dimensión espiritual plantea todavía otra clase de preguntas: sentido, trascendencia, esperanza, sufrimiento, culpa, reconciliación, perdón y muerte.

La medicina puede acompañar algunas de estas experiencias. La psicología puede estudiar otras. Pero ninguna resonancia magnética puede determinar el propósito de una existencia, del mismo modo que un texto bíblico no sustituye un diagnóstico médico.

Integrar no significa confundir.

Una visión integral de la transformación

Podemos ahora reunir los distintos caminos recorridos.

La neuroplasticidad demuestra que determinados patrones cerebrales pueden cambiar.

La psicología muestra que pensamientos, emociones, aprendizajes y relaciones influyen en nuestra conducta y bienestar.

La medicina psicosomática y el modelo biopsicosocial muestran que mente, conducta, cuerpo y entorno mantienen relaciones bidireccionales.

La espiritualidad introduce preguntas acerca del significado y orientación de esa transformación.

Desde una perspectiva cristiana, renovar la mente no significa simplemente pensar positivamente.

Significa aprender a pensar con discernimiento.

La meta tampoco consiste en eliminar todas las emociones negativas. Miedo, tristeza, dolor e incluso ira pueden ser respuestas humanas legítimas ante determinadas circunstancias.

Transformar la mente significa evitar que pensamientos y emociones se conviertan automáticamente en nuestros amos.

Por ello volvemos a nuestra secuencia:

observar → discernir → elegir → practicar → consolidar.

Podemos observar nuestros pensamientos. Discernir cuáles merecen ser alimentados. Elegir una respuesta. Practicarla.

Y mediante la repetición permitir que nuevas formas de pensar y actuar se consoliden progresivamente. La neuroplasticidad explica parte del mecanismo. La conciencia participa en la elección. La fe proporciona, para el creyente, orientación y propósito.

Conclusiones

La relación entre mente, cuerpo y espiritualidad exige abandonar dos reduccionismos opuestos. El primero pretende explicar al ser humano exclusivamente desde su biología. El segundo atribuye a pensamientos y emociones un poder casi absoluto sobre el organismo y la realidad.

La evidencia contemporánea permite una posición más rica.

El cerebro posee plasticidad. Los hábitos pueden modificarse. La atención puede entrenarse. Las experiencias dejan huellas. Los estados psicológicos pueden interactuar con sistemas neuroendocrinos, autonómicos, inmunológicos y metabólicos. El estrés, la depresión, la ansiedad, el trauma, las conductas y el entorno social pueden relacionarse, en grados diferentes, con el riesgo, evolución o experiencia de determinadas enfermedades.

Por ello, la dimensión psicosomática merece un lugar importante dentro de una comprensión integral de la salud. Pero *psicosomático* no significa imaginario ni significa que todas las enfermedades nazcan de conflictos emocionales. Significa reconocer que aquello que ocurre en la mente puede interactuar con aquello que ocurre en el cuerpo, y viceversa.

La vieja separación entre enfermedad “física” y enfermedad “mental” resulta insuficiente para describir esa complejidad. El modelo biopsicosocial nos ofrece una perspectiva más amplia: enfermamos y sanamos como organismos completos situados dentro de un entorno, no como órganos aislados de nuestra historia y experiencia.

Sin embargo, debemos conservar una frontera fundamental. Que una emoción influya sobre la fisiología no demuestra que produzca una enfermedad determinada. Que el estrés aumente determinados riesgos no significa que sea la causa única de una patología. Que la esperanza favorezca el afrontamiento no significa que garantice curación.

La mente influye sobre el cuerpo, pero influencia no significa determinación; asociación no significa causalidad; y una enfermedad multifactorial no puede reducirse a una emoción.

Esta distinción también protege al enfermo de una injusticia: convertir su padecimiento en evidencia de resentimiento, pensamientos negativos, culpa o falta de fe.

La meditación nos ofrece otro ejemplo de la necesidad de distinguir para integrar. Algunas prácticas contemplativas pueden compartir mecanismos de atención y regulación, pero no necesariamente propósito. Para el cristiano, meditar no consiste solamente en observar la mente o aquietarla, sino en orientarla y discernirla.

Algo semejante ocurre con conceptos como energía, frecuencia y vibración. Pueden utilizarse metafóricamente para describir experiencias humanas, pero no deben presentarse como mecanismos físicos cuando no existe evidencia que lo justifique.

La ciencia y la fe pueden dialogar precisamente porque no necesitan usurpar mutuamente sus funciones.

La ciencia puede preguntarse **cómo** cambia el cerebro, cómo responde el organismo al estrés o qué efectos produce determinada práctica.

La filosofía puede preguntarse **qué significa** esa transformación.

La fe puede preguntarse **hacia dónde debe dirigirse**.

Así, la transformación personal adquiere una dimensión más profunda. No consiste en convencernos de que podemos controlar toda nuestra biología ni toda nuestra realidad mediante el pensamiento. Consiste en reconocer que, dentro de los límites de nuestra condición humana, podemos participar activamente en la manera en que aprendemos, pensamos, respondemos, nos relacionamos y damos sentido a nuestra existencia.

La neuroplasticidad nos dice que podemos cambiar.

La medicina psicosomática nos recuerda que mente y cuerpo dialogan.

La conciencia nos permite participar en ese diálogo.

Y la fe nos invita a preguntarnos hacia dónde queremos dirigir la transformación.

“La mayor revolución que puede experimentar una persona no ocurre fuera de ella, sino dentro de su cerebro y de su conciencia. Allí comienza toda transformación”.

Referencias

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2020). Neuroscience: Exploring the brain (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Benedetti, F. (2014). Placebo effects: Understanding the mechanisms in health and disease (2nd ed.). Oxford University Press.

Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>

Colloca, L., & Barsky, A. J. (2020). Placebo and nocebo effects. *The New England Journal of Medicine*, 382(6), 554–561. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1907805>

Doidge, N. (2007). The brain that changes itself: Stories of personal triumph from the frontiers of brain science. Viking.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Finniss, D. G., Kaptchuk, T. J., Miller, F., & Benedetti, F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*, 375(9715), 686–695. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61706-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61706-2)

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357–368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delacorte.

Kandel, E. R., Koester, J. D., Mack, S. H., & Siegelbaum, S. A. (Eds.). (2021). Principles of neural science (6th ed.). McGraw Hill.

Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S225–S239. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))

Lindekilde, N., Scheuer, S. H., Diaz, L. J., Rubin, K. H., Plana-Ripoll, O., Henriksen, J. E., Lasgaard, M., Andersen, G. S., & Pouwer, F. (2022). Risk of developing type 2 diabetes in individuals with a psychiatric disorder: A nationwide register-based cohort study. *Diabetes Care*, 45(3), 724–733. <https://doi.org/10.2337/dc21-1864>

Lindekilde, N., Scheuer, S. H., Rutters, F., Knudsen, L., Lasgaard, M., Rubin, K. H., Henriksen, J. E., Kivimäki, M., Andersen, G. S., & Pouwer, F. (2022). Prevalence of type 2 diabetes in psychiatric disorders: An umbrella review with meta-analysis of 245 observational studies from 32 systematic reviews. *Diabetologia*, 65(3), 440–456. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05609-x>

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabet, L. B. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144216>

Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>

Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. A. (2018). Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*, 319(23), 2388–2400. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>

Squire, L. R., Berg, D., Bloom, F. E., du Lac, S., Ghosh, A., & Spitzer, N. C. (Eds.). (2021). *Fundamental neuroscience* (5th ed.). Academic Press.

Kuring, J. K., Mathias, J. L., & Ward, L. (2020). Risk of dementia in persons who have previously experienced clinically-significant depression, anxiety, or PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 274, 247–261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.020>

Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., & Hamel, M. B. (2009). The clinical course of advanced dementia. *The New England Journal of Medicine*, 361(16), 1529–1538. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>

Ouanes, S., & Popp, J. (2019). High cortisol and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A review of the literature. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11, 43. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00043>

Fuente bíblica

La Santa Biblia. Reina-Valera Antigua.

Una observación editorial importante

Para este capítulo no incluiría como referencias principales las páginas del Instituto Europeo ni Psicotep que mencionamos anteriormente. Pueden haber servido para localizar el tema, pero para un ensayo que vamos a publicar es preferible sustituirlas por las fuentes primarias y revisiones académicas de arriba.

Especialmente importantes son cuatro referencias: Engel fundamenta el modelo biopsicosocial; Segerstrom y Miller aportan un gran metaanálisis sobre estrés e inmunidad; Song et al. documentan la asociación entre trastornos relacionados con estrés y enfermedad autoinmune; y Lindekilde et al. aportan evidencia poblacional de más de cinco millones de personas sobre la asociación entre trastornos psiquiátricos y diabetes tipo 2.