



**Praxis Psy**  
VOL. 26, NO. 41  
JULIO 2024  
ISSN 2735-695

## **EDITORA EN JEFE**

Elisa Ansoleaga  
Universidad Diego Portales, Chile.

## **EDITORA ASOCIADA**

Magdalena Ahumada  
Universidad Diego Portales, Chile.

## **COMITÉ EDITORIAL**

Camilo Pulido  
*Pontificia Universidad Javeriana*

Adriana Kaulino  
*Universidad Diego Portales*

Jonathan Evans  
*University of Glasgow*

Christian Salas  
*Universidad Diego Portales*

Arthur Arruda Leal Ferreira  
*Universidad Federal de Rio de Janeiro*

Claudio Martinez  
*Universidad Diego Portales*

Rudi Coetzer  
*Swansea University*

## **DISEÑO DE PRODUCCIÓN:**

Felipe Rabuco Q.



*Praxis Psy es una publicación editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, Vergara 275, Santiago, Región Metropolitana, Chile.*

Email: [praxispsy@mail.udp.cl](mailto:praxispsy@mail.udp.cl)

Los artículos de Praxis están indexados en la siguientes bases de datos y repositorios: Latindex; Dialnet; Elektronische Zeitschriftenbibliothek EZB (Electronic Journals Library); WorldCat OCLC.

© 2024 by Universidad Diego Portales. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, displayed, or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying or by any information storage or retrieval system, without the prior written permission from the Director of the journal.

# CONTENIDOS

**4** EDITORIAL  
Elisa Ansoleaga, Magdalena ahumada

**5** TRASTORNOS DE CONCIENCIA SECUNDARIOS A LESIONES CEREBRALES TRAUMÁTICAS: NOCIONES BÁSICAS  
/ DISORDERS OF CONSCIOUSNESS SECONDARY TO TRAUMATIC BRAIN INJURIES: ESSENTIAL CONCEPTS  
Alberto García-Molina, Antonia Enseñat-Cantalops

**18** JERARQUIZACIÓN DE VALORES EN ADULTOS DE ARGENTINA. DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO Y RANGO ETARIO  
/ HIERARCHY OF VALUES IN ARGENTINE ADULTS. DIFFERENCES ACCORDING TO GENDER AND AGE RANGE  
Jésica Verónica Favara, José Eduardo Moreno

**36** NARRATIVAS DE FAMILIARES SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE POR COVID-19 EN CHILE; UN ESTUDIO  
PSICOANALÍTICO / FAMILY NARRATIVES ON GRIEF AND DEATH FROM COVID-19 IN CHILE: A PSYCHOANALYTIC  
STUDY  
Eduardo Pérez Carrasco

**51** CONSTRUCCIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA DEL TRAUMA COMPLEJO: UN SCOPING REVIEW  
/ CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN COMPLEX TRAUMA CLINIC: A SCOPING REVIEW  
Alberto López-Vásquez, Nicolás González-Araneda, Paula Errázuriz

**72** REVISIÓN DEL USO DE PLATAFORMAS DIGITALES MÓVILES COMO HERRAMIENTA DE REENTRENAMIENTO  
COGNITIVO EN PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES / REVIEW OF THE USE OF MOBILE DIGITAL  
PLATFORMS AS A TOOL FOR COGNITIVE RETRAINING IN PATIENTS WITH BRAIN INJURIES  
Elizabeth Godoy Fernández

## EDITORIAL

Los trabajos seleccionados para este número regular de la revista Praxis Psy abordan problemáticas contemporáneas y contribuyen al avance del conocimiento en psicología social, clínica y neurociencias. A través de una sólida base de evidencia de investigación, este número ofrece nuevas perspectivas y reflexiones sobre las esferas del quehacer psicológico y sus aproximaciones actuales. Nuestro objetivo es fomentar el pluralismo en los paradigmas, métodos y objetos de estudio que alberga la psicología, cuestionando las fronteras disciplinares y promoviendo debates interdisciplinares.

En el ámbito de las neurociencias, destacamos dos artículos significativos. El primero, elaborado por García-Molina y Enseñat-Cantallops, presenta una revisión teórica sobre los trastornos de conciencia post-traumáticos, enfatizando la necesidad de una evaluación precisa para determinar el curso y tratamiento adecuado. Los autores abogan por superar las clásicas taxonomías diagnósticas para avanzar hacia distinciones útiles en rehabilitación.

El segundo artículo, de Godoy, sistematiza la literatura sobre herramientas digitales para móviles utilizadas en el re-entrenamiento cognitivo de pacientes con lesión cerebral adquirida. Godoy evalúa, con la ayuda de un panel de expertos, la funcionalidad y utilidad de estas herramientas, resaltando su importancia para complementar los tratamientos neuropsicológicos tradicionales con opciones accesibles y efectivas.

En psicología social, Favara y Moreno exploran cómo los adultos en Argentina establecen jerarquías de valores y cómo estas jerarquías impactan la toma de decisiones y el comportamiento social. Su estudio revela diferencias significativas relacionadas con la edad y el género, y destaca la influencia del contexto social y estructural, especialmente en un periodo post-pandemia donde la salud mental y las relaciones interpersonales cobran gran relevancia.

Finalmente, en el ámbito de la psicología clínica y el psicoanálisis, Pérez analiza las narrativas de los familiares de fallecidos por COVID-19 en Chile, identificando factores que traumatizan el duelo cuando faltan información oportuna, contención emocional y cuidados adecuados. López-Vásquez y colaboradores, por otro lado, revisan cómo el trauma complejo afecta la alianza terapéutica en psicoterapia, subrayando la importancia de entrenar a los terapeutas en la reparación respetuosa de rupturas de alianza.

Esperamos que este número contribuya al enriquecimiento del campo de la psicología y al desarrollo del pluralismo en sus diversas facetas.

**Elisa Ansoleaga**  
Editora Jefe

**Magdalena Ahumada**  
Editora Asistente

# TRASTORNOS DE CONCIENCIA SECUNDARIOS A LESIONES CEREBRALES TRAUMÁTICAS: NOCIONES BÁSICAS

## DISORDERS OF CONSCIOUSNESS SECONDARY TO TRAUMATIC BRAIN INJURIES: ESSENTIAL CONCEPTS

Alberto García-Molina<sup>1,2,3,4</sup> y Antonia Enseñat-Cantallops<sup>1,2,3</sup>

**\*Correspondencia:**  
**Alberto García-Molina**  
**agarciam@guttmann.com**

RECIBIDO: MAYO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

Las personas con lesiones cerebrales graves de origen traumático pueden experimentar trastornos de conciencia. En este artículo se describen los más habituales: Coma, Síndrome de Vigilia sin Respuesta, Estado de Mínima Conciencia y Estado Confusional Postraumático. El Coma es un trastorno de conciencia caracterizado por la ausencia total de respuestas. El Síndrome de Vigilia sin Respuesta comporta la ausencia de conciencia de uno mismo y del entorno, con presencia de ciclos sueño-vigilia. Mientras que en el Estado de Mínima Conciencia se observan evidencias conductuales mínimas sugestivas de autoconciencia. Por último, el Estado Confusional Postraumático tiene como rasgos distintivos la desorientación (en persona, espacio y/o tiempo), las alteraciones atencionales y la afectación de la memoria. Si bien esta taxonomía es sumamente útil, la realidad clínico-asistencial demanda nuevas aproximaciones que entiendan la conciencia desde una perspectiva que aúne intereses diagnósticos y rehabilitadores.

**Palabras claves:** Daño cerebral, Coma, Estado de Vigilia sin Respuesta, Estado de Mínima conciencia, Estado Confusional Postraumático.

### Abstract

People with severe traumatic brain injury can experience disorders of consciousness. In this paper the most common are described: Coma, Unresponsive Wakefulness Syndrome, Minimally Conscious State and Posttraumatic Confusional State. Coma is a disorder of consciousness characterized by the total absence of responses. The Unresponsive Wakefulness Syndrome involves the absence of awareness of oneself and the environment, with the presence of sleep-wake cycles. While in the Minimally Conscious State is observed minimal behavioral evidence suggesting self-awareness. Finally, the Posttraumatic Confusional State has as its distinctive features disorientation (in person, space, and time), attentional disorder and memory impairment. Although this taxonomy is extremely useful, the clinical-care reality demands new approaches that understand consciousness from a perspective that combines diagnostic and rehabilitative interests.

**Keywords:** Brain injury, Coma, Unresponsive Wakefulness Syndrome, Minimally Conscious State, Posttraumatic Confusional State.

<sup>1</sup> Institut Guttmann, Institut Universitari de Neurorehabilitació adscrit a la UAB, Badalona, Barcelona.

<sup>2</sup> Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

<sup>3</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. Centro de Estudios en Neurociencia Humana y Neuropsicología.

<sup>4</sup> Facultad de Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile, Chile



## INTRODUCCIÓN

Hasta mediados del siglo XX la esperanza de vida tras sufrir una lesión cerebral traumática grave es extremadamente limitada. La ventilación mecánica con presión positiva lo cambia todo. La Guerra de Corea (1950-53) es el primer escenario en el que se utiliza de forma generalizada (Pontoppidan et al., 1977; Jennett, 1981), y pocos años después, en 1958, McIver, Frew y Matheson defienden el valor terapéutico de la ventilación artificial tras un traumatismo craneoencefálico grave (McIver et al., 1958). Una de las primeras consecuencias de su uso generalizado es el notable aumento de pacientes con trastornos de conciencia secundarios a lesiones cerebrales traumáticas.

La naturaleza de la conciencia es tema de debate entre científicos, filósofos y profesionales sanitarios (Noé-Sabastián et al., 2012; Tirapu-Ustarroz & Goni-Saez, 2016). Desde una perspectiva neurológica, la conciencia se define como el estado de percepción de uno mismo y del entorno que le rodea (Giacino et al., 2018). Es un concepto multifacético que, de forma práctica y simplificada, se divide en dos componentes: nivel de conciencia y contenido de conciencia (Plum & Posner, 1982).

El nivel de conciencia (“estar consciente”; en inglés *arousal* o *wakefulness*) es la capacidad para despertar y mantener el ritmo sueño-vigilia. El contenido de la conciencia (“ser consciente”; en inglés *awareness*) es la capacidad para aunar los diferentes estímulos sensoriales y crear el conocimiento que nos permite darnos cuenta de nosotros mismo (como ente separado e independiente del entorno) y de lo que pasa a nuestro alrededor. Dicho de otro modo, el contenido de la conciencia proporciona conocimiento del mundo externo (conciencia sensorial o perceptiva del entorno) y del mundo interno (pensamientos independientes de estímulo e imágenes mentales).

Entre nivel y contenido de conciencia se establece una relación jerárquica de continuidad: el estar consciente precede ineludiblemente al ser consciente. Sin un nivel de activación adecuado no puede darse contenido; pero, tal y como veremos en los próximos apartados, es posible estar consciente sin ser consciente. Este

marco conceptual, no exento de limitaciones, es el más utilizado en la clínica para aproximarse al estudio de las bases biológicas de la conciencia, así como de su funcionamiento normal y patológico.

En la práctica clínica la principal herramienta para detectar signos de conciencia es la observación de comportamientos espontáneos (no reflexivos) y la capacidad del paciente para interactuar voluntariamente con su entorno (Majerus et al., 2005). Sin embargo, la presencia de alteraciones sensoriales, niveles de excitabilidad fluctuante o respuestas motoras ambiguas e inconsistentes condicionan que la detección de comportamientos voluntarios e intencionados no sea una tarea fácil. En un intento de superar estas limitaciones se han creado múltiples medidas estandarizadas para valorar el nivel de conciencia: la *Glasgow Coma Scale* (Teasdale & Jennett, 1974), la *Wessex Head Injury Matrix* (Shiel et al., 2000), la *Coma Recovery Scale-Revised* (Giacino et al., 2004), la *Sensory Modality and Rehabilitation Technique* (Gill-Thwaites & Munday, 2004), la *Full Outline of UnResponsiveness Scale* (Wijdicks et al., 2005), la *Disorders of Consciousness Scale* (Pape et al., 2005) o la *Nociception Coma Scale* (Schnakers et al., 2010).

Giacino indica que existen tres problemas centrales que limitan la evaluación de los trastornos de conciencia en la práctica clínica (Giacino, 2005). Primer problema. La ambigüedad de los constructos empleados para definir que es la conciencia. Segundo problema. Los juicios emitidos sobre el nivel de conciencia se sustentan en observaciones comportamentales y el comportamiento observado es una medida indirecta para aproximarse a la conciencia. Situación que conduce inexorablemente a errores de interpretación. Cuando el paciente sonríe, ¿Es un acto intencional desencadenado por el contexto? ¿Es el reflejo de la actividad motora involuntaria mediada por la liberación de estructuras bulbares? ¿O bien es fruto de contracciones musculares reflexivas (como las que se producen en la risa sardónica del tétanos)? Y tercer problema. Los cambios en el estado de conciencia. Tradicionalmente se ha interpretado la transición de la inconciencia a la conciencia como un proceso lineal que transita entre diversos estados claramente definidos. Donde el paso un estado a otro

ocurre de forma abrupta; existiendo asimismo un momento en el que se *cruza* un umbral crítico a partir del cual emerge la conciencia. En los últimos años, diversos autores proponen que la naturaleza de la relación entre inconsciencia y conciencia es dinámica: los pacientes pueden fluctuar en sus estados de conciencia a través de un continuo. Signos de conciencia claramente discernibles en el momento 1 pueden estar ausentes en el momento 2 (y volver a estar presentes en un momento 3). Fluctuaciones que se observan en el transcurso de una sesión de valoración, de hora en hora o de un día a otro.

A nivel clínico, a partir de criterios comportamentales, es posible diferenciar los siguientes trastornos de conciencia asociados a lesiones cerebrales de origen traumático: Coma, Síndrome de Vigilia sin Respuesta, Estado de Mínima Conciencia y Estado Confusional

Postrumático. En este trabajo se proporcionan unas nociones básicas sobre estos trastornos con el objetivo de facilitar su identificación en la práctica clínica.

Una última apreciación. El Síndrome de Enclaustramiento (del inglés, *Locked-in Syndrome*) no es un trastorno de conciencia, aunque lo parezca. Estos pacientes no pueden moverse ni hablar: únicamente son capaces de realizar movimientos oculares verticales, y parpadear; movimientos que les permiten comunicarse con su entorno (si bien de forma muy limitada). Este síndrome tiene su origen en lesiones troncoencefálicas, usualmente a nivel de la protuberancia ventral, que ocasionan una parálisis de las cuatro extremidades, así como lengua y faringe; acompañada de una capacidad cognitiva normal o prácticamente normal (Laureys et al., 2005; León-Carrión et al., 2002).

Tabla 1.

*Características clínicas de los trastornos de conciencia derivados de lesiones cerebrales traumáticas.*

	<b>Coma</b>	<b>Síndrome de vigilia sin respuesta</b>	<b>Estado de mínima conciencia</b>	<b>Estado confusional postraumático</b>
<b>Ciclo vigilia-sueño</b>	No	Periodos intermitentes de vigilia	Si	Si
<b>Contenido de conciencia</b>	No	No	Signos inconsistentes, pero claros, de conciencia de sí mismo y del entorno	Confusión y desorientación
<b>Expresión verbal</b>	No	No	Palabras aisladas o frases cortas	Lenguaje fluente, habitualmente con contenido confuso y perseverante
<b>Comprensión verbal</b>	No	No	Comprensión inconsistente de órdenes simples	Comprensión consistente de órdenes simples
<b>Visuo-percepción</b>	No	Seguimiento visual inconsistente	Seguimiento visual. Reconocimiento de objetos	Reconocimiento de objetos
<b>Funciones motoras</b>	Reflejos primitivos	Movimientos involuntarios	Secuencias de movimientos automáticos. Localización de estímulos nocivos. Manipulación de objetos	Uso funcional de objetos comunes

## COMA

El Coma, del griego “sueño profundo o trance”, es un trastorno de conciencia caracterizado por la ausencia total de respuestas. El paciente permanece con los ojos cerrados y no puede despertar para responder a las demandas del entorno (Tononi & Laureys, 2009). Entre los criterios clínicos que caracterizan el Coma se encuentran la ausencia de apertura ocular espontánea, privación del ciclo sueño-vigilia y la falta de evidencia de uno mismo y del entorno. La abolición de los ciclos sueño-vigilia tiene su origen en alteraciones funcionales o estructurales del Sistema de Activación Reticular Ascendente. El mesencéfalo, la protuberancia más rostral y regiones inferiores del diencefalo integran este sistema que, gracias a las acciones activadoras que ejerce sobre la corteza cerebral, activa la vigilia y mantiene las condiciones neurofisiológicas esenciales para estar consciente. Aunque no hay respuestas ante estímulos de la más diversa índole, al hallarse preservadas las funciones propias del tronco encefálico es factible que manifiesten reflejos primitivos (Blumenfeld, 2009). En la muerte cerebral, a diferencia del Coma, hay una pérdida completa de las funciones cerebrales (incluidos los reflejos mediados por el tronco encefálico) (Giacino et al., 2009).

El paciente en Coma puede hacer muecas en respuesta a estímulos dolorosos y mover las extremidades de forma estereotipada, pero no se orienta hacia los estímulos ni muestra respuestas intencionadas. En aquellos casos que el Coma es más profundo, la capacidad de respuesta puede disminuir o desaparecer (incluso ante estímulos dolorosos). Sin embargo, es difícil equiparar la falta de respuestas motoras a la profundidad del Coma. Las estructuras neuronales que regulan las respuestas motoras difieren de las que regulan la conciencia, y pueden verse alteradas de manera diferencial frente a trastornos cerebrales específicos (Posner et al., 2007).

Si bien a primera vista el Coma se asemeja al sueño, este último es una forma fisiológica, no patológica, de conciencia reducida. En el sueño la capacidad de respuesta de los sistemas cerebrales responsables del contenido de la conciencia está globalmente hipoactiva;

de modo que la persona no puede responder a los estímulos ambientales. Una diferencia clave entre el sueño y el Coma es que el primero es intrínsecamente reversible: la persona vuelve a un estado de vigilia normal al ser estimulado.

## SÍNDROME DE VIGILIA SIN RESPUESTA

El Síndrome de Vigilia sin Respuesta (SVsR) comporta la ausencia de conciencia de uno mismo y del entorno, presencia de ciclos sueño-vigilia, con una preservación parcial o completa de las funciones hipotalámicas y las funciones autonómicas troncoencefálicas. El principal signo diferencial entre el Coma y el SVsR es la presencia de ciclos intermitentes de sueño-vigilia. Su presencia revela una mayor actividad del Sistema de Activación Reticular Ascendente. Otro aspecto diferencial respecto al Coma es la reinstauración de funciones vegetativas como la termorregulación, la función cardiopulmonar o la regulación autonómica visceral. Si bien estas funciones pueden verse comprometidas, habitualmente las personas con un SVsR no acostumbran a necesitar tratamientos de soporte vital (p.ej. ventilación mecánica). Otro aspecto a destacar es que estos pacientes no son capaces de masticar y deglutir de forma coordinada. Sin embargo, pueden tener conservados los reflejos de náuseas, tos, succión y deglución; así como mostrar algunos movimientos espontáneos propios de la masticación.

Las primeras descripciones del SVsR se remontan a la primera mitad del siglo XX. En ese momento se utilizan diversos términos para referirse a este cuadro clínico: muerte neocortical, coma vigil, síndrome apático, síndrome anoético o coma prolongado, entre otros (Noé-Sabastián, 2012). En 1972 el neurocirujano Bryan Jennett y el neurólogo Fred Plum proponen el término Estado Vegetativo (del inglés, *vegetative state*) para acabar con la confusión taxonómica generada en las décadas anteriores; término que hoy en día continúa gozando de una amplia aceptación a nivel clínico. Parte de su éxito entre los profesionales radica en que, a diferencia de otros términos utilizados con anterioridad,

se fundamenta en la descripción del comportamiento manifiesto de los pacientes; no presuponiendo una alteración neuroanatómica específica ni una lesión patológica concreta. Jennett y Plum sugieren la palabra vegetativo porque estos pacientes tienen el sistema nervioso vegetativo (o autónomo) preservado (Posner et al., 2007). En cierto sentido, el cuerpo funciona sin la mente. El paciente vive una vida física desprovista de actividad intelectual e interacción social (Multi-Society Task Force on PVS, 1994; Schnakers & Majerus, 2012). La noción de sistema nervioso vegetativo se fundamenta en las ideas de François Xavier Bichat (1771-1802); que en su obra *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800) divide la vida en dos partes: vida orgánica (*vie végétative*) y vida animal (*vie de relation*) (Sutton, 1984). La primera se encarga de las funciones nutricionales del cuerpo, la segunda de la interacción del individuo con el entorno.

En 2010 la *European Task Force on Disorders of Consciousness* propone sustituir el término Estado Vegetativo por la expresión Síndrome de Vigilia sin Respuesta (del inglés, *unresponsive wakefulness syndrome*) (Laureys et al., 2010). Este grupo de trabajo entiende que el primero tiene connotaciones sociales peyorativas, mientras que la segunda es más respetuosa, al tiempo que descriptiva y neutral (Machado et al., 2012; von Wild et al., 2012). La palabra “síndrome” resalta la idea de que se trata de una serie de signos clínicos que conforman un cuadro específico. “Vigilia” a la presencia de apertura ocular, espontánea o inducida. Y “sin respuesta” ilustra que estos pacientes solo muestran movimientos reflejos; no siendo capaces de responder a órdenes. Por otro lado, dado que la mayoría de estos pacientes muestran algún tipo de actividad cortical, consideran que no es correcto asumir que su actividad neuronal deriva únicamente de las estructuras del sistema nervioso vegetativo o autónomo.

La controversia respecto al nombre empleado para referirse a este colectivo de pacientes está lejos de resolverse. En 2018 Naccache plantea que el término SVsR es excesivamente ambiguo (Naccache, 2018). Considera que “sin respuesta” puede generar confusión a las familias, puesto que, con frecuencia, observan respuestas en sus allegados (si bien son reflejas y no

intencionales). Asimismo, puede llevarlos a pensar que el paciente está plenamente consciente si bien no responde porque está paralizado (como sucede en el Síndrome de Enclaustramiento).

Independientemente del término utilizado, este cuadro clínico comprende a un colectivo de personas que están conscientes (despiertos), pero que no muestran indicios de conciencia de sí mismo y del entorno, ni manifiestan respuestas voluntarias. A veces es posible observar movimientos errantes de los ojos; lo cual puede ser interpretado, de forma errónea, como movimientos oculares con propósito. O presentar patrones de movimientos complejos, vocalizaciones y respuestas emocionales (p.ej. llorar o sonreír). No obstante, estas conductas no tienen por qué estar provocadas, generadas o relacionadas con sucesos ambientales específicos. Diversos autores afirman que algunas de estas respuestas implican actividad cortical e invalidan el diagnóstico de SVsR. Son respuestas originadas por la activación de regiones de la corteza cerebral (islas corticales) que no forman parte del sistema corticotalámico generador del contenido de la conciencia. O a la actividad cortical de áreas sensoriales y motoras primarias cuyas conexiones a áreas secundarias y terciarias están gravemente alteradas (Jennett, 2005).

El diagnóstico clínico del SVsR depende de la observación del comportamiento del paciente durante un período de tiempo suficientemente amplio como para descubrir si hay alguna evidencia de conocimiento. Esto puede no ser siempre fácil, porque los pacientes muestran un rango variable de respuestas reflejas, algunas de las cuales pueden interpretarse erróneamente como signos de conciencia. Pueden girar, por ejemplo, la cabeza y los ojos hacia el origen de un sonido fuerte, una voz o una luz en movimiento. Asimismo, la habitual presencia de limitaciones motoras condiciona reacciones que podrían indicar conciencia. A menudo es necesario repetir el examen en diferentes momentos del día, y no subestimar los comentarios y apreciaciones de los familiares.

## ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA

En 1995 el *American Congress of Rehabilitation Medicine* introduce el término Estado de Mínima Respuesta para describir a aquellos pacientes que muestran respuestas conductuales inconsistentes pero significativas (*American Congress of Rehabilitation Medicine*, 1995). Rápidamente surgen voces críticas señalando que algunos pacientes en Estado Vegetativo también pueden calificarse descriptivamente como pacientes en Estado de Mínima Respuesta. Como resultado, se convoca un panel de expertos, el *Aspen Neurobehavioral Conference WorkGroup*, para revisar los criterios diagnósticos de los trastornos de conciencia. A fin de enfatizar la presencia de signos compatibles con una preservación parcial de la conciencia recomiendan reemplazar el término Estado de Mínima Respuesta por Estado de Mínima Conciencia (Giacino et al., 1997). En 2002 publican los criterios operativos en la revista *Neurology* (Giacino et al., 2002).

El Estado de Mínima Conciencia (EMC) se caracteriza por una alteración grave de la conciencia en la que se observan evidencias conductuales mínimas de uno mismo o del entorno. Según el *Aspen Neurobehavioral Conference WorkGroup* estas personas deben demostrar al menos una conducta, acto o respuesta sugestivas de autoconciencia o conciencia del entorno, bien sea a través de respuestas comunicativas, emocionales, visuales o motoras. Esta conducta debe ser reproducible durante la exploración clínica en diferentes sesiones distribuidas en el tiempo. Es característico de estos pacientes que fluctúen en sus respuestas, como consecuencia de los cambios en el nivel de activación neuronal provocada por las lesiones cerebrales asociadas.

Los criterios diagnósticos del EMC pivotan, en gran medida, en la integridad de los sistemas lingüísticos y motores. Se considera que un paciente cumple criterios para etiquetarlo con este diagnóstico cuando hay evidencias claras y discernibles de uno o más de los siguientes comportamientos: 1) responder a órdenes

simples, 2) manifestar respuestas verbales o no verbales (gestuales), independientemente de su grado de acierto, 3) realizar verbalizaciones inteligibles y 4) conductas dirigidas a un fin, no respuesta refleja o estereotipada, que incluyan movimientos o respuestas afectivas congruentes a estímulos relevantes. Por ejemplo, risa o llanto apropiado ante estímulos relevantes visuales o verbales, respuestas a preguntas de contenido lingüístico mediante gestos o vocalización, alcanzar objetos en la dirección y localización apropiada, tocar o sostener objetos de manera adecuada de acuerdo con su forma y tamaño y fijación visual sostenida o seguimiento ante estímulos móviles.

Se considera que una persona emerge del EMC cuando existen evidencias de comunicación funcional en al menos dos evaluaciones consecutivas. Por ejemplo, que sea capaz de responder si o no, de forma adecuada, a preguntas del tipo ¿Estás sentado? o ¿Estoy señalando el techo? Otro indicador fiable es el uso funcional de objetos en al menos dos evaluaciones consecutivas (p.ej. llevarse un peine al cabello para peinarse o dirigir un bolígrafo hacia una hoja en un intento de escribir).

Una de las características distintivas del EMC es la inconsistencia de las respuestas emitidas por los pacientes; pero lo suficientemente reproducibles como para distinguirlas de movimientos reflejos o espontáneos. Tal situación comporta, con frecuencia, que el profesional obtenga pruebas evidentes de comportamiento volitivo en una valoración, pero no en otra posterior (realizada, incluso, pocos minutos después). Es aconsejable realizar evaluaciones repetidas en el tiempo para determinar si existe conciencia preservada. Asimismo, hay que reparar en la presencia de factores enmascaradores de conciencia como determinados fármacos, infecciones u otras complicaciones médicas.

Los intentos por identificar lesiones específicas asociadas al EMC han mostrado resultados desiguales. Empero, parece ser que lesiones, relativamente discretas, localizadas en el mesencéfalo y tálamo podrían estar relacionadas con este trastorno. Las estructuras lesionadas incluirían los núcleos talámicos intralaminares y la formación reticular mesencefálica que, junto a sus conexiones con el núcleo reticular

del tálamo, parecen desempeñar un papel clave en la excitación cortical necesaria para la generación del contenido de la conciencia. Así, las personas que se recuperan de lesiones talámicas bilaterales paramediales acostumbran a mostrar un patrón irregular de excitabilidad cortical; acompañado de fluctuaciones en múltiples funciones corticales.

El EMC es un cuadro clínico que comprende un amplio, y heterogéneo, grupo de pacientes. Desde pacientes con *islotas* residuales de actividad cortical que se traduce en imperceptibles conductas manifiestas. A otros que son conscientes de sí mismo, pero con graves alteraciones cognitivas y/o motoras que condicionan su capacidad de respuesta. Este escenario ha propiciado un rico debate en torno a este trastorno de conciencia. Así, por ejemplo, se ha llegado a sugerir que algunos pacientes en EMC presentan un “síndrome de enclaustramiento funcional”, en el que la falta de respuesta a los estímulos externos es consecuencia de una alteración funcional grave de los sistemas motores y sensoriales (Giacino et al., 2009).

Bruno y colaboradores proponen clasificar a los pacientes en EMC, en función del nivel de complejidad de sus respuestas conductuales, en dos subtipos: EMC minus y EMC plus (Bruno et al., 2011; Bruno et al., 2012; Aubinet et al., 2018). Los pacientes en EMC minus muestran un nivel mínimo de interacción sin capacidad de seguir órdenes (p.ej. seguimiento visual, localización de estímulos nocivos, sonreír y/o llorar con relación a estímulos externos contingentes) o reacciones motoras autónomas (p.ej. rascarse o tirar de la sábana). Los pacientes en EMC plus poseen una mayor capacidad de respuesta conductual, y son capaces de seguir órdenes simples, emitir verbalizaciones inteligibles o intencionalmente comunicarse.

Autores como Giacino et al. (2014) consideran que el mutismo acinético es un subtipo de EMC. El mutismo acinético se caracteriza por una reducción grave y uniforme del habla, movimiento, pensamiento y expresión emocional; donde es posible generar, muchas veces tras dilatadas latencias, respuestas significativas. En base a la localización lesional y presentación clínica, Segarra diferencia dos subtipos de mutismo acinético: la forma frontal o hiperpática y la forma mesencefálica o

somnolienta (Segarra, 1970). La forma frontal, resultado de lesiones bilaterales del cíngulo anterior, corteza frontal medial u orbitobasal, se caracteriza por un estado de alerta preservado, seguimiento visual ante la presencia de estímulos externos y capacidad de despertar sin dificultades cuando están dormidos. La forma mesencefálica o somnolienta comporta una alteración del nivel de alerta. Los pacientes son capaces de abrir los ojos frente a una estimulación continuada; pero los cierran al cesar tal estimulación, volviendo a un estado de inercia letárgica. Marin y Wilkosz (2005) consideran que el mutismo acinético -principalmente en su forma frontal- no es un trastorno de la conciencia, sino de la motivación.

En 2018 Naccache propone utilizar el término Estado Corticalmente Mediado en sustitución de Estado de Mínima Conciencia (Naccache, 2018). Sugiere este cambio de nomenclatura argumentando que los criterios asociados con el Estado Corticalmente Mediado no informan sobre una posible conciencia residual, pero si informan sobre la presencia de un estado mediado por la corteza cerebral. Bayne et al. (2018) argumentan que existen dos razones para no adoptar la denominación propuesta por Naccache. Primera. Esta etiqueta no respeta la distinción entre pacientes en EMC y pacientes que han emergido de este estado; ya que los comportamientos de estos últimos también están corticalmente mediados. Segunda. Los familiares no están interesados en saber si el comportamiento de su allegado está o no mediado por la corteza cerebral; lo que quieren saber es si estos comportamientos son indicadores de conciencia (y si es así, cómo es su contenido).

## ESTADO CONFUSIONAL POSTRAUMÁTICO

En 1999 Stuss et al (1999) proponen el término Estado Confusional Posttraumático (ECP) para describir la situación en la que se encuentran los pacientes que emergen del EMC. Lo definen como un trastorno transitorio de la conciencia de inicio agudo caracterizado por un deterioro cognitivo global<sup>1</sup>.

1 No confundir el estado confusional posttraumático con el síndrome confusional (también llamado delirium). Atendiendo al DSM-5, el estado confusional posttraumático se enmarcaría en el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral. Mientras que el síndrome confusional se asocia, principalmente, a la abstinencia de sustancias y a pacientes geriátricos hospitalizados.

El paciente en ECP presenta una alteración parcial de la conciencia, en la que es incapaz de recordar acontecimientos que tuvieron lugar antes del TCE (amnesia retrógrada), dificultad para establecer nuevos recuerdos (amnesia anterógrada) y una merma de memorias autobiográficas, ubicación geográfica y noción del tiempo (desorientación en persona, espacio y tiempo, respectivamente). Además, tiene serios problemas para organizar sus contenidos mentales, mezclando información procedente de diferentes fuentes (externas o internas). Donde los límites entre realidad y fantasía se desdibujan, y el pasado, el presente y el futuro se combinan en un mundo situado en el aquí y el ahora (García-Molina et al., 2020).

La taxonomía de trastornos de conciencia secundarios lesiones cerebrales traumáticas de la *Disorders of Consciousness Task Force*, del *American Congress of Rehabilitation Medicine*, incluye el ECP como un trastorno de conciencia que sucede al EMC (Giacino et al., 2018). Según este grupo de expertos, la característica cardinal del ECP es la alteración del funcionamiento cognitivo, en forma de: 1) alteración atencional; 2) afectación de la memoria (capacidad deteriorada para codificar y evocar nuevos recuerdos); 3) desorientación (en persona, espacio y/o tiempo); y 4) fluctuación sintomática (variación en el rendimiento de una amplia gama de tareas, de modo que la capacidad cognitiva y el comportamiento varían a lo largo del día). Otros síntomas que suelen coexistir con los anteriores son: 1) desregulación emocional y/o conductual (p.ej. labilidad afectiva, irritabilidad, inquietud, agitación, agresión, desinhibición, hipoactividad); 2) alteraciones del ciclo vigilia-sueño; 3) fabulación; 4) delusiones; o 5) alteraciones perceptivas (p.ej. alucinaciones visuales). Se considera que el paciente emerge del ECP cuando éste muestra una recuperación total o parcial de sus capacidades cognitivas.

Seguramente los lectores que trabajan con personas que han sufrido traumatismos craneoencefálicos han advertido que las características del ECP se corresponde una a una a lo que se conoce como Amnesia Postraumática (APT). Esto es por qué diversos autores consideran inapropiado denominar APT a esta etapa de recuperación postraumática (Sherer et al., 2005;

Sherer et al., 2009; Keelan et al., 2019), sugiriendo que tal término otorga todo el protagonismo a la amnesia (problemas de memoria), relegando a un segundo plano otros síntomas cardinales de este cuadro clínico (ya sean de naturaleza cognitiva como no-cognitiva). No obstante, lo realmente relevante de la propuesta de la *Disorders of Consciousness Task Force* no es el cambio terminológico, sino el conceptual: considerar esta etapa de recuperación postraumática como un trastorno de conciencia. Propuesta que recupera la esencia teórica que subyace a las primeras descripciones clínicas de la APT.

En la primera mitad del siglo XX Charles Symonds y Ritchie Russell (Symonds, 1928; Symonds & Russell, 1943; Russell, 1946) observan que tras un traumatismo craneoencefálico grave es habitual que los pacientes experimenten un período de conciencia nublada (del inglés, *clouded consciousness*) que precede a la plena conciencia. Ante la dificultad práctica de valorar el grado de integridad de la conciencia, estos autores proponen estimar indirectamente la recuperación de la plena conciencia a través del restablecimiento de los procesos mnésicos, denominando a este período post-traumático APT. Actualmente los profesionales de la neurorrehabilitación utilizan la duración de la APT como indicador de recuperación cognitiva. Obviando su objetivo original: valorar el nivel de integridad del contenido de la conciencia.

## CONCLUSIONES

Una buena taxonomía, según Thagard (1992), clasifica entidades en función de su naturaleza, de manera que sean relevantes para los intereses y preocupaciones de sus creadores. Los profesionales que trabajan en el ámbito de los trastornos de conciencia no son ajenos a esta realidad. Utilizan taxonomías tremendamente útiles para comprender la naturaleza de estos trastornos; al mismo tiempo que introducen términos comunes que ayudan a la comunicación fluida entre profesionales. Si bien son taxonomías excesivamente *básicas* (y encorsetadas) para la práctica clínica.

La práctica clínica cotidiana nos permite observar qué (1) los trastornos de conciencia no deben considerarse

*compartimentos estancos* y (2) que la recuperación de la conciencia es un proceso gradual y no necesariamente estable. Respecto al primer punto, en ocasiones los profesionales asistenciales tenemos serias dificultades para *etiquetar* a un paciente a fin de *encajarlo* en un determinado trastorno de conciencia. Para afrontar este problema se han planteado propuestas conservadoras, en las que, sin variar las taxonomías existentes, se crean subcategorías clínicas dentro de una determinada etiqueta. Tal es el caso de Bruno et al., que dividen el EMC en EMC minus y EMC plus. Escenario que, si bien logra superar en parte el contratiempo descrito, en el fondo lo que hace es generar nuevas etiquetas, más concretas, pero al fin y al cabo etiquetas. Otros autores optan por soluciones más disruptivas. En esta línea, Bayne y Hohwy (2016) proponen sustituir las aproximaciones taxonómicas, dominantes en clínica, por aproximaciones explicativas. Éstas conciben la conciencia como una estructura multifactorial que se sustenta en diversos mecanismos neurofuncionales. Lo que nos lleva al segundo punto planteado al inicio del párrafo. A nivel diagnóstico podemos acercarnos a la conciencia empleando aproximaciones taxonómicas o explicativas. Pero a nivel terapéutico-rehabilitador la recuperación de la conciencia se nos presenta como un proceso gradual y progresivo -al tiempo que fluctuante-. Situación que cuestiona la utilidad práctica de las taxonomías actuales y demanda nuevas aproximaciones que entiendan la conciencia desde una perspectiva que aúne intereses diagnósticos y rehabilitadores.

#### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

- American Congress of Rehabilitation Medicine (1995). *Recommendations for use of uniform nomenclature pertinent to persons with severe alterations in consciousness*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76(2), 205-9. doi: 10.1016/s0003-9993(95)80031-x
- Aubinet, C., Larroque, S.K., Heine, L., Martial, C., Majerus, S., Laureys, S., & et al. (2018). *Clinical subcategorization of minimally conscious state according to resting functional connectivity*. Human Brain Mapping, 39(11), 4519-32. doi: 10.1002/hbm.24303
- Bayne, T., & Hohwy, J. (2011). Models of consciousness. En W. Sinnott-Armstrong (Ed.), *Finding consciousness. The neuroscience, ethics, and law of severe brain damage*. (pp. 57-80). Oxford University Press.
- Bayne, T., Hohwy, J., & Owen, A.M. (2018). *Response to 'Minimally conscious state or cortically mediated state?'* Brain, 141(4), e26. doi: 10.1093/brain/awy023
- Blumenfeld, H. (2009). The Neurological Examination of Consciousness. En S. Laureys & G. Tononi (Eds.), *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology*. (pp. 15-30). Elsevier.
- Bruno, M.A., Vanhaudenhuyse, A., Thibaut, A., Moonen, G., & Laureys, S. (2011). *From unresponsive wakefulness to minimally conscious PLUS and functional locked-in syndromes: recent advances in our understanding of disorders of consciousness*. Journal of Neurology, 258(7), 1373-84. doi: 10.1007/s00415-011-6114-x
- Bruno, M.A., Majerus, S., Boly, M., Vanhaudenhuyse, A., Schnakers, C., Gosseries, O., & et al. (2012). *Functional neuroanatomy underlying the clinical subcategorization of minimally conscious state patients*. Journal of Neurology, 259(6), 1087-98. doi: 10.1007/s00415-011-6303-7
- García-Molina, A., Ortiz-García, M., & Enseñat-Cantalops, A. (2020) *¿Cuál es tu nombre?* Rehabilitación (Madrid), 54(1), 73-4. doi: 10.1016/j.rh.2019.10.001
- Giacino, J.T., Zasler, N.D., Katz, D.I., Kelly, J.P., Rosenberg, J.H., & Filley, C.M. (1997). *Development of practice guidelines for assessment and management of the vegetative and minimally conscious states*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 12(4), 79-89.
- Giacino, J.T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., Katz, D.I., & et al. (2002). *The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria*. Neurology. 58(3), 349-53. doi: 10.1212/wnl.58.3.349
- Giacino, J., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). *The JFK coma recovery scale-revised: measurement characteristics and diagnostic utility*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85(12), 2020-9. doi: 10.1016/j.apmr.2004.02.033
- Giacino, J.T. (2005). The minimally conscious state: defining the borders of consciousness. En S. Laureys (Ed.), *The boundaries of consciousness: neurobiology and neuropathology*. (pp. 381-95). Elsevier.

Giacino, J.T., Schnakers, C., Rodriguez-Moreno, D., Kalmar, K., Schiff, N., & Hirsch, J. (2009). *Behavioral assessment in patients with disorders of consciousness: gold standard or fool's gold?* Progress in Brain Research, 177, 33-48. doi: 10.1016/S0079-6123(09)17704-X

Giacino, J.T., Fins, J.J., Laureys, S., & Schiff, N.D. (2014). *Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science.* Nature Reviews Neurology, 10(2), 99-114. doi: 10.1038/nrneurol.2013.279

Giacino, J.T., Katz, D.I., Schiff, N.D., Whyte, J., Ashman, E.J., Ashwal, S., & et al. (2018) *Practice guideline update: Disorders of consciousness.* <https://www.aan.com/Guidelines/home/GetGuidelineContent/928> [consultada el 06 de mayo de 2024]

Gill-Thwaites, H., & Munday, R. (2004). *The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique (SMART): a valid and reliable assessment for the vegetative and minimally conscious state patient.* Brain Injury, 18(12), 1255-69. doi: 10.1080/02699050410001719952

Jennett, B. (1981). *Brain death.* British Journal of Anaesthesia, 53(11), 1111-9. doi: 10.1093/bja/53.11.1111

Jennett, B. (2005). Thirty years of the vegetative state: clinical, ethical and legal problems. En S. Laureys (Ed.), *The boundaries of consciousness: neurobiology and neuropathology.* (pp. 537-43). Elsevier.

Keelan, R.E., Mahoney, E.J., Sherer, M., Hart, T., Giacino, J., Bodien, Y.G., & et al. (2019). *Neuropsychological Characteristics of the Confusional State Following Traumatic Brain Injury.* J Int Neuropsychol Soc 2019;25:302-313.

Laureys, S., Pellas, F., Van Eeckhout, P., Ghorbel, S., Schnakers, C., Perrin, F., & et al. (2005). *The locked-in syndrome: what is it like to be conscious but paralyzed and voiceless?* En S. Laureys (Ed.), *The boundaries of consciousness: neurobiology and neuropathology.* (pp. 495-511). Elsevier.

Laureys, S., Celesia, G., Cohadon, F., Lavrijsen, J., León-Carrión, J., Sannita, W., & et al. (2010). *Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome.* BMC Medicine, 8, 68. doi: 10.1186/1741-7015-8-68

León-Carrión, J., Eeckhout, P., & Domínguez-Morales, M.R. (2002). *The locked-in syndrome: a syndrome looking for a therapy.* Brain Injury, 16(7), 555-69. doi: 10.1080/02699050110119466

Machado, C., Estévez, M., Carrick, F.R., Rodríguez, R., Pérez-Nellar, J., Chinchilla, M., & et al. (2012). *Vegetative state is a pejorative term.* NeuroRehabilitation, 31(4), 345-7. doi: 10.3233/NRE-2012-00802

Majerus, S., Gill-Thwaites, H., Andrews, K., & Laureys, S. (2005). *Behavioral evaluation of consciousness in severe brain damage.* En S. Laureys (Ed.), *The boundaries of consciousness: neurobiology and neuropathology.* (pp. 397-413). Elsevier.

Marin, R.S., & Wilkosz, P.A. (2005). *Disorders of diminished motivation.* Journal of Head Trauma Rehabilitation, 20(4), 377-88. doi: 10.1097/00001199-200507000-00009

Mclver, I.N., Frew, I.J.C., & Matheson, J.G. (1958). *The role of respiratory insufficiency in the mortality of severe head injury*. *Lancet*, 1(7017), 390-3. doi: 10.1016/s0140-6736(58)90714-1

Multi-Society Task Force on PVS. (1994). *Medical aspects of the persistent vegetative state (2)*. *The New England Journal of Medicine*, 330(22), 1572-9. doi: 10.1056/NEJM199406023302206

Naccache, L. (2018). *Minimally conscious state or cortically mediated state?* *Brain*, 141(4), 949-60. doi: 10.1093/brain/awx324

Noé-Sebastián, E., Moliner-Muñoz, B., O'Valle-Rodríguez, M., Balmaseda-Serrano, R., Colomer-Font, C., Navarro-Pérez, M.D, & Ferri-Campos, J. (2012). *Del estado vegetativo al estado de vigilia sin respuesta: una revisión histórica*. *Revista de Neurología*, 55(5), 306-13.

Pape, T.L., Heinemann, A.W., Kelly, J.P., Hurder, A.G., & Lundgren, S. (2005). *A measure of neurobehavioral functioning after coma. Part I: Theory, reliability, and validity of the Disorders of Consciousness Scale*. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(1), 1-17. doi: 10.1682/jrrd.2004.03.0032

Plum, F., & Posner, J. (1982). *The pathologic physiology of signs and symptoms of coma. The diagnosis of stupor and coma*. FA Davis.

Pontoppidan, H., Wilson, R.S., Rie, M.A., & Schneider, R.C. (1977). *Respiratory intensive care*. *Anesthesiology*, 47(2), 96-116. doi: 10.1097/00000542-197708000-00003

Posner, J., Saper, C.B., Schiff, N.D., & Plum, F. (2007). *Plum and Posner's diagnosis of stupor and coma*. Oxford University Press.

Russell, W.R., & Nathan, P.W. (1946). *Traumatic amnesia*. *Brain*, 69(4), 280-300. doi: 10.1093/brain/69.4.28

Schnakers, C., Chatelle, C., Vanhaudenhuyse, A., Majerus, S., Ledoux, D., Boly, M., & et al. (2010). *The nociception coma scale: a new tool to assess nociception in disorders of consciousness*. *Pain*, 148(2), 215-9. doi: 10.1016/j.pain.2009.09.028

Schnakers, C., & Majerus, S. (2012). *Behavioral Assessment and Diagnosis of Disorders of Consciousness*. En C. Schnakers & S. Laureys (Eds.), *Coma and Disorders of Consciousness*. (pp. 1-10). Springer.

Segarra, J.M. (1970). *Cerebral vascular disease and behaviour: The syndrome of the mesencephalic artery (basilar artery bifurcation)*. *Archives of Neurology*, 22(5), 408-18. doi: 10.1001/archneur.1970.00480230026003

Sherer, M., Nakase-Thompson, R., Yablon, S.A., & Gontkovsky, S.T. (2005). *Multidimensional Assessment of Acute Confusion After Traumatic Brain Injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 896-904. doi: 10.1016/j.apmr.2004.09.029

Sherer, M., Yablon, S.A., & Nakase-Richardson, R. (2009). *Patterns of Recovery of Posttraumatic Confusional State in Neurorehabilitation Admissions After Traumatic Brain Injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(10), 1749-54. doi: 10.1016/j.apmr.2009.05.011

Shiel, A., Horn, S.A., Wilson, B.A, Watson, M.J., Campbell, M.J., & McLellan, D.L. (2000). *The Wessex Head Injury Matrix (WHIM) main scale: a preliminary report on a scale to assess and monitor patient recovery after severe head injury*. *Clinical Rehabilitation*, 14(4), 408-16. doi: 10.1191/0269215500cr326oa

# JERARQUIZACIÓN DE VALORES EN ADULTOS DE ARGENTINA. DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO Y RANGO ETARIO.

## HIERARCHY OF VALUES IN ARGENTINE ADULTS. DIFFERENCES ACCORDING TO GENDER AND AGE RANGE.

Jésica Verónica Favara<sup>1,2,3</sup> y José Eduardo Moreno<sup>1,4,5</sup>

\*Correspondencia:  
Jésica Verónica Favara  
jesica.favara@usal.edu.ar

RECIBIDO: ENERO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

**Objetivo:** Este trabajo evalúa la jerarquización de los valores en adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, según género y etapa de la adultez. **Método:** Se evaluaron 790 adultos de entre 18 y 65 años mediante un muestreo no probabilístico. **Resultados:** Se evidenció prioridad por los valores terminales felicidad, armonía y libertad y por los valores instrumentales amor, alegría y honestidad. Se encontraron diferencias significativas en género y edad. Las personas identificadas con el género femenino priorizaron los valores terminales igualdad y mundo en paz y los instrumentales amor, ayuda, compasión y comprensión. Por otro lado, los identificados con el masculino destacaron los terminales placer, vida cómoda e interesante y los instrumentales capacidad, imaginación, intelectualidad, lógica y responsabilidad. Respecto a la edad, los adultos tempranos priorizaron los terminales felicidad y transformación social y el valor instrumental comprensión. Los adultos medios se diferenciaron a favor de los instrumentales imaginación y limpieza. Por último, los adultos tardíos prefirieron los terminales belleza, conocimiento y religión y los instrumentales honestidad, laboriosidad, lógica y responsabilidad. **Conclusión:** Estos hallazgos aportan para el proyecto de investigación en curso sobre creencias, valores y conductas proambientales y para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas en psicología social y educación ambiental.

**Palabras claves:** Valores, Psicología Social, Género, Adultos.

### Abstract

**Objective:** This study evaluates the prioritization of values in adults from the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina, according to gender and stage of adulthood. **Method:** 790 adults between 18 and 65 years old were evaluated using non-probabilistic sampling. **Results:** The total results showed a priority for the terminal values of happiness, harmony, and freedom, and for the instrumental values of love, joy, and honesty. Significant differences were found regarding gender and age. Individuals identifying as female prioritized the terminal values of equality and world peace, and the instrumental values of love, help, compassion, and understanding. On the other hand, those identifying as male highlighted the terminal values of pleasure, comfortable and interesting life, and the instrumental values of capability, imagination, intellectuality, logic, and responsibility. Regarding age, early adults prioritized the terminal values of happiness and social transformation, and the instrumental value of understanding. Middle-aged adults differentiated in favor of the instrumental values of imagination and cleanliness. Finally, late adults preferred the terminal values of beauty, knowledge, and religion, and the instrumental values of honesty, industriousness, logic, and responsibility. **Conclusion:** These findings contribute to the ongoing research project on beliefs, values, and pro-environmental behaviors, and to future research and practical applications in social psychology and environmental education.

**Keywords:** Values, Social Psychology, Gender, Adults.

1 Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.

2 Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias de la Salud.

3 Universidad Argentina de la Empresa.

4 Pontificia Universidad Católica Argentina.

5 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.



## INTRODUCCIÓN

Las personas se encuentran inmersas en un mundo complejo y cambiante, con diversas crisis, que alteran e influyen en las sociedades, sus costumbres y el sistema de valores con el cual se rigen (Castro Solano & Nader, 2006). Hernando (1997) destaca las diversas características por las cuales las sociedades debieron transitar desde finales de siglo XX, influyendo en la forma en la que las personas guían sus vidas (Patrick & Skewes, 2003), siendo el estudio de los valores ineludible al momento de comprender los comportamientos humanos (Angelucci et al., 2009), especialmente en contexto pos pandemia por COVID-19 (Hannes et al., 2024).

El concepto de valor es fundamental para las ciencias sociales, adquiriendo diversas aproximaciones (Ruiz Llamas & Cabrera Suárez, 2004), tanto desde su conceptualización (Fronzizi, 2000) su medición (Rokeach, 1973; Braithwaite & Law, 1985) como también la forma de jerarquizarlos (Angelucci et al., 2008). Sin embargo, a pesar de la relevancia, existen vacíos en la comprensión actualizada de cómo las personas priorizan y asignan importancia a los valores en contextos específicos. Por lo dicho, el presente estudio, enmarcado en un proyecto de investigación que indaga las creencias, valores y conductas proambientales, busca profundizar en el conocimiento de la jerarquización de valores que realizan los adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), entendiendo que esta información contribuye a la comprensión de la dinámica social y psicológica de la población alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sustentables (ODS).

## MARCO TEÓRICO

Algunos autores distinguen a los valores considerando si son individuales o colectivos (Bárcena et al., 1999; Bashkirova, 2002; Vinuesa, 2002) y cómo se vinculan con otros conceptos como por ejemplo juicios morales, normas, conductas y actitudes (Diessner et al., 1993; Casals & Defis, 1999; Nucci, 2001). Kroeber y Kluckhohn (1952) aclaran que los valores son un elemento fundamental al momento de configurar la

cultura social en la cual las personas se encuentran inmersas. Schwartz (1992) entiende a los valores como las reglas que las personas tienen para desarrollar sus vidas, y de esta manera poder cumplir con los objetivos propuestos, siendo estados deseables que trascienden las situaciones específicas condicionando los comportamientos (Schwartz & Bilsky, 1987).

Rokeach (1973), pionero en la evaluación de los valores, los entiende como la creencia perdurable en el tiempo de una forma de actuar conductualmente, siendo estas formas una preferencia a modos alternativos tanto personal como socialmente. Este autor propone una distinción entre valores terminales, definidos como estados finales a los que una persona aspira como meta de vida, y los valores instrumentales que hacen referencias a formas de actuar para conseguir los diferentes objetivos o metas que persigan. Ambos sistemas de valores son entendidos como universales en lo que refiere a sociedades, sin embargo, cada sociedad presenta diferentes grados de importancia a cada uno, otorgando en la transmisión la posibilidad de adaptarse a la sociedad en la que se encuentre, asegurándose el funcionamiento en ella y la permanencia (García, 2001). En esta línea, autores más recientes como Jiménez Fernández (2010) entienden a los valores como principios o juicios éticos que las personas presentan y que configuran las formas de actuar, involucrando ideales o aspiraciones. Tanto este autor como Rokeach (1973) coinciden en que las actitudes de carácter individual se vinculan directamente con el bienestar que se pretende a nivel social. En contraposición García (2011) asocia los valores a ideales humanos que buscan ser convertidos en reales, mientras que Garzón Pérez y Garcés Ferrer (1989) hacen énfasis en el vínculo socio histórico que presentan. Cabe aclarar que, considerando la relación con la cultura (Patrick & Skewes, 2003), las personas pueden alterar la valoración que realizan a lo largo del tiempo (Sánchez Hernández, 2005). Fischer y Schwartz (2011) aclaran que las modificaciones en las actitudes y los comportamientos que se vinculan a un valor específico pueden verse alterados por las sociedades y el contexto donde estos sean indagados. Por lo dicho, los valores cumplen una función de generar motivación en las personas para realizar ciertas conductas (De

Young, 1996; Stern et al., 1993) generando mayor impacto en los vínculos sociales y repercutiendo en el bienestar tanto individual como general (Castillo Alcoser & Gil Rodríguez, 2023).

Rokeach (1968, 1973) indica que los valores presentan un componente cognitivo, donde se efectúa un juicio o una evaluación, uno afectivo, vinculado con las emociones que conlleva la evaluación y uno conductual que orienta la conducta. James (1904) y Barton (1926) coinciden en que los valores dependen de las percepciones, como también de los intereses o deseos que presentan las personas, por lo que interpersonalmente pueden variar. Por esto los valores se pueden registrar ubicándolos de forma jerárquica. Ortega y Minués (2001) aclaran que la forma en la que se presentan los valores está relacionada con la cultura o el momento histórico al igual que otros autores (Garzón Pérez & Garcés Ferrer, 1989; Kroeber & Kluckhohn, 1952). Vinculado a lo comentado, Frondizi (2000) especifica que el valor surge de la reacción que un sujeto presenta frente a las propiedades que posee un objeto, en una situación determinada. La situación comentada se genera por los eventos tanto físicos como sociales, culturales e históricos en los cuales se desarrolla, adquiriendo sentido. Por lo dicho, las variables sociodemográficas y el contexto son fundamentales (Angelucci et al., 2009).

Considerando el género auto percibido, Lejia et al. (2018 en Castillo Alcoser & Gil Rodríguez, 2023) aclaran que este se refiere tanto a características sociales como también culturales y psicológicas asociadas a lo que implica en cada sociedad. El género influye en la forma en que las personas son percibidas, como también en las expectativas que se les imponen y en las oportunidades a las cuales pueden acceder (Castillo Alcoser & Gil Rodríguez, 2023). Genoud et al. (2021) afirmaron que las personas que se identifican con el género femenino suelen ser destinatarias de estereotipos vinculados con la maternidad, como también con la habilidad para poder equilibrar la vida familiar y la vida laboral. Aclaran los autores que se las vincula con roles de cuidado, generando conflictos en ámbitos como los laborales por la potencial ausencia. Castillo Alcoser y Gil Rodríguez (2023) especifican que

estos estereotipos les afectan en la progresión y el crecimiento profesional de las mismas, conduciendo a la discriminación tanto en la contratación como en la promoción y en los salarios, como también en otros ámbitos como ser en el acceso a la educación, a la participación política y a espacios de toma de decisiones. Los autores adicionan que los valores se encuentran íntimamente relacionados con el poder y las expectativas de género que estructuran y configuran las sociedades. Además, se puede adicionar los resultados arribados por Daset et al. (1998) quienes hallaron diferencias estadísticamente significativas, donde las mujeres, respecto a los hombres, presentaron mayor prioridad en valores de interacción social y menor en aquellos vinculados a la realización personal. Además, el género masculino se destacó en estabilidad personal, sobrevivencia y salud mientras que las mujeres lo hicieron en justicia social, madurez y sabiduría. Por último, los valores sociales en que se destacó el género masculino fue tradición, religiosidad y obediencia mientras que en los valores de interacción como honestidad y afectividad fueron las mujeres quienes presentaron mayores puntuaciones.

En cuanto al género y la edad como variables también se puede mencionar la investigación de Canteras (2003), que indagó la dinámica social que se genera en las sociedades modernas, especialmente en jóvenes de entre 15 y 29 años. De esta se pudo concluir que los mayores de 21 años priorizan valores vinculados con el bienestar espiritual, siendo las mujeres las que presentaron mayores evidencias. Además, frente a preguntas vinculadas con la religión, el género femenino también mostró puntajes más elevados, al igual que en tareas vinculadas a voluntariados. En cuanto a la edad, se observó que los más jóvenes, respecto a los de mayor edad, serían más creyentes. En cuanto a la construcción social de este grupo, los más cercanos a 30 años presentarían mayores indicadores de institucionalidad respecto a los más jóvenes. Considerando el interés en la educación, el género femenino evidenció valorarlo como más prioritario que el género masculino. Esta distinción por género se debe a la influencia cultural que los niños desde temprana edad presentan por la cultura en la cual se encuentran inmersos (Ryckman &

Houston, 2003). En cuanto a la edad y el cambio en las prioridades, Vinuesa (2002) aclara que esto se vincula con los estadios morales afectando la forma en la que se perciben a otros, interpretando los pensamientos y sentimientos en función del rol que desempeñan para con otros.

En este trabajo se tuvo más en cuenta el enfoque teórico de Rokeach (1973), dado que se consideró que es el autor de un instrumento de evaluación de los sistemas de valores muy útil y que aún tiene vigencia en estudios actuales, por lo cual se lo eligió para realizar este estudio. La escala original de Rokeach es actualmente muy utilizada especialmente en Asia por su característica de evaluar valores universales compartidos por muchas culturas, a diferencia de otros instrumentos que se basan en clasificaciones de valores propias de Europa Occidental. La escala de valores de Rokeach en los últimos años ha sido elegida en Rusia por Rikel y Dorenskaya (2017), en Indonesia por Mysidayu y Bujang (2023), en Turquía por Ceylan-Dadakoğlu, S et al. (2023) y en USA por Elsayed-Ali et al. (2020) y Weber et al. (2019)

## MÉTODO

### Participantes

Se trabajó con un muestreo no probabilístico intencional, evaluando a 790 adultos de entre 18 y 65 años de edad ( $M=33,31$ ,  $DE=12,42$ ) entre los años 2020 y 2023. Respecto al lugar de residencia, 491 (62,2%) afirmaron residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 299 (37,8%) restantes en Gran Buenos Aires. En cuanto al género, 405 (51,3%) se autopercebió con el género masculino y 385 (48,7%) con el femenino. Además, se indagó el estado civil, donde 454 (57,5%) afirmó estar soltero, 181 (22,9%) casado, 103 (13%) en convivencia, 45 (5,7%) divorciado y 7 (0,9%) viudo. En lo que respecta al nivel de estudios, 283 (35,8%) informó poseer estudios universitarios incompletos, 268 (33,9%) universitarios completos, 139 (17,6%) secundario completo, 56 (7,1%) posgrado completo, 23 (2,9%) secundario incompleto y 21 (2,7%) posgrado incompleto.

## Materiales

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición: *Cuestionario sociodemográfico* con el cual se interrogó la edad, género, estado civil y nivel de estudios.

*Encuesta de Valores de Rokeach* (Rokeach, 1973) la cual está integrada por dos listas de valores que se encuentran ordenados alfabéticamente, la primera integrada por los denominados valores terminales y la segunda por los valores instrumentales. La consigna asignada fue que los participantes jerarquizaran en cuanto importancia con valores de forma ascendentes, iniciándose en el uno hasta el último según su criterio.

## Procedimiento

El presente se enmarcó en un proyecto de investigación del Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador (Argentina) en conjunto con la materia Metodología de la Investigación a cargo de la profesora Favara. Se aclara que se respetaron los requerimientos éticos institucionales (Disposición Decanal N° 128/2022, Protocolo #004220622). Además, tanto la administración como la tabulación de los datos fue realizada por los estudiantes de la asignatura mencionada bajo la supervisión de los investigadores. Para poder dar con la muestra se contó con la colaboración de los estudiantes, quienes encuestaron a personas que cumplieran con los criterios de inclusión (adultos de AMBA de entre 18 y 65 años). Quienes accedían a formar parte de la muestra, primeramente, debieron firmar un consentimiento informado donde se aclaraba la confidencialidad y voluntariedad de la participación. También se especificó que las respuestas tendrían solo fines investigativos. Los datos se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 24 (IBM Corporation, 2016).

## RESULTADOS

En lo que respecta a la jerarquización adoptada por los evaluados (Tabla 1) se puede observar que los valores terminales que se presentaron como principales fueron el correspondiente a felicidad con una mediana de 5 (2-10), luego se ubicó armonía personal y libertad,

ambos con una mediana de 6 (3-11) y posteriormente se ubicó conocimiento con una mediana de 8 (4-12). En cuanto a los valores instrumentales, en primer lugar, se ubicó el definido como amor con una mediana de 2 (1-6), luego alegría con una mediana de 4 (2-9), posteriormente honestidad con una mediana de 5 (3-8) y en cuarto lugar ayuda con una mediana de 7 (4-11).

Tabla 1.

*Estadísticos Descriptivos y Orden Jerárquico de Valores Terminales y Valores Instrumentales (N=790)*

	<b>Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>
<b>Valores Terminales</b>		
AMOR MADURO (intimidad espiritual, sexual)	11 (5-16)	12
ARMONIA PERSONAL (libre de conflictos internos)	6 (3-11)	2
BELLEZA (en la naturaleza y en las artes)	16 (12-19)	19
CONOCIMIENTO (comprensión de la vida, sabiduría)	8 (4-12)	4
DIGNIDAD PERSONAL (autoestima)	8 (4-12)	5
FELICIDAD (vida a plenitud)	5 (2-10)	1
FRATERNIDAD (amistad verdadera, solidaridad)	10 (6-14)	11
IGUALDAD (oportunidad para todos)	8 (4-13)	6
JUSTICIA (equidad moral)	8 (4-13)	7
LIBERTAD (independencia, autonomía)	6 (3-11)	3
MUNDO EN PAZ (sin guerras ni conflictos)	9 (4-14)	9
PLACER (vida de satisfacción)	14 (9-17)	15
PROGRESO (mejores condiciones, adelantos para todos)	11 (7-15)	13
RELIGIÓN (salvación, vida eterna)	18 (13,75-20)	20
REALIZACIÓN PERSONAL (logro, contribución duradera)	11 (7-15)	14
RESPECTO (admiración, reputación)	9 (5-14)	10
SEGURIDAD FAMILIAR (cuidado de los seres queridos)	8 (4-13)	8
TRANSFORMACIÓN SOCIAL (cambio social, liberación)	14 (9-18)	16
VIDA CÓMODA (vida próspera, confortable)	16 (10-18)	18
VIDA INTERESANTE (vida estimulante y activa)	15 (11-18)	17
ALEGRIA (buen humor, simpatía)	4 (2-9)	2
AMOR (afecto, ternura)	2 (1-6)	1
AYUDA (trabajar en bienestar de otro)	7 (4-11)	4
CAPACIDAD (competencia, efectividad)	11 (7-14)	12
COMPASIÓN (perdonar a otros)	9 (5-14)	8

### Valores Terminales

COMPRESIÓN (amplitud de miras)	8 (5-13)	5
CORTESÍA (buenas maneras, buena educación)	10 (6-13)	9
HONESTIDAD (sinceridad, moralidad)	5 (3-8)	3
IMAGINACIÓN (creatividad, audacia)	13 (8-16)	16
INDEPENDENCIA (confianza, seguridad en sí mismo)	9 (5-12)	7
INTELECTUALIDAD (inteligencia, reflexividad)	11 (6-14)	11
LABORIOSIDAD (empeño, tenacidad)	12 (8-15)	15
LIMPIEZA (pulcritud)	15 (11-17)	18
LÓGICA (coherencia, racionalidad)	12 (7-15)	14
OBEDIENCIA (respetuosidad)	14 (9-17)	17
RESPONSABILIDAD (confiabilidad)	8 (5-12)	6
TRANQUILIDAD (disciplina, autocontrol)	11 (6-15)	10
VALENTIA (defender sus convicciones)	11 (7-15)	13

**Nota:** 0 = Orden Jerárquico

## Diferencia según género autopercebido

Al indagar considerando el género autopercebido de los participantes (Tabla 2) se pudo observar respecto a los valores terminales que felicidad fue compartido por ambos grupos, con una mediana cada uno de 5 (2-10). En segundo lugar, los dos grupos ubicaron a armonía personal como prioridad con una mediana de 6, sin embargo, el rango intercuartil de quienes se identificaron con el género femenino (2-11) difirió levemente con quienes lo hicieron con el masculino (3-11). En tercer lugar, compartieron también el valor libertad, sin embargo, la mediana para el género femenino fue de 6 (3-10), mientras que el género masculino obtuvo una mediana de 7 (3-12). En cuarto lugar, se observaron diferencias, mientras que quienes se identificaron con el género femenino ubicaron a igualdad con una mediana de 7 (3-12), género masculino ubicó conocimiento con una mediana de 7 (4-12).

En cuanto a los valores instrumentales, lo observado fue similar a lo evidenciado en valores terminales. Ambos grupos posicionaron en primer lugar amor, pero el género femenino presentó una mediana de 2

(1-5), levemente superior al género masculino con una mediana de 3 (1-7). En segundo lugar, ubicaron alegría, ambos grupos con una mediana de 4 (2-9), mientras que en tercer lugar posicionaron honestidad con una mediana compartida en 5 pero rangos diferentes, quienes se identificaron con el género femenino (3-7) presentaron menor dispersión que quienes lo hicieron con el masculino (3-9). En cuanto al cuarto lugar, las personas que se identificaron con el género femenino priorizaron ayuda con una mediana de 6 (4-10) mientras que los que lo hicieron con el masculino priorizaron responsabilidad con una mediana de 7 (4-12).

Considerando la ausencia de normalidad mediante la aplicación del test Kolmogorov Smirnov con 5% de significación, se compararon los grupos usando la prueba U de Mann Whitney. En los valores terminales se observó diferencia estadísticamente significativa en igualdad ( $U=69116$ ;  $p<.05$ ) y en mundo en paz ( $U=70377$ ;  $p<.05$ ), mientras que en los valores instrumentales amor ( $U=63802$ ;  $p<.01$ ), ayuda ( $U=66913$ ;  $p<.01$ ), compasión ( $U=69321$ ;  $p<.05$ ) y comprensión ( $U=69690$ ;  $p<.05$ ) a favor de quienes se identificaron con el género femenino. Asimismo, el género masculino se mostró puntuando superior de forma estadísticamente significativa respecto al femenino en los valores terminales placer ( $U=65730$ ;

p<.01), vida cómoda (U=70234; p<.05), vida interesante (U=77028; p<.01) y en los valores instrumentales capacidad (U=70322,5; p<.05), imaginación (U=70740; p<.05), intelectualidad (U=70564,5; p<.05), lógica (U=64399; p<.01) y responsabilidad (U=71474; p<.05).

Tabla 2.

*Descriptivos, Orden Jerárquico y U de Mann Whitney de Valores Terminales y Valores Instrumentales según género autopercebido*

	<b>Femenino (n=385) Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>	<b>Masculino (n=405) Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>
<b>Valores Terminales</b>						
AMOR MADURO (intimidad espiritual, sexual)	11 (5-17)	12	10 (5-16)	12	74610,50	-1,05
ARMONIA PERSONAL (libre de conflictos internos)	6 (2-11)	2	6 (3-11)	2	75670,50	-0,72
BELLEZA (en la naturaleza y en las artes)	16 (12-19)	17	16 (11-19)	19	76120,50	-0,58
CONOCIMIENTO (comprensión de la vida, sabiduría)	8 (4-12)	5	7 (4-12)	4	76132,50	-0,57
DIGNIDAD PERSONAL (autoestima)	8 (4-12)	6	8 (5-13)	6	72190,50	-1,80
FELICIDAD (vida a plenitud)	5 (2-10)	1	5 (2-10)	1	73200,50	-1,49
FRATERNIDAD (amistad verdadera, solidaridad)	9 (6-14)	9	10 (6-14)	10	74298,50	-1,14
IGUALDAD (oportunidad para todos)	7 (3-12)	4	8 (4-14)	5	69116,00	-2,76*
JUSTICIA (equidad moral)	8 (4-12)	7	8 (4-13)	7	72844,50	-1,60
LIBERTAD (independencia, autonomía)	6 (3-10)	3	7 (3-12)	3	73498,00	-1,40
MUNDO EN PAZ (sin guerras ni conflictos)	9 (4-13)	10	10 (4-14)	11	70377,00	-2,37*
PLACER (vida de satisfacción)	14 (11-17)	15	13 (8-17)	15	65730,00	-3,82**
PROGRESO (mejores condiciones, adelantos para todos)	11 (8-15)	13	11 (7-14)	13	74180,50	-1,18
RELIGIÓN (salvación, vida eterna)	18 (13-20)	20	19 (14-20)	20	75083,50	-0,93
REALIZACIÓN PERSONAL (logro, contribución duradera)	11 (7-15)	14	11 (7-15)	14	76358,50	-0,50
RESPECTO (admiración, reputación)	9 (5-14)	11	9 (5-15)	9	74803,00	-0,99
SEGURIDAD FAMILIAR (cuidado de los seres queridos)	8 (4-12)	8	9 (4-13)	8	73156,50	-1,50
TRANSFORMACIÓN SOCIAL (cambio social, liberación)	14 (9-18)	16	14 (9-18)	16	76331,50	-0,51
VIDA CÓMODA (vida próspera, confortable)	16 (11-18)	18	15 (10-18)	18	70234,50	-2,42*
VIDA INTERESANTE (vida estimulante y activa)	16 (12-18)	19	14 (10-18)	17	64034,00	-4,36**
ALEGRIA (buen humor, simpatía)	4 (2-9)	2	4 (2-9)	2	77028,00	-0,29
AMOR (afecto, ternura)	2 (1-5)	1	3 (1-7)	1	63802,00	-4,55**
AYUDA (trabajar en bienestar de otro)	6 (4-10)	4	8 (4-12)	5	66913,50	-3,46**
CAPACIDAD (competencia, efectividad)	12 (7-15)	14	10 (6-14)	11	70322,50	-2,39*
COMPASIÓN (perdonar a otros)	8 (4-13)	7	10 (5-14)	8	69321,50	-2,70*

### Valores Terminales

COMPRESIÓN (amplitud de miras)	7 (4-12)	5	9 (5-14)	6	69690,00	-2,59*
CORTESÍA (buenas maneras, buena educación)	9 (6-13)	8	10 (7-14)	9	73167,00	-1,50
HONESTIDAD (sinceridad, moralidad)	5 (3-7)	3	5 (3-9)	3	74797,00	-0,99
IMAGINACIÓN (creatividad, audacia)	13 (9-16)	16	12 (7-15)	16	70740,00	-2,26*
INDEPENDENCIA (confianza, seguridad en sí mismo)	9 (5-12)	9	9 (5-12)	7	75767,50	-0,69
INTELECTUALIDAD (inteligencia, reflexividad)	11 (7-15)	10	10 (6-14)	10	70564,50	-2,31*
LABORIOSIDAD (empeño, tenacidad)	12 (8-15)	13	11 (8-15)	14	75862,50	-0,66
LIMPIEZA (pulcritud)	15 (11-17)	18	14 (11-17)	18	75346,00	-0,82
LÓGICA (coherencia, racionalidad)	12 (9-15)	12	11 (6-14)	13	64399,50	-4,24**
OBEDIENCIA (respetuosidad)	14 (10-17)	17	14 (9-17)	17	72322,00	-1,77
RESPONSABILIDAD (confiabilidad)	8 (5-12)	6	7 (4-12)	4	71474,00	-2,03*
TRANQUILIDAD (disciplina, autocontrol)	12 (7-15)	15	11 (6-15)	15	75463,50	-0,78
VALENTIA (defender sus convicciones)	11 (7-15)	11	11 (7-15)	12	77474,00	-0,15

Nota: \* p < .05, \*\* p < .01

Nota: O = Orden Jerárquico

## Diferencia según grupo etario

En cuanto al grupo etario considerando la edad de los participantes (Tabla 3) se pudo observar que el grupo correspondiente a adultez temprana en los valores terminales priorizaron felicidad con una mediana de 4 (2-10), luego se ubicó armonía persona y libertad, ambos con una mediana de 6 (3-11) y posteriormente compartieron una mediana de 8 igualdad (3-14), justicia (4-13) y conocimiento (5-11). El grupo de adultos medios ubicaron en primer lugar con una mediana de 6 felicidad (2-11) y libertad (3-11), luego con una mediana de 7 se ubicó armonía (3-11) y justicia (4-12) y en tercer lugar con una mediana de 8 se ubicó igualdad (4-13), dignidad personal (4-12) y seguridad familiar (5-12). En cuanto a la adultez tardía, en primer lugar, se ubicó libertad con una mediana de 5 (3-10), el segundo lugar, con una mediana de 6, fue compartido por armonía personal (2-11), felicidad (3-11) y conocimiento (3-10) y, en tercer lugar, con una mediana de 7, se ubicaron justicia (3-12), dignidad personal (3-12) y seguridad familiar (4-13)

Respecto a los valores instrumentales, el grupo adultos tempranos ubicó en primer lugar amor con una mediana de 2 (1-6), luego alegría con una mediana de 4 (2-9) y en tercer lugar honestidad con una mediana de

5 (3-9). En el grupo de adultez media también se ubicó amor y alegría y honestidad como los principales. En cuanto al grupo de adultos tardíos, amor se ubicó en primer lugar, pero al segundo escaló honestidad con una mediana de 4 (2-8) y en tercero alegría con una mediana de 5 (2-9).

Considerando la ausencia de normalidad mediante la aplicación del test Kolmogorov Smirnov con 5% de significación, también se compararon los grupos usando la prueba H de Kruskal-Wallis. En los valores terminales se observó diferencia estadísticamente significativa a favor de adultez temprana en felicidad ( $\chi^2=7260$ ;  $p<.05$ ) y transformación social ( $\chi^2=9021$ ;  $p<.05$ ) y a favor de adultez tardía en belleza ( $\chi^2=8399$ ;  $p<.05$ ), conocimiento ( $\chi^2=9935$ ;  $p<.01$ ) y religión ( $\chi^2=6018$ ;  $p<.05$ ). En cuanto a los valores instrumentales, el grupo de adultez temprana se diferenció de forma estadísticamente significativa en comprensión ( $\chi^2=12571$ ;  $p<.01$ ) mientras que el grupo de adultos medio lo hizo en imaginación ( $\chi^2=6245$ ;  $p<.05$ ) y en limpieza ( $\chi^2=22176$ ;  $p<.01$ ). En cuanto al grupo de adultez tardía, se distinguieron de forma estadísticamente significativa de los otros dos en honestidad ( $\chi^2=7503$ ;  $p<.05$ ), laboriosidad ( $\chi^2=12544$ ;  $p<.01$ ), lógica ( $\chi^2=6724$ ;  $p<.05$ ) y responsabilidad ( $\chi^2=8764$ ;  $p<.05$ ).

Tabla 3.

*Descriptivos, Orden Jerárquico y H de Kruskal-Wallis de Valores Terminales y Valores Instrumentales según grupo etario*

	<b>Adulthood Temprana (n=391) Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>	<b>Adulthood Media (n=260) Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>	<b>Adulthood Tardía (n=139) Mediana (RIC)</b>	<b>O</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
<b>Valores Terminales</b>							
AMOR MADURO (intimidad espiritual, sexual)	10 (4-16)	11	11 (5-16)	12	12 (6-17)	14	5,644
ARMONIA PERSONAL (libre de conflictos internos)	6 (3-11)	2	7 (3-11)	3	6 (2-11)	2	1,377
BELLEZA (en la naturaleza y en las artes)	17 (12-19)	19	16 (12-19)	19	15 (10-18)	16	8,399*
CONOCIMIENTO (comprensión de la vida, sabiduría)	8 (5-11)	6	8,5 (5-13)	8	6 (3-10)	4	9,935**
DIGNIDAD PERSONAL (autoestima)	9 (5-13)	7	8 (4-12)	6	7 (3-12)	6	3,483
FELICIDAD (vida a plenitud)	4 (2-10)	1	6 (2-11)	1	6 (3-11)	3	7,260*
FRATERNIDAD (amistad verdadera, solidaridad)	9 (6-14)	10	10 (6-14)	11	10 (6-14)	11	0,962
IGUALDAD (oportunidad para todos)	8 (3-14)	4	8 (4-13)	5	8 (3-13)	8	0,445
JUSTICIA (equidad moral)	8 (4-13)	5	7 (4-12)	4	7 (3-12)	5	4,068
LIBERTAD (independencia, autonomía)	7 (3-11)	3	6 (3-11)	2	5 (3-10)	1	1,808
MUNDO EN PAZ (sin guerras ni conflictos)	10 (5-14)	12	9 (4-14)	9	10 (5-14)	9	1,647
PLACER (vida de satisfacción)	14 (9-17)	16	14 (9-17)	15	14 (10-17)	15	0,812
PROGRESO (mejores condiciones, adelantos para todos)	11 (7-15)	14	11 (7-14)	14	11 (7-14)	13	1,898
RELIGIÓN (salvación, vida eterna)	19 (14-20)	20	19 (14-20)	20	17 (12-20)	19	6,018*
REALIZACIÓN PERSONAL (logro, contribución duradera)	11 (7-14)	13	11 (7-15)	13	11 (7-15)	12	0,274
RESPECTO (admiración, reputación)	9 (5-14)	9	9 (5-14)	10	10 (6-15)	10	1,974
SEGURIDAD FAMILIAR (cuidado de los seres queridos)	9 (5-13)	8	8 (5-12)	7	7 (4-13)	7	3,251
TRANSFORMACIÓN SOCIAL (cambio social, liberación)	14 (8-17)	15	15 (9-18)	16	15 (11-18)	17	9,021*
VIDA CÓMODA (vida próspera, confortable)	15 (10-18)	17	16 (10-18)	17	17 (13-18)	20	4,440
VIDA INTERESANTE (vida estimulante y activa)	15 (10-18)	18	16 (11-18)	18	16 (11-19)	18	7,960
ALEGRIA (buen humor, simpatía)	4 (2-9)	2	4 (2-9)	2	5 (2-9)	3	1,675
AMOR (afecto, ternura)	2 (1-6)	1	2 (1-6)	1	2 (1-6)	1	1,197
AYUDA (trabajar en bienestar de otro)	7 (4-11)	4	7 (4-11)	4	8 (5-12)	6	4,898
CAPACIDAD (competencia, efectividad)	11 (7-14)	12	11 (7-14)	12	11 (7-15)	14	0,390
COMPASIÓN (perdonar a otros)	9 (5-14)	7	9 (5-14)	8	9 (5-13)	7	0,266
COMPRENSIÓN (amplitud de miras)	7 (4-12)	5	8 (5-12)	6	10 (5-14)	8	12,571**
CORTESÍA (buenas maneras, buena educación)	10 (7-14)	10	10 (6-13)	9	10 (7-14)	11	1,411

### Valores Terminales

HONESTIDAD (sinceridad, moralidad)	5 (3-9)	3	5 (3-8)	3	4 (2-8)	2	7,503*
IMAGINACIÓN (creatividad, audacia)	13 (8-16)	16	12 (8-15)	15	14 (10-16)	16	6,245*
INDEPENDENCIA (confianza, seguridad en sí mismo)	9 (5-12)	8	8 (4-12)	5	8 (4-13)	5	0,617
INTELECTUALIDAD (inteligencia, reflexividad)	10 (6-14)	9	11 (7-15)	10	10 (6-14)	9	4,764
LABORIOSIDAD (empeño, tenacidad)	12 (9-15)	15	11 (8-14)	14	10 (6-14)	10	12,544**
LIMPIEZA (pulcritud)	15 (12-17)	18	13 (9-17)	17	14 (11-17)	17	22,176**
LÓGICA (coherencia, racionalidad)	12 (7-15)	14	12 (9-15)	16	11 (6-14)	13	6,724*
OBEDIENCIA (respetuosidad)	13 (9-17)	17	15 (10-17)	18	15 (11-17)	18	5,667
RESPONSABILIDAD (confiabilidad)	8 (5-12)	6	8 (5-14)	7	7 (4-10)	4	8,764*
TRANQUILIDAD (disciplina, autocontrol)	11 (6-15)	11	11 (7-15)	11	11 (6-14)	12	1,051
VALENTIA (defender sus convicciones)	11 (7-15)	13	11 (7-16)	13	12 (8-15)	15	0,481

**Nota:** \* p < .05, \*\* p < .01

**Nota:** 0 = Orden Jerárquico

## Discusión

La búsqueda de la felicidad, en conjunto con valores vinculados a la armonía y a la libertad fueron los valores que se priorizaron. Esto podría deberse a la influencia de la pandemia por COVID-19 y el impacto que esta tuvo en la salud mental de las personas (Cao et al., 2020; ElHawary et al., 2021; Herbert et al., 2020; Savage et al., 2020; Town et al., 2022), como también por las situaciones sociales que las personas atraviesan en su vida cotidiana, las cuales generan malestar como por ejemplo ansiedad (Bourmistrova et al., 2022; Quispe Torres, 2023). La libertad también podría ser un valor destacado debido a la situación de aislamiento por la cual las personas tuvieron que atravesar en el periodo evaluado por las restricciones impuestas para evitar riesgos de contagio (Faulkner et al., 2020), similares a los hallados en poblaciones alemanas (Hannes et al., 2024). En cuanto a los valores instrumentales, amor y alegría fueron los que ranquearon en los primeros lugares. Esto podría deberse por la resignificación de los vínculos interpersonales (Hannes et al., 2024) y del acceso al bienestar por medio de experiencias significativas (Favara & Moreno, 2023).

En cuanto al género autopercebido, quienes se identificaron con el femenino, respecto a los que lo

hicieron con el masculino, priorizaron el valor igualdad y se diferenciaron de forma estadísticamente significativa. Esto podría explicarse por los aportes de los movimientos contemporáneos alineados con el ODS 5 que predica la igualdad de género y el empoderamiento femenino (ONU, 2018) en contraposición con las desigualdades impuestas a nivel cultural (Hurtado Salas, 2010). Además, los valores instrumentales también podrían acompañar esta hipótesis considerando que quienes se identificaron con el género femenino priorizaron, entre otros, el valor correspondiente al acceso al bienestar (Castillo Alcoser & Gil Rodríguez, 2023) de forma conjunta con otros. Cabe aclarar que la pandemia afectó a ambos géneros, pero quienes se identificaron con el femenino evidenciaron efectos negativos mayores (Bojanowska et al., 2021; Hannes et al., 2024). También se observaron diferencias respecto al género en cuanto a mundo en paz que podría deberse a que las personas que se identifican con el femenino, al priorizar valores vinculados a la cooperación y la relación con otros para acceder a objetivos propuestos, prevalecen una vida armoniosa y sin conflictos, alineado con la resignificación del ambiente y la naturaleza (Hannes et al., 2024). Lo dicho se alinea con lo sostenido por Dinca y Luches (2018) quienes afirman que la cooperación entre los integrantes de una comunidad puede resolver tanto conflictos

colectivos como también desarrollar proyectos y así mejorar las condiciones que presentan de vida. Esto se vincula con los valores instrumentales, donde las personas del género femenino se diferenciaron por priorizar valores vinculados al amor, a la ayuda, a la compasión y la comprensión de los otros. Lo comentado presenta relación también con investigaciones previas, donde este género priorizó valores de carácter social como la solidaridad y la igualdad (Angelucci et al., 2009; Hannes et al., 2024) o valores colectivistas (Ryckman & Houston, 2003). Por lo dicho y considerando el proceso de socialización que presenta el género femenino, estas podrían haber desarrollado el sistema de valores contemplando que se priorizan los intereses del grupo por sobre los individuales (Bem, 1981; Eagly, 1987), relacionado con el movimiento feminista y el concepto de sororidad. Sin embargo, se pueden vislumbrar diferencias de género ya que los resultados son análogos a trabajos previos, como por ejemplo el de Comas (2003) donde también se observaron valores más colectivistas congruentes con las teorías que apelan a la diferenciación en los roles, reforzando lo presentado en culturas más tradicionales (Bem, 1981). En cuanto a los valores más hedonistas, estos fueron observados en mayor medida en las personas que se identificaron con el género masculino, como por ejemplo placer y vida cómoda. A su vez, los medios que se priorizaron para acceder a esos finales fueron vinculados a la propia capacidad, la imaginación, como también la intelectualidad, lógica y responsabilidad. Estos hallazgos concuerdan con posturas tradicionales respecto al rol sexual del género que se genera en culturas occidentales donde se vincula a este con conductas asociadas a mayor riesgo y competencia (Bem, 1981; Eagly, 1987).

Respecto a los valores terminales priorizados por los distintos grupos etarios se pudo observar que felicidad, armonía personal y libertad fueron los que se presentaron como más destacados. Igualmente se evidenció como en la adultez temprana y media el más valorado fue felicidad mientras que en la adultez tardía fue libertad. Esto podría deberse no solo, como ya se comentó previamente a la situación atravesada por la pandemia de COVID-19 (Hannes et al., 2024) sino también

a la pérdida de autonomía que los adultos mayores tienden a sufrir por el deterioro propio del avance de la edad (Molina Cevallos & Camino Acosta, 2024). En cuanto a los valores instrumentales los tres grupos de adultos coincidieron en ubicar en primer lugar el valor amor, alineado con evidencias que denotan la revalorización de los vínculos y el afecto (Hannes et al., 2024). Sin embargo, alegría se priorizó en los grupos más jóvenes y en tercer lugar honestidad, mientras que en el grupo categorizado como adultez tardía estos dos últimos se ubicaron invertidos. Considerando las diferencias podría pensarse que el grupo de adultez tardía priorizarían la honestidad por sobre la alegría. Estos resultados podrían considerarse contemplando las características del grupo generacional (baby boomers) evaluado (Díaz-Sarmiento et al., 2017; Lissitsa & Kol, 2019).

En cuanto a las diferencias halladas, con contraposición con evidencias en jóvenes (Mamnoun et al., 2020), el grupo de adultos tempranos destacaron la felicidad de forma de forma diferencial respecto al resto. Considerando que en gran medida el grupo evaluado declaró ser universitarios, esto podría relacionarse con evidencia hallada previamente que vincula la felicidad con el desarrollo académico (León, 2018). Además, se podría pensar que los resultados se encuentran influenciados por la modificación en el acceso a la educación atravesado en contexto de pandemia por COVID-19 (Tito-Huamani et al., 2022). Sin embargo, el grupo denominado como adultez tardía destacó el conocimiento, la belleza y la religión por sobre los otros grupos. Esto podría deberse a que este grupo creció sin internet de forma accesible, como también carentes de las herramientas tecnológicas actuales (Díaz-Sarmiento et al., 2017) por lo que el conocimiento podría ser esperable como meta en la vida. En cuanto a la religión, podría pensarse que las creencias religiosas funcionarían como factores protectores ante el afrontamiento en los adultos (Fernández Lorca, 2022; Snelgrove et al., 2021). En cuanto al medio para llegar a las metas, los adultos tempranos priorizaron la comprensión entendida como amplitud de miras. Esto podría deberse a que este grupo generacional se encuentra luego de atravesar la adolescencia, en

transición con la vida adulta y construyendo el propio proyecto de vida (Murga Meler, 2023). Además, los adultos medios priorizaron de forma diferencial la imaginación y la limpieza. Considerando que la presente fue realizada en contexto de pandemia por COVID-19, se podría pensar que estos valores se destacaron contemplando que las familias debieron cambiar costumbres para cumplir con el confinamiento y prevenir el contagio (Ascorbe-Amaya et al., 2023). Los adultos tardíos destacaron la honestidad, la laboriosidad, la lógica y la responsabilidad, coincidiendo con las características propias de los baby boomers (Beresford Research, 2023) contemplando las generaciones propuestas por Zemke et al. (2013). Considerando los resultados obtenidos, se podrían vincular con las características de este grupo, donde la dedicación, la lealtad, el vínculo con las actividades laborales y la búsqueda de estatus son destacables (Díaz-Sarmiento et al., 2017). Por las edades que poseen al momento del presente, algunos se podrían encontrar en los albores de proyectar el retiro del mercado laboral, mientras que otros podrían estar planificando continuar trabajando (Juergensmeyer & Anheier, 2012) pero fuera de un sistema formal. Además, quienes se encuentran activos podrían estar ocupando lugares de poder o establecidos profesionalmente (Díaz-Sarmiento et al., 2017). Juergensmeyer & Anheier (2012) aclaran que este grupo son ejemplos de responsabilidad y confiabilidad, coincidiendo con los resultados hallados por la presente.

Sin embargo, cabe aclarar que el presente estudio puede contener algún sesgo por el grupo poblacional participante, por lo que se sugiere ampliar el estudio a otras clases socioeconómicas para conocer si las prioridades se conservan.

## **RECONOCIMIENTOS**

Este trabajo fue apoyado por el Instituto de Investigación en Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador (USAL), Argentina, enmarcado en el proyecto de investigación “Evaluación de las creencias, valores y conductas proambientales en jóvenes y adultos”.

## **CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

## REFERENCIAS

- Angelucci, A., Da Silva, J., Juárez, J., Serrano, A., Lezama, J., & Moreno, A. (2009). Valores y Factores Sociodemográficos en estudiantes universitarios: Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 151-162. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v12n1/v12n1a13.pdf>
- Angelucci, A., Juárez, J., Dakduk, S., Lezama, J., Moreno, A., & Serrano, A. (2008). Jerarquía de valores en estudiantes universitarios. *Argos*, 25(48), 6-20. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-16372008000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-16372008000100002)
- Ascorbe-Amaya, A. A., Díaz Manchay, R. J., Vega- Ramírez, A. S., Rodríguez-Cruz, L. D. D., Mogollón-Torres, F. de M., & Constantino-Facundo, F. (2023). Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento. *Cultura De Los Cuidados*, 27(65), 285-299. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.22>
- Bárcena, F., Gil, F., & Jover, G. (1999). *La escuela de la ciudadanía: educación, ética y política*. En *Colección Aprender a Ser*. Desclée de Brouwer.
- Barton Perry, R. (1926). *General Theory of Value*. Harvard University Press
- Bashkirova, E. (2001). Transformation of the Values of Russian Society. *Russian Politics and Law*, 39(6), 6-24. <https://doi.org/10.2753/RUP1061-194039066>
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Beresford Research (2023). *Age range by generation*. <https://www.beresfordresearch.com/age-range-by-generation/>
- Bojanowska, A., Kaczmarek, Ł.D., Koscielniak, M., & Urbańska, B. (2021). Changes in values and well-being amidst the COVID-19 pandemic in Poland. *PLoS ONE* 16(9): e0255491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255491>
- Bourmistrova, N.W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of Affect Disorders*, 299(15), 118-25. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721012532?via%3Dihub>
- Braithwaite, V., & Law, H. (1985). Structure of Human Values: Testing the Adequacy of Rokeach and Chinese value surveys. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 250-263. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.1.250>
- Canteras, A. (2003). *Sentido, valores y creencias en los jóvenes*. Edición electrónica del Instituto de la Juventud.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Casals, E., & Defis, O. (1999). *Educación infantil y valores*. En *Colección Aprender a Ser* Desclée de Brouwer.

Castillo Alcoser, P.E., & Gil Rodriguez, F.S. (2023). *Valores, estereotipos y capital social como determinantes de las condiciones laborales en Ecuador desde la perspectiva de género* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

Castro Solano, A., & Nader, M. (2006). La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz. *Interdisciplinaria*, 23(2), 155-174. <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v23n2/v23n2a02.pdf>

Ceylan-Dadakoğlu, S., Özdemir, A., & Dadakoğlu, B. (2023). Determining the Value Hierarchies of the 'Z' Generation. *Yaşadıkça Eğitim*, 37(1), 14-33. [https://www.researchgate.net/publication/367565935\\_Determining\\_the\\_Value\\_Hierarchies\\_of\\_the\\_'Z'\\_Generation](https://www.researchgate.net/publication/367565935_Determining_the_Value_Hierarchies_of_the_'Z'_Generation)

Comas, D. (2003). *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Ancares Gestión Gráfica.

Daset, L., López, M., & Suero, M. (1998). Valores humanos básicos en un grupo de jóvenes: avance de un estudio exploratorio. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 41-54. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.426>

De Young, R. (1996). Some psychological aspects of a reduced consumption lifestyle: The role of intrinsic satisfaction and competence. *Environment and Behavior*, 28(3), 358-409. <https://doi.org/10.1177/0013916596283005>

Díaz-Sarmiento, C., López-Lambraño, M., & Roncallo-Lafont, L. (2017). Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los Baby Boomers, X y Millennials. *Clío América*, 11(22), 188-204. <http://10.21676/23897848.2440>

Diessner, R., Mayton II, D., & Dolen, M. (1993). Values Hierarchies and Moral Reasoning. *The Journal of Social Psychology*, 133, 869-871. <https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9713953>

Dinca, M., & Luches, D. (2018). Work Integration of the Roma: Between Family and Labor Market. *Sustainability*, 10(5):1495. <https://doi.org/10.3390/su10051495>

Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

ElHawary, H., Salimi, A., Barone, N., Alam, P., & Thibaudeau, S. (2021). The effect of COVID-19 on medical students' education and wellbeing: a cross-sectional survey. *Canadian Medical Education Journal*, 12(3), 92-99. <https://doi.org/10.36834/cmej.71261>

Elsayed-Ali, S., Bonsignore, E., Kacorri, H., & Subramaniam, M. (2020). Designing for children's values: conceptualizing value-sensitive technologies with children. In *Proceedings of the 2020 ACM Interaction Design and Children Conference: Extended Abstracts* (pp. 296-301).

Faulkner, J., O'Brien, W. J., McGrane, B., Wadsworth, D., Batten, J., Askew, C. D., Badenhorst, C., Byrd, E., Coulter, M., Draper, N., Elliot, C., Fryer, S., Hamlin, M. J., Jakeman, J., Mackintosh, K. A., McNarry, M. A., Mitchelmore, A., Murphy, J., Ryan-Stewart, H., ... Lambrick, D. (2020). Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(4), 320. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.11.016>

Favara, J. V., & Moreno, J. E. (2023). Relación entre bienestar y preocupación ambiental en Jóvenes de Buenos Aires en contexto de pandemia. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 9(1). <https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.e.9.1.2023.482>

Fernández Lorca, M B. (2022). Religiosidad, salud física y funcional en personas mayores en Chile. *Colombia Médica*, 53(2). <https://doi.org/10.25100/cm.v53i2.4846>

Fischer, R., & Schwartz, S. (2011). Whence Differences in Value Priorities?: Individual, Cultural, or Artifactual Sources. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(7), 1127-1144. <https://doi.org/10.1177/0022022110381429>

Fronzizi, R. (2000). *¿Qué son los valores?* Fondo de Cultura Económica.

García, J. M. A. (2001). *Apuntes del Curso de Doctorado: Procesos de Transición al Mundo del Trabajo. Dpto. de Psicología Social y Metodología de las CC. Del Comportamiento.* Universidad de Granada.

García-Valdecasas Medina, José I. (2011). Una definición estructural de capital social. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 2011, 20, 132-160, <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/249752>.

Garzón Pérez, A., & Garcés Ferrer, J. (1989). Hacia una conceptualización del valor. En J. Mayor, & J. L. Pinillos (Edits.) *Creencias, Actitudes y Valores*. pp. 364-407.

Genoud, M., Broveglio, G., & Ramos, M. (2021). ¿Qué motivaciones laborales priorizan los trabajadores en América Latina? La gestión del conocimiento centrada en valores. *Ciencias Administrativas*, (21), 115. <https://doi.org/10.24215/23143738e115>

Hannes C., Schiffer S., & von Nitzsch R. (2024). Changes in value priorities due to the COVID-19 pandemic—A 4-year cross-sectional study with German students. *PLoS ONE* 19(1): e0297236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297236>

Herbert, C., Meixner, F., Wiebking, C., & Gilg, V. (2020). Regular Physical Activity, Short-Term Exercise, Mental Health, and Well-Being Among University Students: The Results of an Online and a Laboratory Study. *Frontiers in Psychology*, 11, 509. <https://doi.org/gmz996>

Hernando, M. (1997). *Estrategias para educar en valores.* Editorial CCS.

Hurtado Salas, C. (2010). *Los roles de género y su orientación académica en los estudiantes de segundo año de bachillerato de la Unidad Educativa Manuela Cañizares de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha*. (Tesis de grado). Universidad Técnica Particular de Loja, Quito, Ecuador. [https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/8915/1/UTPL\\_Hurtado\\_Salas\\_Consuelo\\_373x2481.pdf](https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/8915/1/UTPL_Hurtado_Salas_Consuelo_373x2481.pdf)

IBM Corporation (2016). IBM SPSS Statistics (24). <http://www-01.ibm.com/software/es/analytics/spss/>

James, W. (1904). *Does Consciousness Exist?* <http://fair-use.org/william-james/essays-in-radical-empiricism/does-consciousness-exist>

Jiménez Fernández, C. (2010). *Diagnóstico y educación de los más capaces*. Pearson/UNED.

Juergensmeyer, M., & Anheier, H. K. (2012). *Encyclopedia of Global Studies*. SAGE Publications, Inc.

Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). Culture: a critical review of concepts and definitions. *Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University*, 47(1), viii, 223. <https://psycnet.apa.org/record/1953-07119-001>

León, M. (2018). Felicidad en estudiantes universitarios de Psicología en una Universidad Privada de Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2482>

Lissitsa, S. & Kol, O. (2021). Four generational cohorts and hedonic m-shopping: Association between personality traits and purchase intention. *Electronic Commerce Research*, 21(2), 545-570. <https://doi.org/10.1007/s10660-019-09381-4>

Mamnoun, S., Nfissi, A., & Hougua, B. A. (2020). Personal Value Typology in the Moroccan Context: An examination of High School Students' Orientations in Light of Gender and Ecology. *International Journal of Linguistics, Literature and Translation*, 3(12), 204-214. <https://doi.org/10.32996/ijllt.2020.3.12.24>

Molina Cevallos, D. S., & Camino Acosta, S. A. (2024). La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260-272. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i1.992>

Murga Meler, M.L. (2023). Los jóvenes y sus futuros imaginados. ¿A qué sociedad apelan? *Praxis educativa*, 27(2), 1-17. <https://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2023-270204>

Mylsidayu, A., & Bujang, B. (2023). Motivasi berolahraga generasi Z. *Motion: Journal Riset Physical Education*, 13(1), 12-20.

Nucci, L. (2001). *La dimensión moral de la educación*. Colección *aprender a ser*. Desclée de Brouwer.

Organización de las Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>

Ortega, P., & Minués, R. (2001). *Los valores en la educación*. Ariel.

Patrick, L., & Skewes, E. (2003). Personal and professional dimensions of news work: Exploring the link between journalists' values and roles. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 80(4), 833-848. <https://doi.org/10.1177/107769900308000406>

Quispe Torres, M.M. (2023). Ansiedad y Felicidad durante la pandemia en adultos de villa El Salvador. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/1109>

Rikel, A. M., & Dorenskaya, S. V. (2017). A Socio-psychological model of values among different generations in modern Russian society. *Russian psychological journal*, 14(4), 205-225.

Rokeach, M. (1968). A theory of Organization and Change within Value-Attitudes systems. *Journal Sociology Issues*, 24(1), 13-33. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1968.tb01466.x>

Rokeach, M. (1973) *The Nature of Human Values*. Free Press.

Ruiz Llamas, G., & Cabrera Suárez, D. (2004). Los valores en el deporte. *Revista Educación*, 335, 9-19. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:61fac5cf-2550-463c-947e-6462de143872/re33503-pdf.pdf>

Ryckman, R., & Houston, D. (2003). Value Priorities in American and British Female and Male University Students. *The Journal of Social Psychology*, 143(1), 127-138. <https://doi.org/10.1080/00224540309598435>

Sánchez Hernández, A.J. (2005). Análisis filosófico del concepto valor. *Revista Humanidades Médicas*, 5(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200009)

Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., & Hennis, P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100357. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100357>

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6)

Schwartz, S., & Bilsky, W. (1987). Toward a Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.550>

Snelgrove, J., Chan, N., & Alison, H. K. Y. (2021). Why Hong Kong millennial Christians switch from Chinese local churches to international churches: A qualitative study. *Missiology*, 49(4), 332-347. <https://doi.org/10.1177/00918296211019006>

Stern, P. C., Dietz, T., & Kalof, L. (1993). Value Orientations, Gender, and Environmental Concern. *Environment and Behavior*, 25(5), 322-348. <https://doi.org/10.1177/0013916593255002>

Tito-Huamani, P., Aponte, S., Custorio, F., Castañeda, T., Garamendi, K., & Soto, E. (2022). Universidad virtual y la transformación educativa en el contexto de la pandemia. *Revista Innova Educación*, 4(2). 113-131. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2022.02.007>

Town, S., Weber, J., & Nagy, N. (2022). Changes in business students' value orientations after the COVID-19 outbreak: An exploration. *Business and Society Review*, 127(S1), 253-283. <https://doi.org/10.1111/basr.12257>

Vinuesa, M. (2002). *Construir los valores. Currículum con aprendizaje cooperativo*. Desclée de Brouwer.

Weber, J., Loewenstein, J., Lewellyn, P., Elm, D. R., Hill, V., & Warnell, J. M. (2019). Toward discovering a national identity for Millennials: Examining their personal value orientations for regional, institutional, and demographic similarities or variations. *Business and Society Review*, 124(3), 301-323. <https://doi.org/10.1111/basr.12177>

Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2013). *Generations at work: Managing the clash of Boomers, Gen Xers, and Gen Yers in the workplace*. EEUU: Kindle Edition de AMACOM Div American Mgmt Assn.

# NARRATIVAS DE FAMILIARES SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE POR COVID-19 EN CHILE; UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO

## FAMILY NARRATIVES ON GRIEF AND DEATH FROM COVID-19 IN CHILE: A PSYCHOANALYTIC STUDY

Eduardo Pérez Carrasco<sup>1</sup>

\*Correspondencia:  
Eduardo Pérez Carrasco  
eduardo.perez@uacademia.cl

RECIBIDO: JUNIO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

**Antecedentes:** La pandemia COVID-19 presentó graves consecuencias a nivel mundial, con más de 6.81 millones de muertos y 681 millones de contagiados. En Chile, los efectos también fueron devastadores, especialmente en la pérdida y el duelo. **Propósito:** Conocer las narrativas de los familiares de fallecidos por COVID-19 en Chile y su experiencia de duelo bajo una mirada psicoanalítica. **Método:** Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque narrativo temático, empleando entrevistas en profundidad. Se realizó un análisis narrativo temático, con el uso de *Atlas.ti*, desde la codificación a la categorización. **Resultados:** Se identificaron cinco categorías narrativas temáticas que son: Características de la muerte en pandemia por COVID-19 en Chile; Destinos del duelo (duelo patológico, duelo, melancolía); Factores que afectan la muerte y el duelo en el contexto de pandemia por COVID-19; La relación entre los familiares y las instituciones de salud; y Sobre las experiencias traumáticas y la desmentida. **Conclusiones:** El duelo de familiares de personas fallecidas por COVID-19 se traumatiza cuando los contextos carecen de: entrega de información oportuna, contención emocional, conversaciones directas y cuidadosas sobre la muerte, presencia de espacios físicos de cuidado y por último preparación a las familias en cada uno de los pasos del rito mortuario.

*Palabras claves:* COVID-19; Muerte; Psicoanálisis; Trauma; Duelo.

### Abstract

**Background:** The COVID-19 pandemic has had serious consequences globally, with over 6.81 million deaths and 681 million infections. In Chile, the effects were also devastating, especially concerning loss and grief. **Objective:** To understand the narratives of relatives of COVID-19 victims in Chile and their grieving experiences through a psychoanalytic lens. **Method:** A qualitative methodology with a thematic narrative approach was employed, using in-depth interviews. A thematic narrative analysis was conducted using *Atlas.ti*, from coding to categorization. **Results:** Five thematic narrative categories were identified: Characteristics of death during the COVID-19 pandemic in Chile; Pathways of grief (pathological grief, mourning, melancholia); Factors affecting death and grief in the context of the COVID-19 pandemic; The relationship between relatives and healthcare institutions; and Traumatic experiences and denial. **Conclusions:** The grief of relatives of COVID-19 victims becomes traumatized when contexts lack: timely information delivery, emotional support, direct and sensitive conversations about death, presence of physical spaces for care, and preparation of families at each step of the mortuary ritual.

*Keywords:* COVID-19; Death; Psychoanalysis; Trauma; Grief.

<sup>1</sup> Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

## ANTECEDENTES

Las pandemias han sido siempre parte de nuestra historia, de hecho “Etimológicamente el vocablo pandemia procede de la expresión griega *pandêmonnosêma*, traducida como enfermedad del pueblo entero” (Henao-Kaffure, 2009, p. 55), lo cual nos hace pensar como desde la antigua Grecia ya tenían definiciones para estas formas epidémicas. No obstante, lo vivido en la historia más reciente, es sin precedentes, ya que ni una sola pandemia previa había cruzado en simultáneo todas las fronteras territoriales e intersectoriales en el mismo tiempo en el globo terráqueo al cual algunos autores han sostenido en llamarle *Sindemia* (Almeida-Filho, 2022).

El contexto de este artículo se sitúa en el escenario inédito de la pandemia de COVID-19 (OMS, 2020), que rápidamente se extendió por Asia, Europa, África y América. Definitivamente si hacemos una retrospectiva de los últimos años y a través de los informes de la CEPAL (2020) podemos observar que no estábamos preparados a nivel mundial para una crisis de este tipo.

Al momento de la escritura de este artículo se pueden contabilizar un total de más de 6.81 millones de muertes y 681 millones de contagiados a nivel mundial. Esto lleva a pensar en cómo afecta en las personas el sobrellevar la muerte repentina de alguien en un contexto que no se conocía anteriormente, como un efecto traumático social. Jerome Blackman (2020) refiere que la forma y el impacto de la pandemia ha estado reencaminando a las personas a revivir conflictos neuróticos infantiles sobre todo en contextos de duelo y muerte, lo que podría llevar a múltiples formas de psicopatología.

En el caso de la realidad chilena según Aguilera, Cabrera, Duarte, García, Hernández, Pérez, Sasmay, Signorini & Talbot-Wright (2022) hasta la fecha de escritura de este texto existen 4.314.459 casos diagnosticados con COVID-19, y un total de 59.835 de personas fallecidas, cifras que si son actualizadas al momento de la redacción de este artículo se incrementan a 5.235.730 los casos totales diagnosticados, y 52.650 de muertes datos entregados por MINSAL en su plataforma de informes diarios del día 21 de marzo del 2023.

Lo que hace eventualmente particular el fenómeno de la muerte en la pandemia de COVID-19 no es tan solo el hecho de que cambiara nuestra realidad tajantemente, sino que la forma de cómo los rituales de la muerte fueron llevados a cabo. Los familiares de pacientes diagnosticados por COVID-19 vivieron un efecto de desaparición de sus familiares, quienes entraban a las urgencias, no podían recibir visitas en muchos casos, y luego fallecían, para luego ser entregados en féretros herméticamente cerrados (Amthauer, Espinoza, Padilla Fortunatti, Palma, Rojas, Rojas, Martín, Valdebenito, Varela, Vargas, 2020).

Este efecto de la desaparición del otro en la muerte es uno de los mayores impactos de la pandemia del COVID-19 y por ende, cabe preguntarse sobre el impacto psicológico que deja el fin de vida en un contexto donde el cuerpo desaparece, en donde “La muerte, es un problema del campo de lo imposible, es decir, su posibilidad de resolución como pregunta es eterna, y al mismo tiempo, inalcanzable” (Pérez, 2022, p. 27).

La muerte en un contexto pandémico ha generado según la Mesa Social COVID-19 (2020) efectos psicológicos normativos y patológicos. En relación a lo anterior existen en el estado del arte múltiples estudios (Fiorillo, Gorwood, 2020; Huarcaya-Victoria, 2020; Moeti, Gao, & Herrman, 2022) que han observado que se identifican variados efectos psicopatológicos graves por la pérdida de un ser querido por COVID-19 (DESOC, 2020).

Si bien existen múltiples estudios actuales en el estado del arte sobre la temática, tanto nacionales como internacionales (Flandes, Catalán & Tala, 2022; Malpartida, 2021; Navarro, 2020; Orozco-Guzmán, 2022; Patiño, 2022; Pérez, 2023, 2024; Sánchez, 2020), los cuales abordan el problema desde lo psicoanalítico, lo narrativo, y el duelo, la información cualitativa que puede entregar un estudio de estas características, es siempre una visión renovadora. Por lo demás la fecha de inicio fue el 2020, en plena pandemia, siendo una de las primeras investigaciones en su tipo, la cual está siendo ahora publicada en esta revisión de resultados y discusiones.

## Sobre el proceso mortuorio a lo largo de los siglos en occidente:

La problemática de la muerte en Occidente ha sido una pregunta constante en el devenir de la filosofía y la historia, por ello es complejo para todo ser humano la interrogante sobre la muerte de un bienqueriente y por sobre todo la pregunta por la propia muerte. Desde la cultura griega y su filosofía se pensaba que la muerte se vislumbra como una oportunidad de encuentro y reencuentro con aquellos que han trascendido. Así, en esta perspectiva, Sócrates concebía el acto de morir no solo como una esperanza, sino como una genuina fuente de dicha inigualable (Mazo & Osorio, 2023).

Sócrates plantea una mirada espiritual de la muerte, la cual devendrá en el futuro en una posibilidad de poder mitificar el proceso y conllevar de esta manera el duelo, por otro lado “Según Aristóteles, la distinción entre alma y cuerpo existe sólo epistemológicamente, es decir, sólo puede ser pensada. Por lo demás, el alma no puede existir sin el cuerpo, razón por la cual, para Aristóteles, el alma no puede ser inmortal” (Brena, 2020, p. 1), lo cual planteará rumbos dicotómicos sobre el progreso de la muerte y el duelo en occidente.

Es indudable que la forma de procesar la muerte o hablar de ella ha tenido divergencias desde los inicios de la civilización occidental, teniendo cosmovisiones opuestas que apuestan a formas de lidiar con el duelo de maneras diversas, el filósofo Byung-Chul Han comenta lo siguiente al respecto:

Las sociedades arcaicas no conocen la separación tajante entre vida y muerte. La muerte es un aspecto de la vida. La vida solo es posible en un intercambio simbólico con la muerte. Los ritos iniciáticos y sacrificiales son actos simbólicos que regulan múltiples tránsitos entre la vida y la muerte. La iniciación es un segunda nacimiento que sigue a la muerte, al final de una fase vital. La relación entre vida y muerte se caracteriza por la reciprocidad. (Han, 2020, pp. 40-41).

La muerte como paso simbólico es parte de la sociedad que trata de dar sentido al proceso a través de su rito, a pesar de ello la experiencia actual resalta en la complejidad de la realidad y las dificultades para ser simbolizadas en tanto la muerte queda barrada por la pandemia.

Para esta investigación fue importante entonces contemplar un marco teórico conceptual que recogiera la problemática de la muerte como fenómeno histórico y transcultural para contextualizar las narrativas.

Para ello, se incorporó los planteamientos de Philippe Ariès (2020) quien menciona que dentro de la edad media y anterior a esta, la muerte era un fenómeno que se vivía públicamente, no se escondía, y se vivía como un paso dentro del contexto de la religiosidad, o a través del naturalismo, a través de dos grandes influencias, el cristianismo y la influencia de la naturaleza muerta. En el caso del cristianismo en la edad media en los siglos XIV-XVI, la muerte (Ariès, 2020) era utilizada únicamente como mecanismo para disuasión y suministro de miedo al infierno, y no es hasta las expresiones visuales de la muerte por parte de la iglesia que la población no empieza a problematizar la muerte.

Ariès plantea la problemática de la creciente complejidad en torno a la experiencia de la muerte en Occidente al afirmar que “sólo tenemos derecho a conovernos en privado, es decir, a escondidas” (Ariès, 2016, p.75). Este cambio se evidencia con la ruptura de los rituales fúnebres tras las guerras mundiales, donde la medicalización y la comercialización de la atención médica han generado una relación distante, solitaria, vergonzosa, precaria y dolorosa con la muerte tanto para el moribundo como para quienes lo acompañan. Por tanto, para Ariès (2006), la noción de que la muerte es siempre igual resulta abstracta y falsa; la forma en que la conciencia enfrenta la muerte varía según las circunstancias específicas, y esta transformación puede llegar a afectar incluso a la esencia misma de la experiencia.

A diferencia de las ideas de Ariès, Norbert Elias (2018) aborda la muerte no como un proceso lineal, sino como un conflicto dialéctico entre la higienización y la desconexión del moribundo con los supervivientes. En este sentido, su enfoque problematiza el impacto

que la muerte deja en quienes acompañan al fallecido, planteando que:

Soy consciente de que los médicos disponen de poco tiempo. Y también sé que actualmente están prestando más atención a la gente y sus relaciones de lo que lo hacían hace unos años. ¿Qué hace uno cuando sabe que los moribundos preferirían morir en casa que en el hospital, pero sabe también que en casa van a morir antes? Aunque quizá sea eso lo que quieren. Quizá no sea del todo superfluo decir que el cuidado de los órganos de las personas se antepone a veces al cuidado de las personas mismas. (Elias, 2018, p. 139).

De esta forma, la muerte se complejiza en occidente por su característica de perder su efecto público, y quedar privada y relegada a lo privado, a lo oculto, a lo clivado, es así cómo el sujeto debe lidiar cada vez más de manera solitario con el dolor y la pérdida.

Según G. Gorer (como se citó en García, 2022), la muerte se ha convertido en un objeto complejo en la era moderna, donde se prioriza más el consumo de la vida que la confrontación con la realidad de la muerte. Esto revela una paradoja, comparando la muerte con la pornografía, sugiriendo que se ha vuelto algo tabú, un tema casi imposible de discutir en la vida cotidiana. En la cultura y la sociedad del siglo XX, se han privilegiado temas más triviales que ocultan la reflexión sobre la muerte, convirtiéndola en algo mitificado e inadecuado para el diálogo público.

Tanto para Ariès, Elias y Gorer el conflicto moderno de la muerte está marcado por el hecho de la privatización, la soledad y la sobre-higienización de los ritos mortuorios, llevando a desencadenar el conflicto del duelo y su elaboración a una problemática cada vez más singular, de desamparo y de psicopatologías, por lo que los estudios sobre el duelo y sus destinos son esenciales para reconocer las formas actuales de este en el contexto de esta investigación.

## Sobre los aportes psicoanalíticos en el entendimiento del duelo y sus destinos:

Dentro de los desarrollos de las ciencias, el psicoanálisis ha aportado uno de los estudios más antiguos y profundos sobre la problemática del duelo, la pérdida y la melancolía. Ya en el periodo del siglo XIX, existían variados autores preguntándose sobre el impacto psíquico de la pérdida de otro, uno de ellos y muy relevante fue el aporte de Sigmund Freud en el renombrado texto *Duelo y Melancolía* (1915 [1917]), en donde para poder definir psicopatológicamente la problemática de la melancolía ocupa la definición del duelo como contraposición argumentativa, de esta manera “Freud no escribió el artículo para establecer una versión psicoanalítica del duelo” (Allouch, 2006, p. 19).

Es importante entonces enunciar que en ninguna parte y así en adelante en el estudio del psicoanálisis, la visión de duelo es considerada como patológica, es más, “se ha hecho del duelo un... trabajo, ¡aun cuando término de Trauerarbeit no figura en total más que una sola vez en el artículo!, y en ninguna otra parte de las siguientes escritos de Freud” (Allouch, 2006, pp. 19-20), por ello es imprescindible distinguir con ello que en una visión psicoanalítica el duelo no es necesariamente un trabajo ni una problemática en sí misma, sino que lo son los destinos patológicos, según Freud (1915[1917]) como la melancolía o la manía. En definitiva la visión psicoanalítica del duelo será en palabras de Freud:

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). (Freud, 1915[1917], p 241).

En contraposición, Freud plantea que la melancolía es esencialmente “una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior,

la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí” (Freud, 1915[1917], p. 242), pero que se diferencia del duelo porque se centra esencialmente en un juicio constante al yo, en un autorreproche y en un enjuiciamiento culposo sobre todo lo que se haga, esto se aleja del duelo porque por más que haya distancia con la pérdida del objeto es el propio sujeto que se pierde así mismo.

Posteriormente, el psicoanálisis tuvo diversificaciones en las nociones de duelo, las cuales fueron enriqueciendo la problemática. Según Melanie Klein (2016), el proceso del duelo está relacionado con un retorno a la posición depresiva, en contraste con la melancolía. La posición depresiva, según Klein, es una defensa infantil contra la inseguridad del abandono en la existencia. En este sentido sostiene que como mecanismos defensivos, el sujeto puede optar por ingresar a una etapa anterior esquizoparanoide, recurrir a defensas maníacas o embarcarse en una genuina reparación, que representa el camino hacia la integración del duelo.

Por otro lado, Winnicott (Lustgarten de Canteros, 2022) entendió el duelo como un proceso normativo el cual estaba relacionado con las experiencias infantiles de integración, o sea la capacidad del adulto de poder integrar ciertas experiencias, con ello referiría que ciertas personas las cuales no tuvieran procesos de contención suficientemente buenos en la infancia no tendrían la misma capacidad psíquica para integrar que otros que si la obtuvieron, de esta manera el duelo sería una experiencia regresiva la cual si no se tiene el *holding* del ambiente, se posibilitarían ciertos quiebres de la continuidad existencial.

Por último, Lacan aborda en su obra no solo la pérdida del otro, sino también lo que el sujeto pierde en ese proceso. Afirma que estamos de duelo solo por alguien de quien podemos decir Yo era su falta (Sylla, 2022). Para Lacan, es crucial el impacto del duelo en concordancia a la intensidad de la relación establecida entre el otro fallecido y la persona en duelo, ya que este último pierde parte de sí mismo con la muerte del otro. En este sentido, Lacan propone una interpretación final del duelo basada en el nudo borromeo (Molina, 2022), donde el fenómeno se presenta como un agujero

real que desencadena caos en la trama simbólica, provocando la pérdida de la localización de la falta y dejando que el dolor prevalezca sobre un cuerpo imaginario.

En esta misma línea de pensamiento crítico sobre lo que el duelo deja como huella en el que acompaña a quien fallece, es que Jean Allouch (2006) en su texto *Erótica del duelo en tiempos en el tiempo de la muerte seca*, redefine la complejidad del concepto explicando que “El duelo no es solamente perder a alguien (un “objeto”, dice un tanto intempestivamente el psicoanálisis), es perder a alguien perdiendo un trozo de sí.” (Allouch, 2006, p. 300), dando alusión que en todo proceso de duelo hay algo del Yo que se deja en la tumba con el fallecido, y dicha inocencia se esfuma de nosotros, dejándonos la pregunta por nuestra existencia, y la complejidad de la elaboración narcisista de nuestra identificación yoica.

De esta manera la profundidad de los conceptos de Allouch (2006) sobre el duelo y la muerte permiten, reconocer que la pérdida en la muerte no es sólo la pérdida del otro sino del sí mismo en alguna medida. Lo complejo de dicha situación es como el otro muerto habla al vivo en su propia finitud, Allouch propone que el duelo obliga a quien lo vive a experimentar una segunda muerte, una muerte a secas, el entierro de una parte del sí mismo en el sacrificio del ritual mortuorio, y es este el verdadero proceso a elaborar en el trabajo del duelo.

El desenlace complejo del duelo estaría en su devenir traumático, es decir cuando aquellas conflictivas de la muerte se anclan a ciertas circunstancias que negligencia, desmienten, o niegan la realidad vivida, dejando a la persona en una situación de desprotección frente al dolor.

## **Sobre las posibilidades traumáticas en las experiencias de duelo:**

La visión psicoanalítica de lo traumático deviene de la tradición teórica Freudiana de la concepción de

*Verleugnung* (Cornejo, 2022), la cual ha sido trabajada en la escuela francesa como Lo negativo. Jean Claude Rabant (1992), propone una profundización teórica en relación a este concepto traduciéndolo al francés de tres maneras posibles que son: *démenti* (desmentida), *désaveau* (renegación) y *déni* (desestimación). Estas tres dimensiones de la *Verleugnung* producen la traumatización en el psiquismo de un sujeto, de esta manera cuando otro muere, y no existen los sostenimientos necesarios de la experiencia vivida, no solo se procede al duelo, sino este queda clivado, dando paso a un duelo traumático, y a la expresión psicopatológica tanto de la melancolía o de otras expresiones sintomáticas.

Dentro de los aportes a la teoría del trauma en el psicoanálisis son muy relevantes las concepciones de Ferenczi y Winnicott, las cuales dan claves muy relevantes para entender en qué circunstancias un duelo puede devenir traumático. Para Ferenczi (1984) existe dos momentos en la experiencia traumática, un primer momento caracterizado por el evento que ejerce un quiebre en la vida infantil, y luego un segundo momento que sería lo que devendría en trauma la experiencia, que es la falta del medio en dar respuesta frente a esto, a lo que llamaríamos desmentida. A su vez Winnicott, definirá la experiencia del trauma como un derrumbe de la experiencia existencial dirá que “El término trauma implica el derrumbe de la fe. El bebé o niño ha construido una capacidad de, “creer en algo” y ocurre que la provisión ambiental primero se amolda a esto y luego falla” (Winnicott, 1965, p. 180).

Finalmente, es importante mencionar que el duelo traumático entonces solicita y busca un curso de experiencia, al quedar clivado, negado y desmentido, requerirá de un otro que le otorgue un lugar, en esta misma clave, Roberto Aceituno (2010) dirá en su texto Tener Lugar, que es necesario realizar un juicio de existencia, es decir, hacer juicio de aquello que el otro padece y de lo que no ha sido acreditado, que ha sido desmentido, es entonces el acto de credibilidad, de ser testigo del dolor ajeno, el acto de cura de lo traumático, dar lugar y narrativa al duelo, a la contención de la experiencia mortuoria, permitiría finalmente a la persona que sufre tener esta segunda muerte a secas que Allouch menciona.

## MÉTODO

A partir de la problematización anterior sobre el duelo de familiares por COVID-19 en Chile, se realizó una investigación en el marco del desarrollo de estudios de magister en psicología clínica de adultos, mención psicoanálisis, de FACS, de la Universidad de Chile, durante el período de los años 2020-2022. Esta investigación estuvo dirigida por el autor como investigador responsable, con la guía docente del Dr. Roberto Aceituno Morales, y la corrección de los docentes informantes Dr. Pablo Cabrera y Dr. Danilo Sanhueza, cuyo registro se puede encontrar en el repositorio de la Universidad de Chile (Pérez, 2022). La Investigación se realizó bajo el alero del Hospital Clínico de la Universidad de Chile por medio de la supervisión del Director Dr. Eduardo Tobar.

Para dar cuenta del proceso de investigación se realizó una investigación de carácter cualitativa con un enfoque narrativo (Ruiz & Álvarez, 2023) con el objetivo general de: conocer las narrativas de los familiares de fallecidos por COVID-19 en Chile y su experiencia de duelo bajo una mirada psicoanalítica.

La elección de este método de investigación respondió al carácter exploratorio de esta investigación, ya que al no haber muchas investigaciones en el estado del arte al momento de la realización del proyecto, se requería de un primer abordaje, que diera la posibilidad de localizar los diferentes momentos que toca la experiencia de la muerte, los procesos de duelo, las posibles traumatizaciones, y finalmente las categorías que dan cuenta del fenómeno social y analítico que se dispone a analizar desde una perspectiva psicoanalítica.

En relación a la muestra se utilizó una selección a conveniencia (Reales, Robalino, Peñafiel, Cárdenas, & Cantuña-Vallejo, 2022), de esta manera los participantes se constituyeron por aquellos familiares de personas fallecidas por COVID-19 en Chile en la actual pandemia.

La muestra se tomó de aquellos familiares de pacientes que se atendieron en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, incluyendo aquellos mayores de 18 años, siendo familiares directos, sin exclusión de género y/o sexo. Teniendo solamente como criterio de exclusión aquellas personas que producto de patologías

graves no tengan la capacidad de poder responder a un entrevista, tales como EQZ descompensada, demencias, y/o deterioros cognitivos graves.

Para la estrategia de recolección de datos en la investigación se utilizó la entrevista narrativa temática (Pervin & Mokhtar, 2023) la cual es entendida como aquella que a través de preguntas direccionadas a los entrevistados se busca ahondar en profundidad sobre una temática hasta agotar la productividad de conocimiento posible, esta forma de recolección de información permite enfocar el esfuerzo en pocos casos pero extrayendo la mayor cantidad posible de categorías discursivas que buscan dar cuenta de los objetivos. Estas se realizaron de manera telemática para seguir los protocolos CMEIS (2020).

En esta investigación, se utilizó el análisis narrativo temático (Bassi, 2014) para conectar las narrativas de los participantes con la perspectiva psicoanalítica sobre el duelo y el trauma. Esta perspectiva metodológica planteada (Younas, Fàbregues, Durante, Escalante, Inayat, & Ali, 2023) destaca la importancia de las narrativas como forma válida de acceder al conocimiento científico cualitativo. El análisis narrativo temático (Pervin, & Mokhtar, 2023) se empleó para categorizar las temáticas principales de las entrevistas narrativas y reconocer las codificaciones deductivas propuestas por el investigador.

Siguiendo el enfoque de Gergen (James, 2023) se reordenaron las citas para dar coherencia cronológica a las narrativas, y se incorporaron citas explicativas para enriquecer el discurso. Posteriormente, se crearon ejes analíticos a través de la categorización temática y el análisis del contenido de las citas textuales, permitiendo la discusión de áreas específicas de las narrativas y revelando percepciones grupales y discrepancias entre los entrevistados, en línea con el objetivo de la investigación.

Por último, en relación a los criterios éticos al ser el duelo en pandemia de COVID-19 un tema sensible y complejo se resguardó a través del consentimiento informado todos los principios legales que protegen al participante para disminuir la posibilidad de daño en el proceso de la investigación, para ello se generó un protocolo de prevención, un protocolo de contención

en crisis, y protocolo de derivación a CAPS de la Universidad de Chile quienes atenderían de manera gratuita cualquier necesidad psicológica emergente de la investigación. Esta investigación fue evaluada, observada y aprobada tanto por el Comité de ética de FACSIO, como por el Comité de ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, teniendo una doble supervisión y cuidado del proceso, resultando así con 0 incidentes en el proceso.

## RESULTADOS

Se realizaron cinco entrevistas temáticas narrativas en profundidad a familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 pertenecientes al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de esta manera las entrevistas fueron transcritas y traspasadas al software *Atlas.Ti* con el cual se procedió a realizar el análisis de la información en los pasos de: codificación, categorización y análisis de la información. Al contrastar las categorías deductivas temáticas narrativas con el marco teórico de referencia, surgieron los descubrimientos de esta investigación. En ella se logró desarrollar una construcción teórica dando lugar a la formación de los cinco ejes temático-teórico-narrativos que se resumen a continuación:

1.- Caracterización de la muerte durante la Pandemia COVID-19 en Chile: El fin de vida durante la pandemia de COVID-19 en Chile, se vio influenciado por estrictos protocolos sanitarios, los cuales evidenciaron claramente lo que se ha podido entender como factores macro y microsociales en conflicto. Por ello, tanto para la CEPAL (2020), la OMS 2020) y el Gobierno de Chile (Aguilera, Cabrera, Duarte, García, Hernández, Pérez, Sasmay, Signorini & Talbot-Wright, 2022), se visualizan las alteraciones en el orden de lo económico, político, social pero también por sobre todo psicológico.

Se observa que como plantea Norbert Elías (2018), los estrictos y a veces confusos protocolos sanitarios complicaron las nociones del duelo para los familiares, en específico la noción de higienización y medicalización del autor nos permiten analizar que el encuentro entre el moribundo y el familiar se volvió cada más inexistente, quedando la muerte clivada a la experiencia de la soledad o del acompañamiento de funcionarios

de la salud. Por otro lado, siguiendo a Ariès (2016), la desinformación en los procesos por la privatización de esta genera una brecha entre la información que se vuelve pública para la familia en términos de los consentimientos, procedimientos y la contención lo que conlleva una muerte basada en el borramiento. Por último, en esta categoría siguiendo las nociones de la pornografía de la muerte de Gorer (1965), existe un trato deshumanizado en relación con lo postmortem ya que los entierros y los ritos funerarios estuvieron coartados por las normas sanitarias.

Algunos ejemplos de citas textuales de las narrativas de los participantes:

P: “El ataúd estaba envuelto o sea estaba sellado con papel film, por lo que no pudimos ver a mi mamá”

N: “Entonces la niña que me recibe el papel me dice vamos a entregarlo en una bolsa porque así es el protocolo COVID”

2.- Trayectorias del duelo (duelo patológico, duelo, melancolía): Cada destino del duelo en el contexto de la pandemia de COVID-10 en Chile se vuelve muy variable y versátil, lo cual está relacionado con la capacidad de procesamiento psíquico simbólico de los participantes, como también de sus circunstancias subjetivas y ambientales. Lo que si se observa como un punto en común es que la resolución del duelo dependerá significativamente de un ambiente facilitador (Winnicott, 1965) y el acceso a la información, proporcionado usualmente por los funcionarios de la salud.

Ahora bien, desde una noción epistémica psicoanalítica, el duelo devendrá en la medida de su temporalidad, es decir ocasionando ciertas sintomatologías ansioso-depresivas transitorias, o por el contrario el desarrollo de melancolías. Un ejemplo de esto es el caso de R. quien muestra cierta represión emocional, a lo que Allouch (2006) ha nombrado como la pérdida de un trozo de sí.

Por otro lado, en el caso de N. se observa lo descrito por Freud (1915[1917]), en donde los aspectos melancólicos y de autorreproche son los más predominantes, estos se conectan en una regresión infantil con objetos de pérdida. En cambio, en el caso de P. se observa como el duelo queda traumatizado por el quiebre de la continuidad existencial producto

de la falla ambiental en el cuidado por parte de los funcionarios de la salud y el estado de Chile, estas nociones de duelo traumático son las mencionadas por Winnicott (1954-55), en donde lo que ocurre es la falta de *holding*.

Por último, en el caso de J. ocurre un proceso de figurabilidad psíquica (Cabrera, 2014), en donde esto le permite dejar su consumo de pasta base de cocaína, abocándose a la iglesia por el hecho de haber perdido a su padre. Este fenómeno de simbolización es entendido por Allouch (2006), como una muerte a secas, la que logra hacer algo con aquello propio que desfallece con el otro, en este caso el consumo problemático.

3.- Factores que influyen en la muerte y el duelo durante la pandemia COVID-19: Se identificaron los factores que median en el proceso de muerte y duelo en el contexto de la pandemia COVID-19 en Chile. En donde se observan aspectos relacionados con las restricciones sanitarias, los desafíos de la saturación de los servicios de salud, el plan nacional de inoculación y, en particular, las características públicas y privadas de la muerte (Aguilera, Cabrera, Duarte, García, Hernández, Pérez, Sasmay, Signorini & Talbot-Wright, 2022). Se dejan aquí ejemplos textuales:

R: “La verdad es que nosotros conversamos con V. (pareja) los dos solos y no estábamos de acuerdo que realizaron el viaje porque ellos no estaban inoculados”

N: “Nos dicen sabe que como que aquí ya nos damos abasto en el hospital llamamos a la clínica de la Chile si lo podían aceptar y si tenían cama en una sala UCI”

P: “El proceso de ritual del entierro se hizo como se debe, pero interferido con las dinámicas del código sanitario, como con estas personas de overol blanco”

Y: “Nosotros le decíamos papá vamos al poli, y más encima que nosotros estábamos en cuarentena, entonces no teníamos idea que con cuarentena uno igual podía salir de la casa”

4.- La relación entre familiares y las instituciones de salud: Aquí se analizaron las complejas relaciones entre los familiares y las instituciones de salud, considerando los dispositivos, funcionarios, programas e información involucrados. Como hallazgo importante está la dicotomía entre valoraciones positivas y negativas, las cuales están directamente relacionadas con la

posibilidad o no de la traumatización del duelo.

Por ejemplo R. presenta una valoración positiva, en donde si bien se observan síntomas depresivos, el duelo no logra traumatizarse por la contención del ambiente, un extracto textual de aquella situación se puede observar a continuación:

R: “Desde la persona desde partiendo la escala desde muy abajo hasta el último médico, el último profesional que con nosotros se portaron excelente, fueron súper humanos fueron súper empáticos, amable y diligente, siempre trataron de hacernos sentir su empatía.”

En cambio, en el caso de P. en donde si hubo una falla ambiental consecutiva como explica Winnicott (1965), el duelo quedó traumatizado, es relevante aquí detenernos en el propio relato del participante:

P: “No, no recibimos contención alguna, bueno no lo estábamos esperando tampoco pero no, no había algo así como un funcionario que diera contención. O qué hubiera un funcionario que diera información constantemente, pero parecía que todos estaban tan agitados y ocupados que no había tiempo para las familias”.

5.- Experiencias traumáticas y negación: La revisión teórica de lo traumático en esta investigación se centró en entender como la irrupción de la continuidad existencial provoca la experiencia de derrumbe descrita por Winnicott (1954-55), fallando así el ambiente, ocurriendo un segundo momento de negación como plantea Ferenczi (1984), provocando el borramiento de la subjetividad del otro constituyendo así la desmentida, la renegación y la desestimación (Rabant, 1992). Dicha conceptualización es expuesta en esta investigación por medio de la Clínica de lo Traumático (Rosolato, 1992; Rabant, 1992; Pommier, 2011; Misnard, 1992; Guyomard, 2010; Davoine, & Gaudillière, 2010, 2011; Cabrera, 2014; Aceituno, 2010; Abraham & Torok, 2005) quedando en evidencia que hay partes del trauma que quedan clivada en la cripta o en la locura, y que merecen *Tener lugar* en la narrativa escuchada por otro. De esta forma, se encontraron diversas experiencias traumáticas en esta categoría, que incluyen colapsos, negación de la realidad y vivencias específicas de figurabilidad, se ejemplifican estas a través de los siguientes extractos de entrevista:

R: “Estoy con licencia se me juntaron muchas cosas en donde emocionalmente ya me desbordé y colapsé”. Se analiza aquí la muerte por COVID-19 rompe la continuidad existencial y genera experiencias traumáticas entendidas como derrumbe, como plantea Winnicott (1963).

P: “Siempre quedamos con la duda si realmente era COVID o no, porque cuando todo terminó no nos dieron la copia de la ficha clínica de mi mamá así que nunca supimos si realmente falleció por COVID”. En el Caso de P. ocurren situaciones de desmentida, renegación y desestimación por parte de instituciones de salud, lo que queda asociado a la teorizaciones de la *Cripta* de Abraham y Torok (2005) y de la *desmentida* explicada por Rabant (1992).

J: “Hasta la enfermedad de mi papá y después nunca más. Nunca más un cigarro, nunca más un alcohol, tenía que cuidar a mi mamá así que nunca más lo hice, hasta ahora llevo 1 año sin consumir pasta base de cocaína.”. En este caso se observa un fenómeno de figurabilidad psíquica (Cabrera, 2014) en la experiencia traumática ya que esta genera una nueva forma de la subjetividad del entrevistado.

## DISCUSIÓN

A través de esta investigación, se concluye que el duelo durante la pandemia de COVID-19 es una experiencia única, caracterizada por factores específicos y características propias, acordes con el momento histórico vivido. En este contexto, la atención, contención, información adecuada y cuidado del otro determinarán el curso del duelo en esta situación pandémica, pudiendo llevar a un duelo traumatizado, melancolizado o, como señala Allouch, a una muerte en sí misma, una segunda muerte influenciada por la presencia o ausencia del otro. Por lo tanto, la contención es esencial para prevenir el duelo patológico, y siguiendo los postulados de Roberto Aceituno, es crucial que como sociedad permitamos que el duelo por COVID-19 *Tenga lugar* en el espacio y el tiempo, reconociendo su existencia y creando nuevas narrativas.

El desafío de investigar en el contexto histórico actual se debe a la escasez de estudios sobre el tema.

Esta investigación exploratoria, aunque necesaria, representa un desafío para el futuro. Es el primer paso en el reconocimiento de una temática urgente que debe seguir siendo abordada. Es fundamental continuar investigando el duelo en la pandemia de COVID-19 utilizando tanto metodologías cualitativas como cuantitativas, para generar metaanálisis y teorías más profundas y sólidas, preparándonos para otros escenarios catastróficos en términos de salud mental.

Además, es necesario discutir cómo aplicar los hallazgos de esta investigación y la propuesta de modelo de intervención en el ámbito clínico de los sistemas de salud de urgencia. Es vital implementar las acciones necesarias en estos dispositivos para evitar experiencias traumáticas y patológicas del duelo, y seguir sistematizando estas experiencias en investigaciones futuras.

En este sentido, es esencial considerar la unificación de los registros clínicos de los pacientes en los ámbitos público y privado en Chile, así como desarrollar propuestas legislativas al respecto. Esto evitará la falta de información y promoverá la integración del modelo de salud.

También surge la discusión sobre la muerte en los hospitales y la posibilidad de permitir que los pacientes fallezcan en sus hogares, junto a sus familias, en lugar de en instalaciones hospitalarias. Esto plantea más desafíos que soluciones.

Finalmente, es importante discutir cómo integrar los hallazgos clínicos del duelo en la pandemia de COVID-19 en la clínica psicoanalítica, tanto en contextos públicos como privados, para así cuidar mejor los destinos del duelo.

## REFERENCIAS

Abraham, N. & Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Amorrortu.

Aceituno, R. (2010). "Tener lugar". En R. Aceituno (comp.), *Espacios de tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización* (pp. 69-82). Universidad de Chile.

Aguilera, B., eCabrera, T., Duarte, J., García, N., Hernández, A., Pérez, J., Sasmay, A., Signorini, V. & Talbot-Wright, H. t al. (2022). *COVID-19: evolución. Efectos y políticas adoptadas en Chile y el mundo*. [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-266625\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-266625_doc_pdf.pdf)

Allouch, J. (2006). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Ediciones Literales.

Almeida-Filho, N. (2022). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Revista Salud Colectiva* [online]. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

Amthauer, M., Espinoza, J., Padilla Fortunatti, C., Palma, A., Rojas, N., Rojas, V., Martín, K., Valdebenito, C., Varela, L., Vargas, V. (2020). Recomendaciones para el Cuidado y Acompañamiento de Familiares de Pacientes con Diagnóstico COVID-19. *Sociedad Chilena de Medicina Intensiva*. <https://doi.org/DOI:10.13140/RG.2.2.27920.74249>

Ariès, P. (2020). *El hombre ante la muerte*. Barcelona: Taurus.

Ariès, P. (2016). *Morir en Occidente, desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

Bassi, J. (2014). Hacer una historia de vida: decisiones clave durante el proceso de investigación. *Athenea Digital*, 14(3), 129-170. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1315>

Blackman, J. (2020). A psychoanalytic view of reactions to the coronavirus pandemic in China. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2020, 80, (119-132). <https://doi.org/10.1057/s11231-020-09248-w>

Brena, V. (2020). La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere*, vol. 24, núm. 79, pp. 503-512. <https://www.redalyc.org/journal/356/35663293002/html/#:~:text=Seg%C3%BAn%20Arist%C3%B3teles%2C%20la%20distinci%C3%B3n%20entre,alma%20no%20puede%20ser%20inmortal.>

Cabrera, P. (2014). *Construcciones. Clínica de lo traumático y figurabilidad*. El Buen Aire, facso, Universidad de Chile.

CEPAL (2020). *Informe: Compilación de estadísticas de cuentas nacionales, balanza de pagos y comercio exterior en el marco de la emergencia sanitaria de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45666-compilacion-estadisticas-cuentas-nacionales-balanza-pagos-comercio-exterior>

Comisión Ministerial de Ética en Investigación en Salud [CMEIS], (2020). *Recomendaciones de la CMEIS para los comités ético-éticos científicos (CECS) en la revisión de protocolos de investigación en contexto de pandemia por COVID-19*. Recuperado de: <https://www.uta.cl/wp-content/uploads/2020/06/ProtocoloCECc.pdf>

Cornejo, R. (2022). *Volver a Freud: Una revisión de la metapsicología freudiana*. Santiago: Editorial Pólvora.

Davoine, F. y Gaudillière, J. (2010). *El acta de nacimiento de los fantasmas*. Fundación Mannoni,

Davoine, F. y Gaudillière, J.M. (2011). *Historia y trauma. Locura de las guerras*. Fondo de Cultura Económica.

Elias, N. (2018). *La soledad de los Moribundos*. Fondo de Cultura Económica.

Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión, (en *Psicoanálisis [Tomo IV]*). Madrid, España: Espasa-Calpe.

Fiorillo A, Gorwood P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 63(1), e32, 1– 2. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Flandes M, G., Catalán del V., C., & Tala T., A. (2022). Duelo y COVID-19: una revisión narrativa en el marco de la pandemia. *Revista De Psiquiatría Clínica*, 58(1-2), pp. 7–14. <https://revistapsiquiatriaclinica.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/67452>

Freud, S. (2001 [1915] [1917]). “Duelo y melancolía”. En *obras completas, Tomo XIV, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. (pp. 235-256). Amorrortu.

García, L. I. (2022). Cuidar a los muertos, dejarse cuidar por ellos. *Heterotopías*. 5(9), 1–16. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/38146>

Gorer, G. (1965). *The pornography of death*. Anchor Books.

Guyomard, P. (2010). Tan sólo las palabras diferencian. En *R. Aceituno (comp.), Espacios de tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización* (pp. 183-198). Universidad de Chile.

Han, B. (2020). *La desaparición de los rituales*. Herder Editorial.

Henao-Kaffure, L. (2009). El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 9 (19): 53-68. : <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf>

Hernández VL. Lo real del silencio. pandemia, muerte, duelo y psicoanálisis. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 25(1):313-333. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi221p.pdf>

Huarcaya-Victoria J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Rev Perú Med Exp Salud Publica*, . 2020;37(2): 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

James, W. (2023). Structural Narrative Analysis. In *Varieties of Qualitative Research Methods: Selected Contextual Perspectives* (pp. 451-455). Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1080/03623319.2023.2243681>

Klein, M (2016). *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Editorial Paidós.

Lustgarten de Canteros, N. (2022). *El cuerpo en la experiencia psicoanalítica: Entre Freud, Lacan y Winnicott*. Pólvora Editorial.

Malpartida, D. (2021). *Crónica Psicoanalítica De La Pandemia -Los Muertos No Vuelven-*. Asociación Internacional Psicoanálisis a través del Arte Ediciones, Santiago de Chile.

Mazo, J., & Osorio, B. (2023). Apuntes sobre la transmigración de las almas: Sócrates, los animales y la muerte. En *En diálogo con platón Mazo, J., & Osorio, B.* pp- 16-33. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/10843/en%20dialogo%20con%20platon%20art%201a.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Mesa Social COVID-19. (2020). *Salud Mental en situación de pandemia*. Santiago de Chile. [https://cdn.digital.gob.cl/public\\_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Salud\\_Mental\\_V2.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Salud_Mental_V2.pdf)[https://cdn.digital.gob.cl/public\\_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Salud\\_Mental\\_V2.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Salud_Mental_V2.pdf)

Misenard. (1992). Introducción. En *lo negativo. Figuras y modalidades*. Amorrortu.

Moeti, M., Gao, G. F., & Herrman, H. (2022). Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01328-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01328-9)

Molina, M. (2022). *Trazar la falta: Lacan, la letra y El origen del mundo*. Revista Humanidades, 12(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.15517/h.v12i2.50957>

Navarro, V. (2020). Trabajo técnico: El duelo en el confinamiento y el miedo al coronavirus N°1 – *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional INDE, Distanciamiento Social, aislamiento y miedo*. <https://www.clinicainde.com/wp-content/uploads/2021/10/1.2-El-duelo-en-el-confinamiento-y-el-miedo-al-coronavirus.pdf>

Núcleo Milenio DESOC, (2020). *Termómetro social N°4*. <https://nucleodesoc.cl/termometro-social/>

OMS, (2020). *Cumulative COVID-19 cases reported by countries and territories in the Americas Updated as of 27 Jul 2020*. Recuperado de: <https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-17277700.8881%2C-1043174.5225%2C-1770156.5897%2C6979655.9663%2C102100>

Orozco-Guzmán, M. (2022). Narrativas testimoniales sobre pandemia en Grupo de Acontecimiento. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Publicación semestral*, Vol. 11, No. 21 (2022) 36-45. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>

Patiño, D. (2022). Duelo por pérdida de un familiar en tiempos de COVID-19: una narrativa de dos vivencias. *Revista Perspectivas, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia*. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/638/6383364010/>

Pérez, E. (2022). "Narrativas de familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 en Chile sobre la muerte en Pandemia; Un estudio psicoanalítico". [Tesis para optar al grado de Magíster en psicología clínica, mención psicoanálisis, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/192505>

Pérez, E. (2023). Desaparecer en silencio: La muerte clivada y el duelo traumatizado en la era COVID-19. Artículo fue presentado el día 14 de octubre del 2023 en el XII CONGRESO FLAPSSIP, "PSICOANÁLISIS BORDES Y DESBORDES", en Santiago de Chile. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22074.61121>

Pérez, E. (2024). *El duelo en tiempos de pandemia: un acercamiento psicoanalítico*. Ril Editores: Santiago de Chile.

Pervin, N., & Mokhtar, M. (2023). Reflections on Doing Narrative Inquiry Research: From the Lens of Interpretive Paradigm, *Malaysian Journal of Qualitative Research*, Vol 9 (1). . <https://doi.org/10.61211/mjqr090104> [https://www.researchgate.net/profile/Nasrin-Pervin-2/publication/371665505\\_Reflections\\_on\\_Doing\\_Narrative\\_Inquiry\\_Research\\_From\\_the\\_Lens\\_of\\_Interpretive\\_Paradigm/links/648ddc7f95bbbe0c6ecf8325/Reflections-on-Doing-Narrative-Inquiry-Research-From-the-Lens-of-Interpretive-Paradigm.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nasrin-Pervin-2/publication/371665505_Reflections_on_Doing_Narrative_Inquiry_Research_From_the_Lens_of_Interpretive_Paradigm/links/648ddc7f95bbbe0c6ecf8325/Reflections-on-Doing-Narrative-Inquiry-Research-From-the-Lens-of-Interpretive-Paradigm.pdf)

Pommier, F. (2011). *Lo extremo en psicoanálisis*. Universidad de Chile. Colección Praxis Psicológica. Serie Psicoanálisis y Cultura.

Rabant, C. (1992). *Inventar lo Real: La Desestimación entre Perversión y Psicosis*. Ediciones Nueva Visión.

Reales, L., Robalino, G., Peñafiel, A., Cárdenas, J., & Cantuña-Vallejo, P. (2022). El Muestreo Intencional No Probabilístico como herramienta de la investigación científica en carreras de Ciencias de la Salud. *Universidad Y Sociedad*, 14(S5), 681-691. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/3338>

Rosolato, G. (1992). Lo negativo y su léxico. En *Lo negativo. Figuras y modalidades* (pp. 23-38). Amorrortu.

Ruiz, M. & Álvarez, M. (2023). La narrativa y sus aportes a la construcción del conocimiento social. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. vol. LIII, núm. 2, 2023, -Julio, pp. 385-400, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, Distrito Federal, México. <https://doi.org/10.48102/rlee.2023.53.2.544>

Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo, dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia*, No. 19 43-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>

Sylla, B. (2022). *Angústia, desamparo e experiênciã do tempo em contexto psicopatológico*. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81035/1/Bernhard\\_Sylla\\_Entre\\_Mundos.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81035/1/Bernhard_Sylla_Entre_Mundos.pdf)

Winnicott, D. (1954-1955). La posición depresiva en el desarrollo emocional normal. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia.

Winnicott, D. (1963). *Exploraciones psicoanalíticas I*. El miedo al derrumbe. Paidós.

Winnicott, D. (1965). *Exploraciones psicoanalíticas I. El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia*. Paidós.

Winnicott, D. (2021). *Obras Completas. Volumen 1. Cartas a la familia, escritos pediátricos y La defensa maníaca*. Editorial Pólvora.

Younas, A., Fàbregues, S., Durante, A., Escalante, E. L., Inayat, S., & Ali, P. (2023). Proposing the “MIRACLE” Narrative Framework for Providing Thick Description in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069221147162>

# CONSTRUCCIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA DEL TRAUMA COMPLEJO: UN SCOPING REVIEW

## CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN COMPLEX TRAUMA CLINIC: A SCOPING REVIEW

Alberto López-Vásquez<sup>1</sup>, Nicolás González-Araneda<sup>2</sup> y Paula Errázuriz<sup>3</sup>

\*Correspondencia:  
alverlo.uchile@gmail.com

RECIBIDO: JUNIO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

**Objetivo:** Conocer qué se ha descrito en la literatura especializada respecto de cómo influye el trauma complejo en la construcción y mantención de la alianza terapéutica en psicoterapia con pacientes adultos. **Método:** Se realizó una búsqueda en bases de datos Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO), PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), y Scielo, siguiendo las directrices PRISMA. **Resultados:** La búsqueda inicial mostró un total de 756 publicaciones, de las cuales 16 artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. Luego de revisar estos 16 artículos, se describen las características distintivas de la alianza en pacientes con trauma complejo, sus facilitadores, obstaculizadores, y se presentan recomendaciones clínicas para que los psicoterapeutas puedan construir alianzas de buena calidad. Se encontró que la alianza terapéutica en pacientes con trauma complejo está caracterizada por la presencia de los polos “desconfianza y credulidad”; se encuentra sujeta a rupturas permanentes; presenta un gran dinamismo y requiere más tiempo para su construcción que con otros pacientes. **Conclusiones:** Se discute la relevancia profesional de que los terapeutas se entrenen en llevar a cabo procesos apropiados y respetuosos de reparación de rupturas de alianza con esta población.

**Palabras claves:** Trauma complejo; trastorno de estrés postraumático complejo; alianza terapéutica; ruptura-reparación; psicoterapia.

### Abstract

**Objective:** To explore what has been described in the specialized literature regarding how complex trauma influences the construction and maintenance of the therapeutic alliance in psychotherapy with adult patients. **Method:** A search was conducted in the databases Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO); PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), and Scielo, following PRISMA guidelines. **Results:** The initial search yielded a total of 756 publications, of which 16 articles met the inclusion criteria. After reviewing these 16 articles, the distinctive characteristics of the alliance in patients with complex trauma, its facilitators, and barriers were described, and clinical recommendations for psychotherapists to build high-quality alliances were presented. It was found that the therapeutic alliance in patients with complex trauma is characterized by the presence of “distrust and credulity” poles; it is subject to frequent ruptures; it is highly dynamic and requires more time to build compared to other patients. **Conclusions:** The professional relevance of therapists being trained to carry out appropriate and respectful processes for repairing alliance ruptures in this population is discussed.

**Keywords:** Complex trauma; complex post-traumatic stress disorder; therapeutic alliance; rupture-repair; psychotherapy.

<sup>1</sup> Programa de doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Estudiante doctorado MIDAP.

<sup>2</sup> Programa de doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Estudiante doctorado MIDAP. Docente Adjunto Universidad de O’ Higgins.

<sup>3</sup> Académica Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora Asociada MIDAP. Investigadora Fundación PsiConecta.



## INTRODUCCIÓN

El trauma complejo (Herman, 1992a; Courtois & Ford, 2020) describe la experiencia de haber vivido múltiples eventos potencialmente traumáticos, repetidos a través del tiempo; prolongados y que tienen un impacto profundo sobre el desarrollo de las personas. Suponen una etiología relacional, inician tempranamente en la vida y cursan de manera crónica (Cook et al., 2003; Courtois, 2004; van der Kolk, 2005).

Incluye la presencia de situaciones extremas, peligrosas y dañinas para la salud mental de las víctimas, como el maltrato infantil en sus diferentes formas (Cook et al., 2003; Courtois, 2004): abuso emocional, abuso sexual, maltrato físico, negligencia, y también haber presenciado violencia doméstica (Spinazzola et al., 2005).

Frecuentemente, estas experiencias provienen de dificultades del sistema de cuidado para brindar la seguridad emocional que los niños requieren, violando así la expectativa de contar con cuidadores confiables, nutritivos y protectores (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013). Corresponden a dinámicas de cuidado asociadas al apego desorganizado y a la presencia de psicopatología (Lyons-Ruth & Jacobitz, 2008). Las conductas atemorizadas o atemorizantes del cuidador despiertan en el niño un estado paradójico de miedo sin solución: por un lado, necesita a los cuidadores para regular sus propios estados emocionales en situaciones de estrés, pero al mismo tiempo teme acudir a ellos ya que son experimentados como la fuente de peligro y amenaza (Main & Hesse, 1990).

## El diagnóstico en trauma complejo

Inicialmente, las consecuencias derivadas del trauma fueron comprendidas a partir del diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático (TEPT), incluido en el DSM-III (APA, 1980) y entre cuyos síntomas se encuentra la clásica triada de reexperimentación, evitación e hiper alerta.

Sin embargo, a partir del estudio del trauma relacionado con los abusos en la infancia, surgieron

ideas de ampliar el diagnóstico de TEPT, tarea liderada por Judith Herman (1992b) quien formuló el denominado trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C), permitiendo así una comprensión más profunda de los sobrevivientes y el diseño de tratamientos más personalizados y efectivos (Cloitre, 2020; Maercker et al., 2022).

También se han realizado importantes contribuciones en este campo a partir del estudio minucioso de la disociación, entendida como una característica esencial en el TEPT-C (Van der Hart et al., 2005).

Se observa en los sobrevivientes de TEPT-C una tendencia a la vulnerabilidad que aumenta el riesgo de repetir el daño en la vida adulta, ya sea a través de la práctica de autolesiones o a la exposición de nuevas experiencias abusivas (Herman, 1992b), incluyendo la presentación de nuevas agresiones sexuales (Messman-Moore et al., 2005). En el campo del trauma complejo, lo traumático reside en el vivir cotidiano de las víctimas y sus efectos se están viviendo de manera permanente, a cada momento (Lecannelier, 2018).

En su artículo del 1992, Herman anunció que el equipo del DSM-IV (APA, 1994) se encontraba evaluando incluir un nuevo diagnóstico: *Trastornos de estrés extremo no especificado*, más conocido por su denominación en inglés DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) (van der Kolk et al., 2005), que se encuentra relacionado con el TEPT-C y que se suelen considerar como sinónimos.

Sin embargo, el DSM-IV no incluyó este diagnóstico y tampoco lo hizo en ninguna de sus versiones posteriores DSM-IV-R (APA, 2000) o DSM-V (APA, 2013) debido a que el comité no habría encontrado evidencia suficiente basada en estudios empíricos que sostuviera el constructo (Resick et al., 2012). De este modo, el DESNOS fue considerado como una forma más severa de TEPT pero no como una entidad independiente que justificara su inclusión en el DSM.

El CIE-11 (World Health Organization, 2018), por su parte decidió acoger finalmente el TEPT-C como un diagnóstico distinto del TEPT, sosteniendo que se desarrolla después de haber estado expuesto a un evento o serie de eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil escapar (ej:

tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Además de cumplirse todos los criterios del diagnóstico TEPT, se agregan: 1) problemas en la regulación del afecto; 2) autopercepción disminuida, sumado a sentimientos de desvalorización, vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático y 3) dificultades para conservar relaciones y sentirse cerca de los demás; clusters de síntomas que representan alteraciones generalizadas y crónicas de la autoorganización. Estudios recientes (Cyr et al., 2022; Nestgaard & Schmidt, 2021) han dado cuenta de la utilidad clínica de este diagnóstico.

Como se pudo apreciar, distintos equipos de especialistas dieron cuenta a través del tiempo que los síntomas específicos de los traumas repetidos y prolongados no lograban ser representados por la alternativa diagnóstica psiquiátrica del momento (TEPT), surgiendo como nuevas referencias conceptos como trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C, Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Herman, 1992b; Maercker, 2021); trastorno de estrés extremo no especificado (DESNOS, van der Kolk et al., 2005) y trastorno traumático del desarrollo/Trauma complejo del desarrollo (van der Kolk, 2005).

## La variable vincular en el trauma complejo

Se han descrito alteraciones interpersonales significativas en sobrevivientes, tales como la desconfianza persistente; dificultades para desarrollar intimidad emocional; aislamiento y distanciamiento. Personas en una posición de autoridad podrían ser percibidas como impredecibles y potencialmente amenazantes; alguien, por tanto, a quien se necesita controlar. Se desconfía del otro por temor a que en la relación se instale la coacción, la fuerza o el control autoritario (Herman, 1992a).

La propia historia de abandono e indefensión puede llevar a que el paciente desarrolle la necesidad de contar con un salvador que lo proteja de la amenaza, quedando un posible psicoterapeuta muy idealizado.

Sin embargo, si el profesional no llegara a ajustarse a las expectativas del paciente, podría aparecer una rabia muy intensa: no hay espacio para tolerar el error que proviene de alguien a quien se necesita mucho, y el registro emocional adquiere entonces una cualidad visceral, de vida o muerte (Dalenberg, 2000).

En el contexto psicoterapéutico, la calidad del vínculo terapeuta-paciente es uno de los tres componentes que definen la Alianza Terapéutica (Bordin, 1979). Diversos estudios han demostrado consistentemente que la alianza es un componente esencial del tratamiento, y que se encuentra relacionada positivamente con los resultados (Constantino et al., 2018; Fluckiger et al., 2018).

Se ha demostrado que las características del paciente son relevantes para la psicoterapia y que contribuyen al establecimiento de la relación diádica (Flückiger et al., 2018). Más específicamente, se ha observado que las relaciones objetales del paciente tienen un impacto respecto de la calidad de la alianza percibida por éste. En ese sentido, variables como el apego inseguro se han encontrado asociadas con el reporte de una alianza de menor calidad (Errázuriz et al. 2014).

Debido a que el factor interpersonal es relevante para la construcción de una buena alianza, y que la asimetría propia del contrato terapéutico podría gatillar respuestas automáticas no deseadas que ponen en riesgo la estabilidad de la relación, planteamos entonces la pregunta que guiará la presente revisión: ¿Qué se ha descrito en la literatura respecto de cómo influye el trauma complejo en la construcción y mantención de la alianza terapéutica con pacientes adultos? A su vez, se describen tres objetivos específicos: 1) conocer las características distintivas del proceso de construcción de alianza terapéutica en pacientes adultos con trauma complejo; 2) conocer los factores que contribuyen a mantener una alianza terapéutica de buena calidad e 3) identificar recomendaciones clínicas para terapeutas que trabajan con esta población.

## MÉTODO

La presente revisión ha sido efectuada siguiendo las recomendaciones de la Guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), desarrollada por Page et al. (2021) y la extensión para Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

### Estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas fueron Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO), PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), y Scielo. La ecuación de búsqueda que se empleó fue la siguiente: ((“therapeutic alliance”) OR (“working alliance”) OR (“therapeutic relationship”) OR (“alliance”) OR (“therapeutic bond”)) AND ((“complex trauma”) OR (“complex PTSD”) OR (“CPTSD”) OR (“complex post traumatic stress disorder”) OR (“DESNOS”) OR (“disorder of extreme stress not otherwise specified”)). La búsqueda se realizó en título, resumen y palabras clave entre los meses de septiembre y octubre de 2022. Con fines de mayor exhaustividad, no se limitó la búsqueda a períodos específicos de tiempo.

### Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: 1) publicaciones originales con acceso a texto completo; 2) artículos escritos en inglés o español; 3) los participantes corresponden a población adulta. Esto quiere decir que, aunque se declare que la experiencia potencialmente traumática hubiese ocurrido en la infancia, el foco del análisis del artículo se encuentra en el tratamiento de adultos/as; 4) se alude a pacientes con presencia de trauma complejo o diagnosticados con Trastorno de estrés postraumático complejo, o bien, que exista referencia a la ocurrencia de eventos traumáticos repetidos y crónicos como elemento principal; y 5) se aprecia un foco del estudio en abordar la alianza o relación terapéutica.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) artículos que abordan el tratamiento de pacientes diagnosticados con algún cuadro psicótico; 2) artículos que incluyen terapia familiar; y 3) artículos que incluyen terapia de pareja.

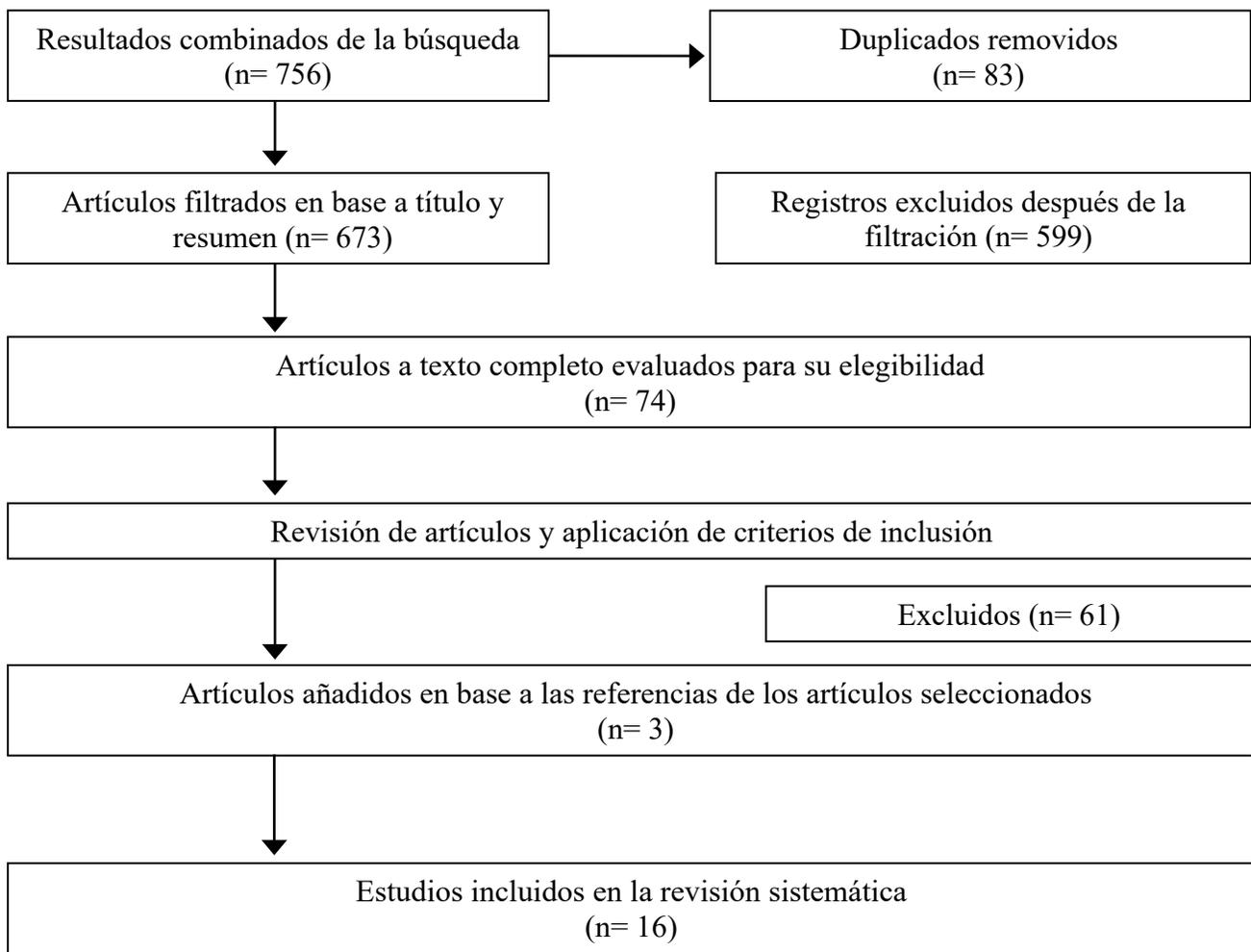
### Selección de estudios

Un total de 756 publicaciones fueron exportadas a Rayyan, plataforma que permite administrar y organizar revisiones sistemáticas de manera colaborativa con un par revisor. Para controlar el sesgo, los dos primeros autores realizaron el proceso de filtrar artículos de manera independiente. Se realizaron reuniones sistemáticas para verificar los artículos que cumplían cada criterio de elegibilidad. La tercera autora supervisó el proceso de la revisión y ante posibles desacuerdos, actuaría como un tercero experto.

Del total de publicaciones, se identificó y verificó la existencia de 83 duplicados que fueron eliminados. Posteriormente, se procedió a la revisión de título, abstract y palabras claves, obteniéndose 74 artículos para lectura a texto completo y aplicación de criterios de elegibilidad. Al finalizar lectura a texto completo, se obtuvieron 13 artículos. Posteriormente, se revisaron las listas de referencias con el fin de identificar la pertinencia de incluir publicaciones adicionales relevantes, lo que llevó a la inclusión de tres nuevas publicaciones, resultando un total de 16 artículos seleccionados (ver figura 1).

Figura 1.

*Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.* El diagrama presenta una sistematización de los artículos revisados en las distintas etapas del proceso de selección y codificación para llegar a la muestra final.



## RESULTADOS

Se extrajeron datos clave de los 16 artículos seleccionados para esta revisión; vaciados en una ficha resumen (ver tabla 1).

Tabla 1.

*Características de los artículos seleccionados.*

Nº	Referencia y país.	Objetivo	Forma Verbal	Tipo de estudio	Tamaño Muestral
1	Au Buchon (2015) UK	Relato detallado de una psicoterapia cognitivo conductual de una sobreviviente. Se presenta la formulación del caso; se analiza la relación terapéutica y las intervenciones relacionales.	Traumas múltiples, severos y crónicos. Abuso. Abandono. TEPT-C.	Estudio de caso clínico	Una paciente adulta.
2	Baars et al. (2011) Países Bajos	Desarrollar un modelo de pronóstico basado en la experiencia de terapeutas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo y el trastorno de identidad disociativo.	TEPT-C. Trauma complejo. DESNOS Abuso infantil Abuso sexual continuo.	Empírico cuantitativo	42 terapeutas
3	Beaton & Thielking (2020) Australia	Explorar la perspectiva de los psicólogos sobre el tratamiento psicológico del TEPT Complejo en mujeres de 18-25 años con una historia de maltrato infantil.	TEPT-C Trauma complejo. Maltrato infantil.	Empírico cualitativo	10 terapeutas
4	Chu (1992). EE.UU	Proponer un modelo de tratamiento para los supervivientes de abusos en la infancia, describiendo etapas del tratamiento y sugiriendo intervenciones.	Abuso infantil. Negligencia. Maltrato físico. Abuso sexual. Abuso emocional.	Conceptual.	Viñetas de casos clínicos para ejemplificar.
5	Cloitre et al. (2005). EE.UU	Evaluar si la relación entre alianza terapéutica y la mejora de resultados terapéuticos está mediada por el desarrollo de habilidades de regulación emocional durante el curso del tratamiento.	TEPT. Abuso infantil: físico y sexual.	Cuantitativo	N= 34 pacientes.
6	Courtois(2020). EE.UU	Se revisa el impacto del trauma complejo y sus trastornos en las relaciones de los sobrevivientes y define algunos parámetros psicoterapéuticos que ayudan a promover la curación relacional.	Trauma complejo TEPT-C. Abuso infantil.	Conceptual.	-

7	Dalenberg (2004). EE.UU	Conocer los reportes de pacientes que habían completado terapias de trauma. Se discuten los motivos del enfado de los pacientes; la percepción de las razones de la ira del terapeuta; las respuestas del terapeuta a la ira del paciente, además de la satisfacción general con la terapia.	Trauma. Trauma complejo. Abuso en la infancia. Pérdida traumática. Violación. TEPT.	Empírico cualitativo	132 pacientes
8	Doukas et al. (2014). EE.UU.	Proporcionar información acerca de las características de los clientes (marcadores fisiológicos) que predicen cuáles clientes tienen mayor probabilidad de desarrollar una fuerte alianza al inicio de la terapia.	TEPT Violencia interpersonal extrema.	Empírico cuantitativo.	27 pacientes.
9	Elliott & Macdonald. (2021) UK	Se presentan los indicadores de dificultades en la alianza terapéutica; y los principios y las etapas de la tarea del diálogo relacional que se aplican en la terapia centrada en las emociones para resolver dichas dificultades.	Trauma complejo.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ilustrar.
10	Lawson et al. (2013). EE.UU	Dar cuenta de intervenciones terapéuticas fundamentales con pacientes con trauma complejo: reparación de la alianza; desarrollo del funcionamiento reflexivo y la mejora de la motivación.	Trauma complejo. Violencia de pareja. Terrorismo. Condición de refugiado. Veteranos de guerra.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar.
11	Mills, (2022). Canadá	A partir del estudio de un caso clínico de una terapia psicoanalítica de 3 años con un joven adulto con TEPT, se evalúa la naturaleza de los falsos recuerdos, la disociación, el apego, la relación terapéutica y el proceso del tratamiento.	Trauma complejo. TEPT Trauma extremo.	Estudio de caso clínico.	Un paciente.
12	Mlotek & Paivio (2017). Canadá	Describir la terapia centrada en la emoción para el TC y sus intervenciones primarias. Describir las fuentes de perturbación y los efectos a largo plazo del TC; revisar el marco teórico sobre la que se basa esta terapia, mecanismos de cambio y fases del tratamiento.	Trauma complejo. Abandono infantil. Abuso infantil. Maltrato emocional. Maltrato físico. Abuso sexual. Negligencia emocional.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar

13	Pain et al. (2010). Canadá	Se presentan algunas adaptaciones que se aplican a la terapia psicodinámica para un tratamiento más efectivo con pacientes con TC.	TEPT-C. Trauma complejo.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar.
14	Pearlman & Courtois (2005). EE.UU	Se discuten los problemas relacionales que suelen aparecer en el tratamiento de pacientes con trauma complejo, destacando retos comunes como la formación de la alianza terapéutica, la gestión de los límites y el trabajo con la disociación.	Trauma complejo. Trauma complejo del desarrollo. Violencia interpersonal. Explotación. Exposición traumática continua.	Conceptual	-
15	Reynolds et al. (2017). Irlanda.	Examinar cómo las características específicas de los individuos con trauma complejo se asocian con el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan y con la calidad de la alianza terapéutica.	Trauma complejo. TEPT/ crónico.	Empírico cuantitativo	59 pacientes.
16	Van Nieuwenhove & Meganck (2020) Bélgica.	Investigar la naturaleza de los patrones interpersonales en el trauma infantil y el proceso de cambio.	Trauma complejo. Trauma infantil.	Empírico cuantitativo y Método de comparación de casos (Método mixto)	3 casos clínicos

## Características Contextuales y Metodológicas

Los artículos seleccionados fueron publicados entre los años 1992 al 2022. El 43,75% fueron desarrollados en Estados Unidos (n=7). Los otros países que han generado investigación en la materia son Canadá (n=3), Reino Unido (n=2), Irlanda (n=1), Países Bajos (n=1), Bélgica (n=1), y Australia (n=1).

El 43,75% fueron estudios empíricos (n=7), 43,75% fueron publicaciones teóricas conceptuales (n=7). También se incluyeron estudios de caso (n=2).

## SÍNTESIS DE RESULTADOS

### La Alianza Terapéutica en Trauma Complejo

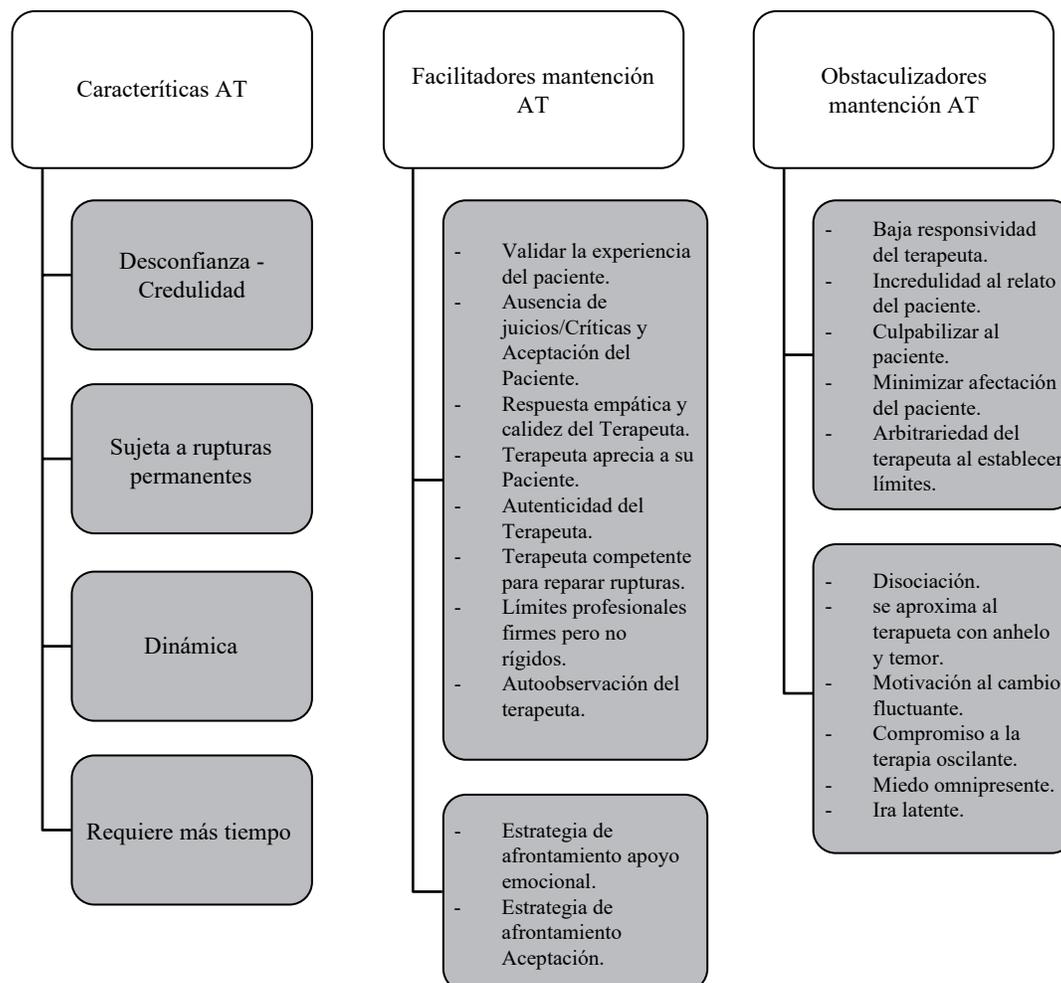
En su investigación realizada con 34 mujeres adultas con historias de adversidad temprana, Cloitre et al. (2004) encontraron que una relación terapéutica positiva en la fase inicial del tratamiento predijo una reducción de los síntomas de TEPT al final del tratamiento, éxito que estuvo mediado por la capacidad de regular el estado de ánimo negativo durante la intervención realizada en una segunda fase (terapia de exposición).

Se observó una contribución bastante sustancial de la alianza en el éxito del tratamiento de las mujeres. De hecho, el tamaño del efecto de la relación entre alianza terapéutica y el resultado en este estudio fue mucho mayor (.47) que el reportado en el metanálisis más reciente de Fluckiger et al. (2018; .278). De ahí que la alianza terapéutica aparece como un componente del tratamiento que debiera abordarse en la formación de los terapeutas, comprenderse mejor y supervisarse cuidadosamente.

Como se aprecia en la **figura 2**, es posible caracterizar la alianza terapéutica, identificando sus características distintivas; sus facilitadores y obstaculizadores en el tratamiento con pacientes adultos con trauma complejo.

Figura 2.

Características de la Alianza Terapéutica (AT) en Trauma Complejo.



Se reconoce como un componente crítico los *problemas de confianza*, no sólo dentro de las relaciones interpersonales del paciente, sino que también falta de confianza en la relación intrapersonal (Beaton & Thielking, 2020) producto de las experiencias de abuso experimentadas y las dificultades en el apego, lo que dificulta, a su vez, la confianza en la relación terapéutica (Lawson et al., 2013).

Se reconocen *rupturas de alianza terapéutica* a lo largo de la psicoterapia (Beaton & Thielking, 2020; Lawson et al., 2013) y procesos permanentes de conexión y desconexión (Chu, 1992) que estarían asociados a que el trauma se ha producido en un contexto relacional (Lawson et al., 2013). También se ha reportado que es frecuente que los problemas de confianza y otros síntomas tienden a agravarse hacia el final de la terapia por la potencial vivencia de abandono que se activa en los pacientes (Beaton & Thielking., 2020).

Se señala también que la alianza en estos casos no se mantiene estable en el transcurso del proceso, sino que sería *altamente dinámica*, transitando en algunos casos de manera dicotómica, de un polo (desconfianza) a otro (totalmente confiado y dependiente al terapeuta), lo que estaría relacionado a los modelos operativos internos del paciente (Courtois, 2020), la presencia de creencias erróneas de los pacientes respecto de la confiabilidad de la psicoterapia (Beaton & Thielking, 2020); y con que los pacientes poseen expectativas de los otros en la línea del rechazo, lo cual se extendería a la relación con el terapeuta.

Por lo anterior, se ha descrito que la construcción de una buena alianza requiere más tiempo que el empleado con otro tipo de pacientes (AuBuchon, 2015; Chu, 1992; Pain et al., 2010; Lawson et al., 2013), presentando los terapeutas a menudo la sensación de estar en una “montaña rusa terapéutica”, con escasa percepción de control, y una sensación constante de crisis inminente y peligro potencial (Chu, 1992).

## **FACILITADORES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRAUMA COMPLEJO**

El hallazgo más notable en el estudio de Reynolds et al (2017) es que las estrategias de afrontamiento

del paciente de *apoyo emocional* y *aceptación* fueron los mayores predictores de la calidad de la alianza. Si un paciente tiende a buscar apoyo de los demás para enfrentar momentos difíciles en sus vidas, aumentan las probabilidades de presentar mejores alianzas con sus terapeutas. Por su parte, los que aceptan la ocurrencia de un acontecimiento estresante en sus vidas y son capaces de tolerar sus consecuencias e implicancias también aumentan la probabilidad de tener una mejor alianza (Reynolds et al., 2017).

De parte del terapeuta, un componente propiciador de una buena alianza es la *ausencia de juicios y aceptación*, lo que potencia tanto una relación terapéutica segura (AuBuchon, 2015; Mlotek & Paivio, 2017) como el aumento de la seguridad del paciente (Courtois, 2020). Se espera que el terapeuta *aprecie* a sus consultantes (Elliott & Macdonald., 2021; Mills, 2022) propiciando así un adecuado vínculo, conexión y sintonía emocional (Mlotek & Paivio, 2017; Pearlman & Courtois, 2005). También es esencial que el terapeuta sea capaz de *validar la experiencia* del paciente (por ejemplo, AuBuchon, 2015; Mlotek & Paivio, 2017), y desarrolle *autonocimiento* (Elliot & Macdonald., 2021).

La *autenticidad del terapeuta* también es reconocida como un elemento facilitador de la alianza e incluso se lo considera un ingrediente propiamente terapéutico (Mills, 2022). El paciente con trauma complejo posiblemente apreciará una empatía genuina (Elliott & Macdonald, 2021; Mlotek & Paivio, 2017) y mostrará alta sensibilidad a las señales de hipocresía de su terapeuta (Dalenberg, 2004; Lawson et al., 2013).

También es relevante la presencia de un terapeuta competente, capaz de participar de la reparación relacional cuando se produce una interrupción del apego (Pearlman & Courtois, 2005).

Finalmente, los límites que se establecen al interior del espacio terapéutico debiesen ser negociados permanentemente con los pacientes (Dalenberg, 2004; Pearlman & Courtois, 2005), sin sacrificar la claridad de éstos (Chu, 1992; Courtois, 2020).

## OBSTACULIZADORES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRAUMA COMPLEJO

La *baja responsividad* del terapeuta sería evaluada por los pacientes como un elemento perjudicial para la construcción de la alianza (Chu, 1992; Dalenberg, 2004) y posiblemente interpretada como despreocupación (Elliott & Macdonald, 2021).

La percepción de *arbitrariedad del terapeuta* para establecer los límites de la terapia puede generar reacciones de ira que dificultan la mantención de una adecuada relación terapéutica (Dalenberg, 2004); lo anterior se relacionaría con la sensibilidad de los pacientes a las diferencias de control y poder en las relaciones (Elliott & Macdonald., 2021). Se dificulta la construcción de la alianza si el terapeuta *culpabiliza* (Dalenberg, 2004), minimiza la afectación emocional, o bien, reacciona con *incredulidad* (Elliott & Macdonald, 2021).

Del lado del paciente, es un obstaculizador que perciba a su terapeuta como una fuente contradictoria de *consuelo y peligro*, al que se aproxima con anhelo y temor (Pearlman & Courtois, 2005), la *ira latente* (Dalenberg, 2004); su *miedo omnipresente* (Pain et al., 2010), así como sus dificultades para mantener el *compromiso terapéutico* y la *motivación para el cambio* (Lawson et al., 2013). La disociación es una característica fundamental en la traumatización compleja que también ha sido reconocida como un problema para la alianza (Chu, 1992; Pearlman & Courtois, 2005).

## RECOMENDACIONES CLÍNICAS RELACIONALES EN PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA COMPLEJO.

La totalidad de los terapeutas entrevistados en el estudio de Beaton & Thielking (2020) consideraron que la relación terapéutica fue el foco principal del tratamiento en pacientes con trauma complejo, lo cual es consistente con los resultados de todos los artículos que abordaban el tratamiento. El campo relacional es el escenario donde las dificultades de apego de los pacientes se experimentan, se exploran, se comparten, se comprenden y finalmente se resuelven (Pearlman & Courtois, 2005), por lo que un deterioro

severo en la capacidad del paciente para construir una relación terapéutica sería un indicador de mal pronóstico (Baars et al., 2011). La relación terapéutica cumple dos funciones principales: a) proporcionar un ambiente seguro para re-experimentar los eventos traumáticos, y b) ayudar a corregir las experiencias negativas del pasado con las figuras de apego (Mlotek & Paivio, 2017).

Para que la terapia con sobrevivientes dé frutos, el terapeuta debe comprender la relevancia de promover confianza, reciprocidad y colaboración con su paciente (Chu, 1992). Esto se logra si el paciente es capaz de experimentar, a su vez, seguridad emocional en la relación con su terapeuta (Beaton & Thielking, 2020; Mills, 2022; Pearlman & Courtois, 2005).

La desconfianza típica no siempre se manifiesta de forma abierta en el tratamiento (van Nieuwenhove & Meganck., 2020), por lo tanto, el terapeuta no debe atender solo las cualidades manifiestas de la relación, sino que también debiese estar consciente de las dinámicas subyacentes al intercambio interpersonal.

Otros autores (Pearlman & Courtois, 2005) sostienen que la confianza puede verse facilitada cuando el paciente experimenta la autenticidad del terapeuta (Elliott & Macdonald, 2021), es decir, su verdadero yo; también se puede ver reforzada cuando el terapeuta es capaz de mostrar sus propias imperfecciones y limitaciones personales (Beaton & Thielking, 2020).

Es importante la respuesta empática, la delicadeza y amabilidad del terapeuta; compasión, consistencia, confiabilidad y actitud de no enjuiciar. Se requiere un profesional sensible, presente en el aquí y en el ahora (Pain et al., 2010); que no finja saberlo todo y que respete las percepciones y capacidades de su paciente. Es importante que el terapeuta acepte a su paciente, que lo aprecie (Elliott & Macdonald, 2021), que no lo avergüence por sus errores y problemas (Courtois, 2020) y que proporcione calidez (van Nieuwenhove & Meganck, 2020); que lo crea capaz de hacer cambios positivos, y que ofrezca credibilidad a su relato (Beaton & Thielking, 2020). Se espera que los terapeutas mantengan el foco en la resiliencia del consultante y su fortaleza, así como en el daño y su vulnerabilidad para ayudar a manejar la contratransferencia (Pearlman & Courtois, 2005).

El terapeuta no debiese apurar innecesariamente el ritmo de los tratamientos ni presionar a su paciente a hablar de lo que no quiere. Esta medida podría traducirse en procesos terapéuticos que probablemente van a requerir más tiempo que otros para culminar (Beaton & Thielking, 2020; Pain et al., 2010; Pearlman & Courtois, 2005).

Es útil que el terapeuta transmita durante todo el proceso, y particularmente al inicio de la terapia, algunas ideas acerca de los principios de la recuperación, como si estuviera “compartiendo un mapa” (Pain et al., 2010), con el fin de contribuir a la predictibilidad. Asimismo, parece relevante explicitar al paciente que no se encuentra solo, y que el problema en discusión será resuelto como un equipo colaborador (AuBuchon, 2015).

La propia confiabilidad y consistencia del terapeuta pueden ser, paradójicamente, incomprensibles y amenazantes, en lugar de reconfortantes para el paciente. De ahí que la relación terapéutica es un *arma de doble filo* (Courtois, 2020; Chu, 1992) en sobrevivientes de trauma complejo, ya que una relación de confianza con el terapeuta representa una nueva experiencia relacional, que permite revisar y reelaborar las dificultades de apego. Sin embargo, son estas mismas dificultades de apego la que conducen a problemas para construir una relación terapéutica viable.

Puede ser difícil que el terapeuta entienda que el consultante puede experimentarlo como algo aterrador; por eso se sugiere plantear explícitamente al paciente que no va a resultar dañado (Pain et al., 2010; Courtois, 2020). En la misma línea, Chu (1992), sugiere ser extremadamente conservador con el contacto físico.

Las rupturas de alianza terapéutica parecen ser bastante comunes en los tratamientos (Beaton & Thielking, 2020), lo que da cuenta de la relevancia técnica de manejar los procesos de reparación de rupturas (Lawson et al., 2013; Elliot & Macdonald, 2021). Una de las estrategias recomendadas por los terapeutas consistió en que, para restablecer la confianza era importante identificar, analizar y reparar las rupturas lo antes posible (Beaton & Thielking, 2020) y presentar las dificultades de la alianza como una responsabilidad compartida, con el terapeuta asumiendo su propia

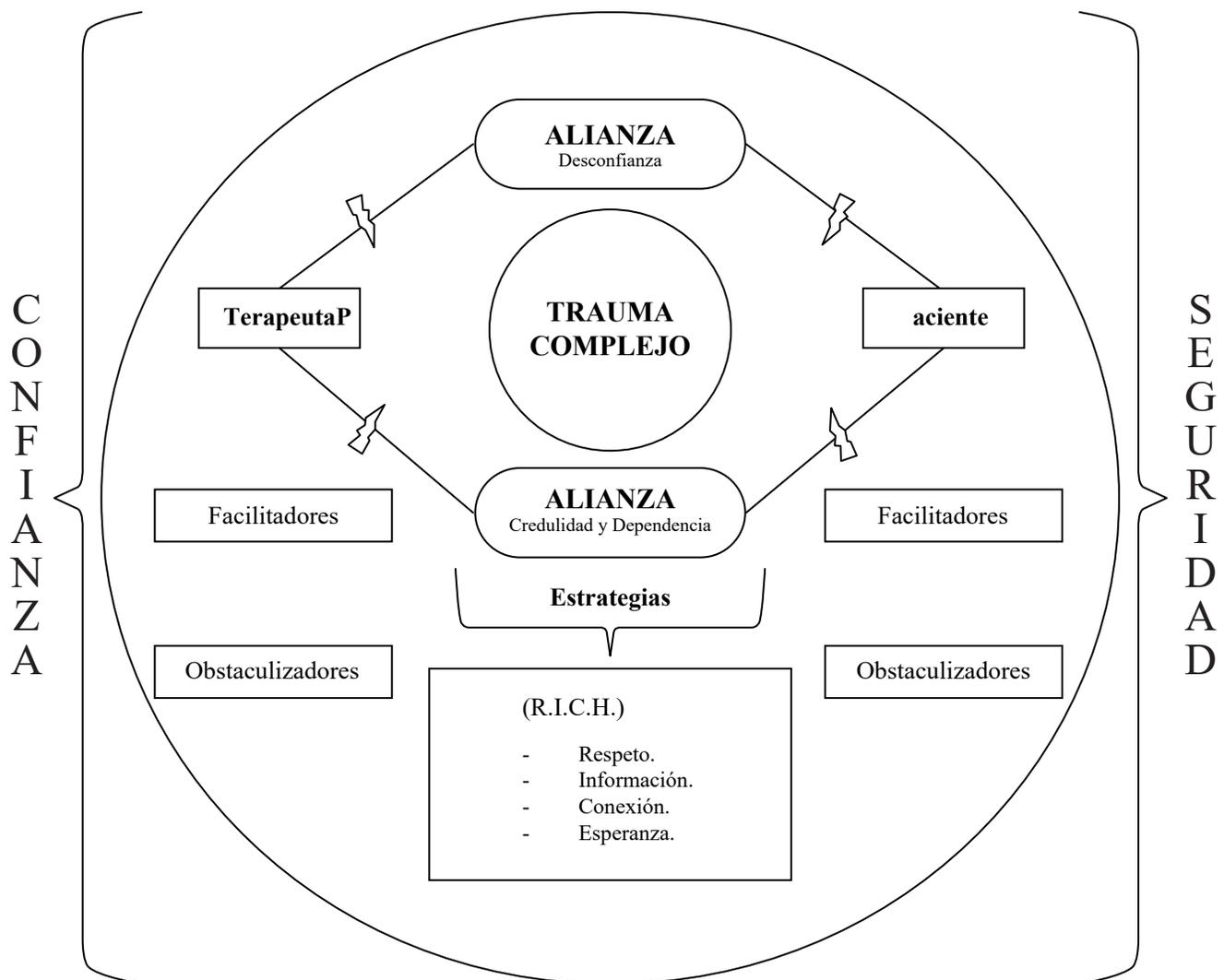
parte y explorando sus propios sentimientos de vulnerabilidad explícitamente con el paciente (Elliot & Macdonald, 2021).

Los pacientes del estudio de Dalenberg (2004) informaron mayor satisfacción con la terapia si el terapeuta era capaz de asumir la responsabilidad parcial en el intercambio de enojo con el paciente. En tal sentido, se recomienda a los terapeutas que muestren que la ira es posible en el contexto de la relación terapéutica y que no tiene por qué traducirse en abandono o peligro inminente. Las disculpas sinceras del terapeuta puede ser un gesto profundamente conmovedor y terapéutico que mejora la calidad de la relación.

Se recomienda aplicar estrategias de tratamiento que vayan en sintonía con las necesidades del paciente (van Nieuwenhove & Meganck, 2020) y no persistir cuando el mismo no responda de la forma prevista. También sugieren que el terapeuta evite situar al paciente de manera pasiva, que promueva la agencia de éste; y que supervise sus casos más complejos, así como realice formación especializada.

Una síntesis de los resultados puede encontrarse en la **figura 3**. Se presenta un setting clínico para el tratamiento de pacientes adultos con trauma complejo.

Figura 3.  
 Esquema Setting Clínico para el tratamiento de pacientes adultos con trauma complejo.



El componente central del tratamiento tiene que ver con la calidad del vínculo entre terapeuta y paciente, que es uno de los tres componentes de la alianza terapéutica. Esta relación suele estar marcada por polos que pueden ir desde la desconfianza franca hasta la total confianza y dependencia, pasando por otros estados relacionales que no son del todo conscientes para el paciente. La victimización de los sobrevivientes tiene un impacto muy profundo sobre sus relaciones interpersonales, incluyendo la relación terapéutica, lo que lleva a que el tratamiento esté marcado por permanentes eventos de ruptura de la alianza y los consecuentes intentos de reparación por parte del terapeuta. Para conseguir la necesaria reconexión, se requiere un setting clínico cuyos pilares estructurales sean la instalación de la confianza y la seguridad emocional, lo que muy probablemente requiere tiempo.

Luego, se observa que, del lado del paciente, se encuentran factores que facilitan y otros que tienden a obstaculizar la construcción de una alianza terapéutica de buena calidad. Lo mismo ocurre del lado del terapeuta. Finalmente, las estrategias específicas que aplica el psicoterapeuta en el tratamiento debieran estar al servicio de cuidar el vínculo en psicoterapia, así como promover los cuatro elementos esenciales de la recuperación: respeto, información, conexión y esperanza (RICH, por sus siglas en inglés) (Pearlman & Courtois, 2005).

El **respeto** alude al reconocimiento por el terapeuta y el entorno del paciente de la injusticia de la violencia experimentada y de sus consecuencias dañinas. La **información** incluye la comunicación de antecedentes respecto de las consecuencias de la violencia, las vías de recuperación y formas de ayudarse a uno mismo, así como ayudar a encontrar recursos materiales y sociales. La **conexión** tanto intra como interpersonales alude a reconocerse a uno mismo lo ocurrido, conectarse con la experiencia y con la comunidad en general, recibiendo apoyo y validación del entorno. Finalmente, la **esperanza** permite desarrollar una vida que merezca la pena vivir, contribuir al bienestar de los demás y crear sentido a la propia existencia (Pearlman, 2013).

## DISCUSIÓN

El TEPT-C es una condición debilitante asociada a un grave deterioro funcional; mayor comorbilidad, peor calidad de vida y mayores tasas de abandono terapéutico en comparación con el TEPT (Cloitre et al., 2019; Coventry et al., 2020). Nuevas investigaciones han identificado que terapias modulares multicomponentes y flexibles ofrecen una alternativa de tratamiento efectiva para este tipo de pacientes (Karatzias et al., 2023).

Estos enfoques terapéuticos promueven un alto nivel de personalización de los tratamientos, basados en el fundamento de que los síntomas o dificultades que son importantes para un individuo pueden no serlo necesariamente para otro individuo con la misma condición o diagnóstico; y que las necesidades de las personas con problemas de salud mental pueden modificarse con el tiempo y en el transcurso de un mismo tratamiento.

Se promueve que el paciente tome decisiones acerca de su terapia, en función de sus necesidades al momento de la consulta. Si bien estos enfoques suponen una serie de ventajas, también incluyen varios desafíos. Uno de ellos apunta a las habilidades y competencias del clínico para construir una buena alianza terapéutica con su paciente (Karatzias et al., 2023). Si el profesional no conoce suficientemente a su paciente y no logra conectar con él y sus necesidades, difícilmente se podrían tomar decisiones adecuadas acerca de, por ejemplo, la secuencia óptima en que se presentan los distintos módulos del tratamiento.

En ese contexto, la presente revisión de literatura destaca las condiciones fundamentales para construir una buena alianza terapéutica con esta población, siendo la *confianza* y la *seguridad* promovidas por el terapeuta, los dos pilares clave sobre los que descansa un buen tratamiento.

La importancia del factor interpersonal es evidente en el campo de la traumatización compleja: está presente en su etiología, en las consecuencias para la vida de los pacientes; y en el tratamiento (van Nieuwenhove & Meganck, 2019). No es fácil construir ni mantener una relación terapéutica de buena calidad con los

sobrevivientes y son conocidas las diversas demandas relacionales que plantean y que ponen en aprietos a los terapeutas (Courtois et al., 2020).

Uno de los aspectos más notables de esta revisión consistió en dar cuenta de las características de la alianza terapéutica en esta población. Si bien las rupturas de alianza terapéutica son inevitables y frecuentes en cualquier proceso terapéutico, es probable que las terapias con esta población estén sujetas a rupturas de mayor frecuencia y/o rupturas de mayor intensidad. Constatamos la relevancia profesional de que los terapeutas que trabajan con trauma complejo se entrenen en reparar rupturas de alianza terapéutica de una manera respetuosa y sensible a las particularidades de esta población. Adhiriendo a la extensa contribución de Muran & Eubanks (2020), planteamos que el proceso de ruptura-reparación representa una verdadera oportunidad para la recuperación y el cambio en psicoterapia. Sin embargo, para obtener los frutos de este tipo de intervenciones, se requiere a un profesional capaz de observar con humildad los momentos difíciles de su quehacer, así como de reconocer su propia responsabilidad en la ruptura.

Otra de las características de la alianza con estos pacientes es que se requiere tiempo para construirla, lo que puede influir en la duración total del tratamiento. Esto plantea la relevancia de analizar con detención los criterios para el alta terapéutica y la manera en que se trabaja este hito del proceso.

El dinamismo de la alianza terapéutica invita a los terapeutas a evaluar permanentemente la relación con su paciente, el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos y las estrategias técnicas para conseguir los resultados deseados. También se espera que mantengan apertura para recibir retroalimentación; incluso animando a los pacientes a que comuniquen las experiencias incómodas con el tratante. Los problemas de confianza, por su parte, parecen ser un llamado a que los terapeutas sean auténticos en el intercambio con su paciente, sin descuidar la ética profesional y el énfasis en la colaboración.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es probable que la búsqueda de literatura por medio de palabras claves haya sido muy restrictiva y que no haya logrado

recoger la totalidad de estudios que abordaban los casos de pacientes con trauma múltiples, crónicos y prolongados. Especialmente si se considera que el diagnóstico de TEPT-C fue incluido el 2018 en CIE-11 y que fue usada sólo por un grupo de especialistas antes de esa fecha en sus publicaciones, mientras que otros usaban los términos genéricos “trauma” o TEPT.

Dado que el concepto de alianza terapéutica y ruptura de alianza son intrínsecamente relacionales y complejos, se subraya la importancia de ser pluralista en las mediciones de estas variables en las investigaciones. Se sugiere considerar múltiples perspectivas: paciente, terapeuta y observador externo. Asimismo, se destaca el uso de métodos mixtos, sin descuidar los aportes de estudios de caso clínico, que integren el estudio del comportamiento en su contexto.

Se sugiere realizar más investigación para esclarecer los mecanismos de una reparación de ruptura de alianza terapéutica percibida como exitosa por esta población, lo que permitiría generar nuevas contribuciones a los modelos existentes.

Si bien las *rupturas por confrontación* (por ejemplo, quejas, críticas, hostilidad, comportamiento controlador) parecen ser bastante lógicas y comprensibles para el campo de la traumatización compleja, nos preguntamos por la relevancia de las *rupturas por retirada*, es decir, aquellos momentos en los cuales se observa un movimiento de alejamiento entre paciente y terapeuta, en los cuales, por ejemplo, el paciente guardia silencio o muestra un comportamiento apaciguador. Planteamos la necesidad de estudiarlas minuciosamente en este tipo de pacientes porque ahí donde un terapeuta poco experimentado podría estar interpretando conexión y alianza robusta (a partir de una actitud complaciente del paciente), en realidad, podría estar ocurriendo una falta de conexión que, si no se detecta y repara a tiempo, podría llevar al abandono de la terapia.

#### **FUENTES DE FINANCIAMIENTO:**

Este trabajo fue apoyado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID. Proyecto Fondecyt Regular 2019-1191299: “Modelo comprensivo de la alianza terapéutica en psicoterapia con pacientes con depresión: entendiendo la relación entre alianza, características de paciente/terapeuta, variables de proceso y resultados”, cuya investigadora responsable es Paula Errázuriz, Ph.D. Adicionalmente, ALV recibe financiamiento por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional 2022-21220790 y NG-A recibe financiamiento por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/2023-21232300.

#### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que el presente estudio se realizó en ausencia de cualquier conflicto de interés.

## REFERENCIAS

- APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3a ed.). (DSM-III). Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4a ed.). (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4a ed. revisada). (DSM-IV-R). Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5a ed.). (DSM-V). Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- AuBuchon, P. (2015). The therapeutic relationship as a critical intervention in a case of complex PTSD and OCD. En M. Bruch (Ed), *Beyond diagnosis. Case formulation in cognitive behavioural therapy* (pp.96-132). UK: Wiley BlackWell.
- Baars, E., van der Hart, O., Nijenhuis, E., Chu, J., Glas, J., & Draijer, N. (2011). Predicting stabilizing treatment outcomes for complex posttraumatic stress disorder and dissociative identity disorder: An Expertise-Based Prognostic Model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(1), 67-87.
- Beaton, J. & Thielking, M. (2020). Chronic mistrust and complex trauma: Australian psychologists' perspectives on the treatment of young women with a history of childhood maltreatment. *Australian Psychologist*, 55(3), 230-243.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260. doi: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0085885>
- Chu, J. (1992). The therapeutic roller coaster. Dilemmas in the treatment of Childhood abuse survivors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(4), 351-370.
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma population. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 129-131.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J.I., Brewin, C.R., Roberts, N.P., Karatzias, T., Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 833-842.
- Cloitre, M., Garvert, D., Weiss, B., Carlson, E. & Bryant, R. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: a latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10.
- Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12.

Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Miranda, R., & Chemtob, C. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411-416.

Constantino, M., Visla, A., Coyne, A., & Boswell, J. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy, 55* (4), 473-485.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398). <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van del Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress Network. <http://www.NCTSNet.org>

Courtois, C. (2020). Therapeutic alliance and risk management. En J. Ford & C. Courtois (Eds), *Treating Complex traumatic stress disorders in adults* (pp. 99-124). New York: The Guilford Press.

Courtois, C. & Ford, J. (2013). *Treating complex trauma: a sequenced relationship-based approach*. New York: Guilford.

Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41* (4), 412-425. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412

Coventry, P.A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N.P., Brown, J.V., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med 17*(8): e1003262.

Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., & Bélanger, C. (2022). Distinguishing among symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in a Community Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress, 35*(1), 186-196.

Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association.

Dalenberg, C. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 438-447.

Doukas, A., D'Andrea, W., Doran, J., & Pole, N. (2014). Psychophysiological predictors of working alliance among treatment-seeking women with complex trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 672-679. doi:10.1002/jts.21968

- Elliott, R. & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.
- Errázuriz, P., Constantino, M., & Calvo, E. (2014). The relationship between patient object relations and the therapeutic alliance in a naturalistic psychotherapy sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 254-269.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy. A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Ford, J.D. & Courtois, C.A. (2020). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults*. The Guilford Press.
- Herman, J. (1992a). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Basic Books.
- Herman, J. (1992b). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.
- Karatzias, T., McGlanaghy, E., & Cloitre, M. (2023). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): A New Modular Treatment for ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD). *Brain Sciences*, 13, 1300.
- Lawson, D., Davis, D. & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experience ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50 (3), 331-335.
- Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Santiago: Penguin.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobitz, D. (2008). Attachment disorganization. Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy and adulthood. En J. Cassidy, J. & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 666-697). New York: Guilford Press.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex posttraumatic stress disorder. *Lancet*, 400, 60-72.
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 8(7), 1-4.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. (pp.161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Messman-Moore, T., Brown, A., & Koelsch, L. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of traumatic stress*, 18(3), 253-261. doi:10.1002/jts.20023

- Mills, J. (2022). Treating a case of religious sex cult trauma. *Practice innovations. Advance online publication*, 7(4), 358.
- Mlotek, A. & Paivio, S. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.
- Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2020). *Therapist performance under pressure. Negotiating emotion, difference, and Rupture*. American Psychological Association.
- Nestgaard, A. & Schmidt, C. (2021). Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 2002028.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pain, C., Lanius, R., Ogden, P., & Vermetten, E. (2010). Psychodynamic psychotherapy: adaptations for the treatment of patients with chronic complex post-traumatic stress disorder. En R. Lanius; E. Vermetten; C. Pain. (Eds), *The impact of early life trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. (pp. 286-294). UK: Cambridge University Press.
- Pearlman, L. (2013). Restoring the self in community: collective approaches to psychological trauma after genocide. *Journal of Social Issues*, 69(1), 111-124.
- Pearlman, L. & Courtois, C. (2005). Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Suvak, M., Wells, S., Wiltsey, S., & Wolf, E. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD Literature: implications for DSM-5. *Journal of traumatic Stress*, 25, 241-251.
- Reynolds, C., Sims, J., Webb, K., Corry, M., McDermott, B., Ryan, M., Shannon, M., & Dyer, K. (2017). Factors that predict the therapeutic alliance in a Chronic, Complex trauma sample. *Traumatology*, 23(4), 294-302.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 425-436.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Stelle, K. (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 413-423.

van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatrics annals*, 35 (5), 401-408.

van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 389-399.

van Nieuwenhove, K. & Meganck, R. (2020). Core interpersonal patterns in complex trauma and the process of change in psychodynamic therapy: a case comparison study. *Frontiers in Psychology*, 11(122).

van Nieuwenhove, K. & Meganck, R. (2019). Interpersonal features in complex trauma. Etiology, consequences, and treatment: A Literature Review. *Journal of Agression, Maltreatment & Trauma*, 28(8), 903-928.

World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems (11th Revision).

# REVISIÓN DEL USO DE PLATAFORMAS DIGITALES MÓVILES COMO HERRAMIENTA DE REENTRENAMIENTO COGNITIVO EN PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES

## REVIEW OF THE USE OF MOBILE DIGITAL PLATFORMS AS A TOOL FOR COGNITIVE RETRAINING IN PATIENTS WITH BRAIN INJURIES

Elizabeth Godoy Fernández<sup>1</sup>

\*Correspondencia:  
ps.elizabeth.godoy@gmail.com

RECIBIDO: JUNIO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

El re entrenamiento cognitivo surge como herramienta en la rehabilitación con el objetivo de abordar los déficits cognitivos en las áreas de atención, lenguaje, entre otras ya que las personas que se someten al proceso de rehabilitación cognitiva y al reentrenamiento cognitivo pueden mejorar sus conexiones neuronales y adicionalmente un reaprendizaje funcional, sin embargo, surge la necesidad de buscar en la literatura qué aplicaciones se utilizan. **Objetivo:** Sistematizar la literatura sobre las herramientas digitales para celulares y/o dispositivos móviles utilizadas para el reentrenamiento cognitivo de pacientes con lesión cerebral adquirida. **Método:** Para el presente estudio se realiza una revisión sistematizada en las bases de datos EBSCO y SCIELO, posteriormente se realiza una evaluación de expertos. **Resultados:** Se logró recabar 22 aplicaciones con respaldo teórico utilizadas para el reentrenamiento cognitivo.

*Palabras claves:* Reentrenamiento cognitivo, aplicaciones móviles, lesiones cerebrales adquiridas.

### Abstract

Cognitive retraining emerges as a tool in rehabilitation with the aim of addressing cognitive deficits in areas such as attention, language, and others, as individuals undergoing cognitive rehabilitation and retraining can improve their neural connections and achieve functional relearning. However, there arises a need to search the literature for the applications used. **Objective:** To systematize the literature on digital tools for cell phones and/or mobile devices used for cognitive retraining in patients with acquired brain injury. **Method:** A systematic review will be conducted using the EBSCO and SCIELO databases, followed by an expert evaluation. **Results:** It was possible to collect 22 applications with theoretical support used for cognitive retraining.

*Keywords:* Cognitive retraining, mobile apps, acquired brain injuries.

<sup>1</sup> Facultad de psicología, Universidad Diego Portales.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones cerebrales adquiridas son un daño cerebral que puede ocurrir por un agente interno o externo que altera el funcionamiento del cerebro y que genera la posibilidad de provocar en la persona problemas físicos, sensoriales, dificultades cognitivas y problemas en la comunicación (Complejo hospitalario de Navarra, 2013). Dentro de las lesiones cerebrales adquiridas se pueden encontrar comúnmente los traumatismos encéfalo craneanos (TEC), los que representan la primera causa de muerte y discapacidad en Chile dentro del rango etario de 20 a 40 años, produciendo principalmente secuelas en personas que se encuentran en edad productiva, especialmente secuelas cognitivas que pueden significar una dificultad o incluso una imposibilidad para el regreso a las actividades diarias realizadas anteriormente (Superintendencia de Salud, 2022).

En ese escenario, la rehabilitación cognitiva ha resultado ser efectiva para enseñar estrategias en diversos dominios cognitivos como lo son la atención y la velocidad de procesamiento (Cicerone et al., 2011; van Heugten et al., 2012). Dentro de la rehabilitación cognitiva es importante destacar el uso del reentrenamiento cognitivo el que busca abordar los déficits cognitivos, ya que las personas que se someten al proceso de rehabilitación cognitiva y al reentrenamiento cognitivo pueden mejorar sus conexiones neuronales y adicionalmente generar un reaprendizaje funcional (Kimberley et al., 2010).

De forma específica surge el reentrenamiento o estimulación cognitiva mediante computadora, como un método bottom-up cuyo propósito es mejorar las habilidades cognitivas necesarias para recibir información sensorialmente, procesar esta información de manera exitosa y potenciar la mayor independencia posible (Li et al., 2013).

Este reentrenamiento es utilizado de forma más frecuente en el proceso de rehabilitación debido a que existe una disponibilidad limitada de especialistas para continuar el apoyo a los pacientes posterior a la fase aguda y adicionalmente se presentan barreras para acceder a un tratamiento debido a problemas

económicos, diferentes ubicaciones geográficas, entre otros (Bilbao, 2008). Entonces ante estas barreras surge el reentrenamiento cognitivo mediante dispositivos móviles como una medida “Considerada Optima” por los profesionales de la salud para seguir con el proceso de rehabilitación y suplir estas barreras anteriormente nombradas.

Sin embargo, esto puede ser a su vez un posible riesgo al realizar esta técnica de forma indiscriminada y sin un plan de tratamiento específico detrás, a la vez que se puede usar de forma general sin considerar las especificidades de las plataformas o si es que efectivamente buscan re entrenar lo que “se supone que re entrena”, es por ello que surge la necesidad de tener un registro de plataformas móviles con respaldo para realizar este re entrenamiento, determinar cuáles pueden ser de mayor utilidad y consultar la opinión de los expertos sobre su uso.

Considerando lo anterior, es importante antes de generar un programa de re entrenamiento cognitivo, realizar evaluaciones neuropsicológicas a los pacientes, para poder establecer qué procesos se encuentran preservados y cuáles deben ser trabajados mediante re entrenamiento cognitivo, ya que las tareas informatizadas que se realizan nos permiten entregar un programa adaptado a la necesidad de cada paciente, teniendo la posibilidad de manipular los aspectos temporales, espaciales y la cantidad de materiales necesarios (Fenoy López, 2012). En este contexto, se reafirma la necesidad de buscar en la literatura qué aplicaciones se utilizan, cómo se utilizan, y posteriormente analizar la opinión de cinco expertos del área de neuropsicología.

## MÉTODO

El objetivo principal del estudio realizado fue sistematizar la literatura sobre las herramientas digitales para celulares y/o dispositivos móviles utilizadas para el reentrenamiento cognitivo de pacientes con lesión cerebral adquirida. De forma secundaria se propuso identificar aplicaciones móviles disponibles para realizar reentrenamiento cognitivo; analizar los dominios cognitivos que pretende reentrenar cada una de las

aplicaciones en función de criterios de pertinencia y funcionalidad; y valorar las fortalezas y debilidades de cada una de las aplicaciones encontradas.

Para esto se realizó una búsqueda en dos bases de datos EBSCO y SCIELO desde el 2009 al 2022, adicionalmente se realizó una búsqueda dentro de las referencias bibliográficas de la literatura encontrada. Se desarrolló una estrategia de búsqueda utilizando los términos indexados y palabras relacionadas: Cognitive Retraining and brain; Brain injury and apps mobile; Brain injury and telerehabilitation or tele-rehabilitation; Rehabilitation and apps, mobile, and brain; Traumatic brain injury, and retraining; Memory and apps; Games and rehabilitation and apps mobile; Applications for cognitive training of people with brain injury; Mobile apps and memory and brain injuries; Mobile applications used for cognitive stimulation in brain injuries; Brain injury and apps mobile and cognition.

## **Aceptación y exclusión de artículos**

De los 120 artículos resultantes, se consideraron los siguientes requisitos para determinar los artículos aceptados. Se incluyeron los artículos que: (1) Presentan información sobre plataformas digitales y estimulación cognitiva (2) Proponen o exponen una aplicación móvil para el reentrenamiento cognitivo (3) se refieren a poblaciones que presenten lesión cerebral adquirida y/o demencia. Los criterios de exclusión fueron: (1) Programas que no fueran utilizables en dispositivos móviles (2) Plataformas que no se encuentren de forma accesible para ser descargadas (3) Plataformas que no sean utilizadas en población con lesión cerebral (4) Plataformas que tengan como objetivo compensación funcional.

Finalmente, se estableció el criterio de que las publicaciones consideraran aplicaciones que cumplieran con tres condiciones: ser gratuitas, utilizadas para reentrenamiento cognitivo, usadas en celulares.

## **Selección de aplicaciones para análisis**

De las aplicaciones encontradas, se seleccionaron cuatro aplicaciones para ser sometidas al análisis de cinco expertos del área de la neuro-rehabilitación, la selección de estas aplicaciones fue realizada bajo los siguientes criterios: (1) Fueran aplicaciones enfocadas principalmente una sola función cognitiva; (2) pretendieran re entrenar funciones cognitivas distintas (3); se encontraran en español (4); presentaran una tarea inicial que ejemplifica el funcionamiento de la aplicación (5); tuviera una actividad que pudiera ser realizada en menos de 10 minutos. Las aplicaciones elegibles fueron las siguientes: Lumosity, Brain HQ, Scrable y Torre de Hanoi y fueron posteriormente analizadas con dos instrumentos: "System Usability Scale: Cognitive stimulation apps" y "Scale of associated cognitive functions", siendo el primero una escala de funciones cognitivas asociadas en donde se pidió al experto evaluar en cada aplicación la función cognitiva que estimula.

## **Creación y adecuación de instrumentos de evaluación**

Para la realización de la evaluación de las aplicaciones que buscaba poder responder a los objetivos se procedió a la creación y adecuación de dos instrumentos: El primer instrumento fue una adaptación de la escala de usabilidad "System Usability Scale (SUS) (Martins et al, 2015)" que es un instrumento utilizado para la evaluación de la usabilidad de una amplia gama de productos e interfaces de usuarios a través de 10 preguntas puntuadas con una escala likert de 1 a 5, siendo 1 totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Se revisó este material y se mantuvieron los ítems 1 a 6 de la escala original y se agregan los ítems 7, 8 y 9 enfocados en la funcionalidad de la aplicación en lesión cerebral.

Este instrumento fue adaptado para solicitar a los expertos evaluar en función de: Pertinencia y

funcionalidad para trabajar el factor cognitivo que pretende estimular, accesibilidad de la aplicación, usabilidad y manejabilidad de la aplicación y por último, necesidad de soporte para el manejo, los criterios fueron elegidos y adecuados en base a los propuestos por System Usability Scale (SUS) (Martins et al, 2015). De forma paralela se crea un instrumento para clasificar por funciones cognitivas las aplicaciones que muestran a los expertos.

## Evaluación de expertos piloto

En lo referente a la modalidad de la evaluación de expertos, inicialmente se realizó una evaluación piloto con un experto el día 14 de diciembre el mismo año, al que se le pidió evaluar las siguientes aplicaciones: Cogmed, Brain 4 All, GRADIOR, Brain HQ y Cogni fit. Siguiendo la recomendación del experto, estas aplicaciones fueron cambiadas para la fase de evaluación de expertos final, ya que estas aplicaciones presentaban diversas tareas que no permitían demostrar en una limitada prueba la totalidad de su funcionamiento, por lo que se consideró que no se permitiría evaluar la usabilidad y funcionalidad de forma integral y se prefirió elegir aplicaciones que inicialmente presentan una mono tarea o tareas cortas que se sigan repitiendo a lo largo del uso de la aplicación y se enfoquen principalmente en estimular una función cerebral, en base a la retroalimentación se eligen finalmente las siguientes aplicaciones para ser revisadas por expertos: “Lumosity”, “Brain HQ”, “Scrabble” y “Torre de Hanoi” (La que si bien originalmente es considerada una evaluación de las funciones ejecutivas, en la búsqueda de aplicaciones los expertos consideran que el formato de aplicación móvil de la prueba es útil para el re entrenamiento cognitivo).

## Evaluación de expertos

Para la evaluación de expertos final, se contactó a expertos en neuropsicología, siendo cuatro de los expertos psicólogos con formación de postgrado en

neuropsicología y un experto cuya profesión terapia ocupacional con experiencia en neuro rehabilitación. Esta cifra fue elegida ya que una muestra de cinco usuarios se considera suficiente para identificar problemas de usabilidad (Nielsen, 2012).

Posteriormente se realizó la evaluación de expertos, siendo en promedio una sesión de 45 minutos cada uno. En esta evaluación se presentó las aplicaciones finales seleccionadas, la modalidad de evaluación fue presencial y online. La modalidad presencial incluyó el contacto por vía Whatsapp con los expertos para agendar una hora presencial de evaluación, en la cual se presentaron las tareas iniciales de las cuatro aplicaciones a evaluar, cada tarea fue ejecutada por los expertos quienes fueron interrogados con los dos instrumentos adjuntos en anexos “System Usability Scale: Cognitive stimulation apps” la cual pretende evaluar la usabilidad de las aplicaciones y “Scale of associated cognitive functions” que tiene por objetivo evaluar las funciones cognitivas que se pretenden reentrenar.

En ambos casos los participantes firmaron un consentimiento informado en el cual se establecen aspectos éticos de su participación en el estudio. Para la modalidad online se anexó el consentimiento informado en un formulario Google, en donde el experto a cargo acepta la participación en la instancia, posteriormente se hace entrega de un link de zoom en el cual se realiza la instancia presentando a través de pantallas compartidas un video del uso de la aplicación correspondiente y la actividad que se busca evaluar, cada aplicación fue acompañada de una breve introducción y posteriormente se realiza la aplicación de las escalas de evaluación de las aplicaciones.

## RESULTADOS

### Revisión de la literatura

El objetivo general del presente proyecto fue sistematizar la literatura sobre las herramientas digitales para celulares y/o dispositivos móviles utilizados para el reentrenamiento cognitivo de pacientes con lesión cerebral adquirida.

Esto se pudo lograr al poder al poder recabar 22 aplicaciones con respaldo teórico utilizadas para el re entrenamiento cognitivo, las cuales fueron extraídas de los 27 artículos aceptados, sin embargo, si bien se logran recabar aplicaciones sigue existiendo poca información sobre aplicaciones móviles para el propósito del re entrenamiento y en la búsqueda realizada sólo se encontraron aplicaciones que cumplieran los criterios de inclusión en el 20,4% de los artículos que hacen referencia al re entrenamiento cognitivo.

Las aplicaciones aceptadas en la revisión consideran aplicaciones especializadas en reentrenamiento cognitivo como Cogmed QM, Lumosity o Brain HQ y aplicaciones comerciales que pueden ser utilizadas para el reentrenamiento como lo son Scrabble y los crucigramas. Dentro de la búsqueda de aplicaciones la mencionada con mayor frecuencia es la aplicación Cogmed QM con siete menciones en los artículos leídos (Nowell et al., 2020; Gobet & Sala, 2020; Gopi et al, 2021; Becker et al, 2014; Hyer et al, 2016; Vermeij et al, 2016; Irazoki et al, 2020).

En torno a la categorización de las funciones cognitivas que pretenden reentrenar, gran parte de las aplicaciones (31,82%) buscan el reentrenamiento de las funciones ejecutivas, seguidas del 27,27% de las aplicaciones que se orientaban a reentrenar la atención, mientras que el 18,18% de las aplicaciones eran enfocadas principalmente en la memoria, un 13,64% se focalizaban en lenguaje y finalmente, el 9,09% buscaban reentrenar la velocidad de procesamiento.

En relación con el origen de los artículos: Estados Unidos y Australia encabezan la lista con más artículos asociados (11,11%), seguidos de Italia (7,41%) y finalmente con un artículo cada uno se encuentran: Reino unido, Eslovaquia, Canadá, España, Grecia, Portugal, Suiza y los países bajos.

## Evaluación de las aplicaciones por expertos

Los objetivos específicos del presente proyecto correspondían a: Analizar los dominios cognitivos que pretende reentrenar cada una de las aplicaciones en

función de criterios de pertinencia y funcionalidad y valorar las fortalezas y debilidades de cada una de las aplicaciones encontradas, en base a eso y por razones prácticas se recurre a los expertos con cuatro aplicaciones que buscan re entrenar funciones cognitivas diferentes entre sí en base a lo recopilado por la literatura.

## Funciones cognitivas

De las aplicaciones utilizadas para la evaluación de expertos, “Lumosity” fue principalmente considerada para estimulación de la atención, funciones ejecutivas y visoespacial por los cinco expertos. Asimismo, los expertos confirmaron que “Brain HQ” es una herramienta para la estimulación cognitiva de la atención, tal como sostiene la literatura. Cuatro de los cinco expertos, refieren que “Brain HQ” tiene capacidad de estimular las funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y percepción. En cuanto a “Scrabble”, su uso para la estimulación del lenguaje fue respaldado por los cinco expertos quienes a su vez sumaron las funciones ejecutivas como un componente que se identifica al ocupar la aplicación. Por último, la “Torre de Hanoi” es utilizable para el reentrenamiento de funciones ejecutivas a juicio de cinco expertos a favor y reentrenamiento de la atención según cuatro expertos. De forma general, fue posible constatar congruencia entre lo expuesto en la literatura y la valoración que realizaron los expertos respecto de las funciones cognitivas que se ponen en juego en las aplicaciones evaluadas.

## Funcionalidad

La aplicación con mayor puntaje de funcionalidad fue “Brain HQ” con un puntaje de funcionalidad de 12 de 15 puntos posibles, siendo la plataforma con mayor pertinencia para el reentrenamiento cognitivo en pacientes con lesión cerebral según los expertos, es relevante destacar que en términos de funcionalidad todas las aplicaciones presentan un puntaje promedio elevado.

## Usabilidad

Por otro lado, la aplicación que tuvo mejor puntaje promedio de usabilidad fue “Torre de Hanoi” siendo la plataforma que fue considerada más fácil y completa de usar para pacientes con lesión cerebral desde el juicio de expertos (23 de 30 puntos máximos). De forma paralela todas las puntuaciones promedio fueron homogéneas en esta dimensión, presentándose una variación de solamente un punto entre la aplicación mejor evaluada en términos de funcionalidad y la peor evaluada. Es relevante mencionar que tanto las plataformas “Brain HQ” como “Torre de Hanoi” fueron las que se consideraron con mayor puntaje global, ambas con 34 puntos de 45, considerando los ítems de: Manejabilidad, accesibilidad de la aplicación, necesidad de apoyo y funcionalidad.

## DISCUSIÓN

En primer lugar, surge la necesidad de seguir indagando en las funciones cognitivas que son óptimas para ser re entrenadas, ya que si bien para la atención, el lenguaje o la velocidad del procesamiento el re entrenamiento cognitivo es una práctica que se debe considerar estándar, esta no tiene el suficiente respaldo para las funciones ejecutivas por ejemplo, debido principalmente a que estas son contexto dependientes, esto resulta curioso al revisar lo recabado en la búsqueda, ya que de las 22 aplicaciones consideradas 7 fueron consideradas para el trabajo de las funciones ejecutivas, siendo que no se tiene comprobación de que el enfoque restaurativo funcione para estas.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que todos los artículos analizados fueron realizados con población no chilena, lo que se debe considerar a la hora de analizar estos resultados. De este modo, sería interesante validar el uso y resultados de estas aplicaciones con población chilena.

Sin embargo, la incorporación de expertos nacionales en el análisis de las aplicaciones puede ayudar a una lectura más cultural de la evaluación de las aplicaciones ya que son quienes conocen en profundidad la realidad de la rehabilitación neuropsicológica en Chile y pueden considerar si son o no recomendables para su población.

De forma complementaria una limitación del estudio realizado fue en torno a la usabilidad, ya que si bien como se comentó anteriormente la opinión de los expertos resulta sumamente valiosa, en futuros estudios se recomienda consultar la usabilidad con los propios pacientes que tengan lesión cerebral ya que así se puede considerar de forma más precisa si una aplicación puede ser fácil de usar para nuestra población objetivo.

Lo anteriormente comentado es relevante y se suma al hecho de que el reentrenamiento cognitivo es una herramienta que se debe considerar en la rehabilitación, entendiendo que si bien no es una rehabilitación en si misma si puede fortalecer el proceso y ayudar a aminorar el impacto de la falta de profesionales y de apoyo posterior a la fase aguda que presenta la persona con lesión cerebral, es por ello que es necesario futuras investigaciones en torno al uso de estas herramientas.

El presente estudio se propuso aportar a información sobre el uso de las aplicaciones móviles en rehabilitación, para lo que se pudo lograr extraer 22 aplicaciones que pueden ser un gran aporte para el trabajo con pacientes con lesiones cerebrales adquiridas, sin embargo, con la búsqueda de este respaldo se levantaron más aspectos que se deben considerar a la hora de ocuparlas y que sería relevante que en futuras investigaciones se abordaran. Por un lado los resultados mostraron que la aplicación mejor evaluada en funcionalidad, no necesariamente va a ser la más fácil de usar para el trabajo con los pacientes según los mismos comentarios de los expertos, surgiendo la necesidad de preguntarnos si es útil tener una aplicación con pertinencia para el re entrenamiento pero que nuestros pacientes no puedan ocupar de forma fácil.

En la literatura analizada identificamos aplicaciones que son accesibles y que pueden orientarse al trabajo en casa con pacientes posterior al periodo de hospitalización, sin embargo, tener una aplicación que potencialmente puede servir para el reentrenamiento, no es un equivalente a una técnica de rehabilitación que pueda generar beneficios si no se enmarca dentro de un plan de rehabilitación, considerando las dificultades y requerimiento de apoyos que puedan tener los pacientes, es por lo mismo que es necesario tomar estas aplicaciones y generar planes de acción en las instituciones sobre su uso y propósitos.

Por ello, es requisito revisar en el futuro a más profundidad las aplicaciones, evaluar su uso con los mismos pacientes, analizar las condiciones que debe requerir programa de reentrenamiento cognitivo, esto con el propósito de poder tener mayores lineamientos sobre el uso de aplicaciones que pueden tener mucha potencialidad en la rehabilitación pero que carecen actualmente de estandarización en su uso.

De forma complementaria, es importante considerar que en el presente estudio se revisaron las aplicaciones encontradas en la literatura, sin embargo, dentro de la revisión se consideraron tanto aplicaciones específicas para este uso como lo es Lumosity, como aplicaciones comerciales por ejemplo Scrabble, por lo que sería interesante en el futuro poder a su vez indagar sobre los diferentes beneficios o usos que se le pueden dar tanto a las aplicaciones comerciales como a las especializadas e investigar cuales presentan mejores beneficios para la población Chilena.

Este estudio abre interesantes posibilidades de uso de la tecnología para apoyar procesos de rehabilitación neuropsicológica y al mismo tiempo hace un llamado a los estados para aumentar la inversión en investigación aplicada que permita desarrollar estas tecnologías y financiar su uso de manera gratuita en población afectada.

### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que el presente estudio se realizó en ausencia de cualquier conflicto de interés.

## REFERENCIAS

- Anguera, J. A., Gunning, F. M., & Areán, P. A. (2017). Improving late life depression and cognitive control through the use of therapeutic video game technology: Customizing to the needs of older adults. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 234. DOI: 10.1002/da.22588
- Bahar-Fuchs, A., Webb, S., Bartsch, L., Clare, L., Rebok, G., Cherbuin, N., et al. (2017). Adapted and individualized computerized cognitive training in older adults at risk of dementia: A randomized controlled trial. *Alzheimer's & Dementia*, 13(7), 781-790. DOI: 10.3233/JAD-170404
- Barban, F., Annicchiarico, R., Pantelopoulos, S., Federici, A., Perri, R., Fadda, L., et al. (2015). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: A computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 340-348. DOI: 10.1002/gps.4328
- Becker, F., Kirmess, M., Tornås, S., & Løvstad, M. (2014). Una descripción de la rehabilitación cognitiva en el Sunnaas Rehabilitation Hospital: equilibrando la rehabilitación holística integral y el reentrenamiento de dominios funcionales específicos. *NeuroRehabilitation*, 34(1), 87-100.
- Bilbao, Á. (2008). Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral: Manual para profesionales que trabajan en la rehabilitación de personas con daño cerebral. Imsero.
- Cammarata, C., Wethington, E., Anderson, A. K., & De Rosa, E. (2022, September 7). Older adults' views on training tools to prevent cognitive decline. PsyArXiv.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519-530. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.11.015
- Complejo Hospitalario de Navarra. (2013). Guía psicoeducativa para familiares de personas con daño cerebral adquirido.
- Correia, S., Medeiros, P., & Silva, M. (2015, July). Active brain 4 all: a social brain gym online platform. In X World Conference on Computers in Education (WCCE) – Learning while we are connected (pp. 266-273). WCCE.
- Eckroth-Bucher, M., & Siberski, J. (2009). Preserving cognition through an integrated cognitive stimulation and training program. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(3), 234-245. doi: 10.1177/1533317509332624
- Fenoy López, S. (2012). Intervención informatizada vs lápiz y papel en un grupo de pacientes con demencia tipo Alzheimer y Cuerpos de Lewy. [Tesis de maestría, Universidad de Navarra].

Fiatarone Singh, M. A., Gates, N., Saigal, N., Wilson, G. C., Meiklejohn, J., Brodaty, H., et al. (2014). The Mental and Resistance Training (SMART) study: A randomized controlled trial of resistance training and/or cognitive training in mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 873-880. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.09.010

Gaitán, A., Garolera, M., Cerulla, N., Chico, G., Rodríguez-Querol, M., & Canela-Soler, J. (2012). Efficacy of a computer-based cognitive training complementary to treatment in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 91-99.

Gobet, F., & Sala, G. (2020, August 9). Cognitive training: A field in search of a phenomenon. PsyArXiv.

Gopi, Y., Wilding, E., & Madan, C. R. (2021, January 15). Memory rehabilitation: Restorative, specific knowledge acquisition, compensatory, and holistic approaches. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zjdn4>

Hagovská, M., Dzvonič, O., & Olekszyová, Z. (2017). Comparison of two cognitive training programs with effects on functional activities and quality of life. *Research in Gerontological Nursing*, 10(4), 172-180. DOI: 10.3928/19404921-20170524-01

Hyer, L., Scott, C., Atkinson, M. M., Mullen, C. M., Lee, A., & Johnson, A. (2016). Programa de entrenamiento cognitivo para mejorar la memoria de trabajo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Clinical Gerontologist*, 39, 410-427. doi: 10.1002/gps.3794

Imbeault, H., Langlois, F., Bocti, C., Gagnon, L., & Bier, N. (2018). Can people with Alzheimer's disease improve their day-to-day functioning with a tablet computer? *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(5), 779-796. doi: 10.1080/09602011.2015.1133431

Irazoki, E., Contreras-Somoza, L. M., Toribio-Guzmán, J. M., Jenaro-Río, C., Van der Roest, H., & Franco-Martín, M. A. (2020). Technologies for cognitive training and cognitive rehabilitation for people with mild cognitive impairment and dementia: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11, 648. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00648

Kock, E. (2022, August 5). Do brain trainings apps improve executive functions? - An umbrella review of meta-analyses published on PsychINFO between January 2013 and March 2021. PsyArXiv.

Kwan, V., Bihelek, N., Anderson, V., & Yeates, K. (2019). A review of smartphone applications for people with traumatic brain injury: What is available and what is the evidence? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 34(2), E45-E51. doi: 10.1097/HTR.0000000000000425

Lebowitz, M. S., Dams-O'Connor, K., & Cantor, J. B. (2012). Feasibility of computerized brain plasticity-based cognitive training after traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(10), 1547-1556.

Li, K., Robertson, J., Ramos, J., & Gella, S. (2013). Computer-based cognitive retraining for adults with chronic acquired brain injury: A pilot study. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(4), 333-344. DOI: 10.3109/07380577.2013.844877

Martins, A. I., Rosa, A. F., Queirós, A., Silva, A., & Rocha, N. P. (2015). European Portuguese validation of the system usability scale (SUS). *Procedia Computer Science*, 67, 293-300.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2022, 27 de octubre). Ataque cerebrovascular. Recuperado de [https://www.minsal.cl/ataque\\_cerebral/](https://www.minsal.cl/ataque_cerebral/)

Nielsen, J. (2012). Usability 101: Introduction to usability. Nielsen Norman Group. Recuperado de <https://www.nngroup.com/articles/usability-101-introduction-to-usability/>

Nowell, C., Downing, M., Bragge, P., & Ponsford, J. (2020). Práctica actual de rehabilitación cognitiva después de una lesión cerebral traumática: una encuesta internacional. *Neuropsychological Rehabilitation*.

Pappas, M. A., & Drigas, A. S. (2019). Computerized training for neuroplasticity and cognitive improvement. *International Journal of Engineering Pedagogy*, 9(4), 50-62. DOI: <https://doi.org/10.3991/ijep.v9i4.10285>

Polich, G., Gray, S., Tran, D., Morales-Quezada, L., & Glenn, M. (2020). Comparing focused attention meditation to meditation with mobile neurofeedback for persistent symptoms after mild-moderate traumatic brain injury: A pilot study. *Brain Injury*, 34(10), 1408-1415. doi: 10.1080/02699052.2020.1802781.

Riva, G., & Tuena, C. (2022). Transforming brain rehabilitation: Smartphone solution underpins innovative treatment of brain disorders. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(2), 154-155. doi: 10.1089/cyber.2022.29238.ceu.

Suo, C., Singh, N., Gates, N., Wen, W., Brodaty, H., et al. (2016). Therapeutically relevant structural and functional mechanisms triggered by physical and cognitive exercise. *Molecular Psychiatry*, 21(11), 1633-1642.

Van Heugten, C. M., Wolters Gregorio, G., & Wade, D. T. (2012). Evidence-based cognitive rehabilitation after acquired brain injury: Systematic review of content of treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(5), 653-673. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.690501>

Vermeij, A., Claassen, J. A. H. R., Dautzenberg, P. L. J., & Kessels, R. P. C. (2016). Transfer and maintenance effects of working memory training in older adults: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(5-6), 782-809.

Zaccarelli, C., Cirillo, G., Passuti, S., Annicchiarico, R., & Barban, F. (2013). "Computer-based cognitive intervention for dementia. Sociable: Motivating platform for elderly networking, mental reinforcement and social interaction," in 7th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare and Workshops (Venice), 430-435.