

PRAXIS PSY

Praxis Psy

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
SANTIAGO DE CHILE, SEPTIEMBRE 2026
ISSN 2735-6957



udp

Nº
44

Praxis Psy

VOL. 27, NO. 44

SEPTIEMBRE 2026

ISSN 2735-6957

EDITOR EN JEFE

Álvaro Ayala Del Castillo.
Universidad Diego Portales, Chile.

EDITORA ASOCIADA

Mercedes Mercado.
Universidad Diego Portales, Chile.

EDITORES NÚMERO ESPECIAL

Leonie Kausel, Christian Salas, Francisco J. Parada.
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

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

© 2023 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
Leonie Kausel, Cristian Salas, Francisco J. Parada
- 11** FILOSOFÍA DE LOS SISTEMAS FUNCIONALES TOPOLÓGICOS: UNIDAD ENTRE CUERPO, ENTORNO Y ACCIÓN
Julián Andrés Guiral
- 25** HACIA UN PARADIGMA DE SALUD MENTAL MÁS ALLÁ DEL CEREBRO: FUNDAMENTANDO LA CRÍTICA SOCIO-POLÍTICA EN CLAVE CIBERNÉTICA
Alan Barrera Castro, Felipe Bastías Alfaro
- 35** PATRONES MOTORES Y ATENCIONALES EN LAS EMOCIONES BÁSICAS: ESTUDIO PILOTO FENOMENOLÓGICO SOBRE LA CODETERMINACIÓN DE LA CONDUCTA Y EXPERIENCIA
Carmen Cordero-Homad, Alejandra Vásquez-Rosatí
- 57** TRAUMA IATROGÉNICO EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL: UNA REVISIÓN CRÍTICA DESDE LA NEUROCIENCIA Y EL PARADIGMA ENACTIVO DE LA COGNICIÓN 4E
Gabriela García Ferrín
- 63** COMPRENDIENDO LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA: UNA REVISIÓN DE ALCANCE SOBRE EL ENTRENAMIENTO DE COMPAÑEROS COMUNICATIVOS
Catalina Carrasco Bardavid, Eileen Castillo Inostroza, Génesis Castro Poblete, Joaquín Montenegro Tapia
- 88** PSICOEDUCACIÓN PARENTAL EN EL TDAH ADOLESCENTE: REVISIÓN COMPARATIVA DE GUÍAS CLÍNICAS Y DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA BASADA EN EVIDENCIA
Camila Meza Villarroel, Sandra Meza Cavazos, Alvaro Aliaga Moore
- 108** PROYECTO DE VIDA, VULNERABILIDAD SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO: UNA PROPUESTA CONCEPTUAL DE NEUROPSICOLOGÍA COMUNITARIA
Patricio Quezada Cancino
- 118** REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA: REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA
Alberto García-Molina

EDITORIAL:

COGNICIÓN 4E COMO MARCO INTEGRADOR PARA LA NEUROCIENCIA HUMANA Y LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

1. Introducción

Durante las últimas décadas, una parte importante de la neuropsicología y la neurociencia cognitiva han estado dominadas por un supuesto implícito: que los procesos cognitivos y por extensión, sus alteraciones y su rehabilitación, pueden explicarse fundamentalmente como el resultado de la actividad de un cerebro aislado. Este supuesto ha permitido grandes avances en la comprensión de actividad cerebral relacionada con algunas funciones cognitivas, pero también ha dejado en un segundo plano una pregunta igualmente relevante: ¿qué papel juegan el cuerpo, el entorno físico y social, y la historia biográfica de la persona en la constitución misma de sus procesos mentales?

El desafío, por lo tanto, no consiste en reemplazar el cerebro por el contexto ni negar el valor de los distintos niveles neurobiológicos de explicación. La idea es revisar cuál es la unidad de análisis adecuada para cada fenómeno. Si pensar, recordar, regular procesos psicoafectivos, y/o recuperar la capacidad de llevar a cabo acciones significativas depende de acoplamientos recíprocos entre cerebro, cuerpo, historia de interacciones, otros agentes y el medioambiente; entonces esos componentes no pueden aparecer únicamente como un telón de fondo -variables periféricas- que es añadido después de explicar la esencia. Ese sistema completo debe formar parte de la pregunta científica desde el comienzo.

La presente colección especial de Praxis Psy nace de esa exigencia. Reúne ocho contribuciones, cuatro artículos empíricos, tres propuestas conceptuales y un comentario teórico, que desde perspectivas y poblaciones distintas, convergen en un mismo movimiento: pensar la cognición y su rehabilitación desde las dimensiones **encarnada (embodied)**, **extendida (extended)**, **situada (embedded)** y **enactiva (enacted)**, conocidas en conjunto como el enfoque de la cognición 4E (Newen et al., 2018; Parada et al., 2024; Parada & Rossi, 2021).

Estas cuatro dimensiones de la cognición se entienden de la siguiente forma:

- **Encarnada:** la cognición depende de las posibilidades y restricciones de un organismo corporal. Postura, movimiento, interocepción, fisiología y acción no son meros productos finales de un procesamiento cerebral previo; sino que participan en la organización del percibir, sentir, decidir, recordar y conocer.
- **Extendida:** Objetos, personas, dispositivos, tecnologías, prácticas culturales, rutinas y configuraciones espaciales pueden sostener, reorganizar, habilitar y/o restringir procesos cognitivos. Operacionalmente, la pregunta central es cómo esos recursos externos participan funcionalmente en la acción y con qué grado de dependencia, estabilidad y acoplamiento.
- **Situada:** Toda actividad cognitiva ocurre y se comprende en condiciones físicas, sociales, culturales e históricas concretas y específicas. El contexto no es un mero telón de fondo, sino que modifica y habilita posibilidades de acción, los significados relevantes para cada agente y la forma en que se expresa una capacidad conductual y/o cognitiva.
- **Enactiva:** El conocimiento no consiste solamente en recuperar representaciones internas pre-existentes o aprendidas. Los organismos generan y transforman significados al actuar en un entorno, en ciclos continuos de percepción y acción. La *mente* es, en este sentido, una actividad histórica, compleja, emergente y perpetuamente relacional.

Bajo este prisma, el estudio de la cognición desde la neurociencia no abandona el estudio del cerebro, sino que lo integra en un sistema más amplio y en escalas temporales múltiples. Asimismo, la rehabilitación neuropsicológica deja de entenderse como la restitución de funciones localizadas o conductas entrenadas para lograr rendimientos aislados. Sino que pasa a concebirse como un proceso relacional, una reorganización de un sistema persona-entorno: cuerpo, vínculos, artefactos, rutinas, espacios, proyectos vitales y significados pueden convertirse en parte activa del proceso de recuperación, adaptación, integración y participación.

2. Panorama de la colección

Los ocho trabajos que integran este número pueden agruparse en tres grandes ejes temáticos que atraviesan la neurociencia y la rehabilitación neuropsicológica desde el enfoque 4E: **(a)** fundamentos teóricos y epistemológicos, **(b)** procesos

emocionales y corporales, y **(c)** intervención situada en contextos familiares, comunitarios e institucionales. En conjunto buscan mostrar que cambiar la unidad de análisis modifica también las preguntas, las metodologías y los criterios con que se evalúa una investigación y/o intervención.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS: HACIA UNA ARQUITECTURA CONCEPTUAL DE LA COGNICIÓN 4E

Dos de las propuestas conceptuales de este número ofrecen las bases epistemológicas más amplias de la colección. La primera introduce los **Sistemas Funcionales Topológicos** como un programa de investigación que, apoyado en la tradición histórico-cultural y en la teoría de los sistemas funcionales, propone que la unidad entre cuerpo, entorno y acción es una condición constitutiva de la organización psicológica desde su origen (Guiral, 2026). Al abordar los problemas filosóficos de la teleología y el estatuto de las representaciones desde una ontología relacional, este trabajo entrega a los enfoques ecológicos de rehabilitación, los cuales suelen ser intuitivos o pragmáticos, un marco sistemático capaz de orientar la práctica clínica.

Por otro lado, el comentario teórico del número articula la **psiquiatría enactiva** con un marco *ecosocial-cultural*, proponiendo entender los trastornos mentales como patrones disfuncionales de *sense-making* situados en nichos ecosociales (Barrera-Castro & Bastías-Alfaro, 2026). Mediante herramientas explicativas multinivel, este trabajo enlaza la crítica sociopolítica al modelo biomédico con una comprensión enactiva del malestar psíquico, contribuyendo a un paradigma de salud mental que resiste las lógicas puramente individualizantes sin renunciar al rigor explicativo.

Ambas contribuciones, una centrada en la arquitectura funcional de la cognición y otra en la psicopatología situada, ofrecen al lector un marco conceptual robusto desde el cual leer el resto de los trabajos empíricos y aplicados de la colección.

2.2 CUERPO, EMOCIÓN Y TRAUMA: LA DIMENSIÓN ENCARNADA EN PRIMER PLANO

Un segundo eje reúne trabajos que exploran de manera directa la dimensión corporal de la experiencia. El primero de ellos es un estudio empírico que combina el Método de Integración Cognitivo Corporal (MICC) con entrevistas microfenomenológicas, examinando la correspondencia entre movimientos corporales específicos y tipos de atención en la estructuración de las emociones

básicas como miedo, rabia, alegría y tristeza (Cordero-Homad & Vásquez-Rosati, 2026). Sus resultados, que vinculan la dirección del movimiento con la dirección atencional y el tono muscular con la amplitud atencional, ofrecen evidencia empírica novedosa en el marco de la comprensión de las emociones básicas como estados cognitivos globales desde el Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia, fundamentado en las teorías de la Autopoiesis y la Biología del Conocer de Maturana y Varela.

Desde una perspectiva crítica y aplicada, la revisión sobre **trauma iatrogénico en población infanto-juvenil** hospitalizada en contextos psiquiátricos analiza cómo prácticas como la contención física o el uso de psicotrópicos pueden reactivar memorias corporales traumáticas e interferir en fases sensibles del neurodesarrollo (García-Ferrín, 2026). Al revisar estas prácticas desde la neurociencia del trauma y el paradigma 4E, el trabajo interpela al modelo biomédico tradicional y plantea una pregunta clínica y ética ineludible: ¿en qué medida ciertos dispositivos de tratamiento terminan configurando entornos hostiles y retraumatizantes en lugar de espacios de recuperación?

Juntos, estos dos trabajos ilustran cómo la dimensión encarnada no es solo un objeto de estudio fenomenológico, sino también lectura crítica de las prácticas institucionales de cuidado.

2.3 INTERVENCIÓN SITUADA: FAMILIA, COMUNIDAD Y CURSO DE VIDA

El tercer eje de la colección va a la intervención, mostrando cómo la rehabilitación neuropsicológica en la práctica se da en redes de apoyo que exceden ampliamente al individuo.

En torno a las demencias, la revisión de alcance sobre el **entrenamiento de compañeros comunicativos** (*Communication Partner Training*) examina cómo intervenir sobre las estrategias conversacionales de familiares y cuidadores, y no solo sobre la persona diagnosticada, mejora la comunicación funcional, la participación social y el bienestar de la díada (Carrasco-Bardavid et al., 2026). Se trata de un ejemplo de cognición extendida y situada: la competencia comunicativa se construye y sostiene en la relación, no reside únicamente en un cerebro individual.

Por otra parte, la propuesta conceptual sobre **psicoeducación familiar en Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) adolescente** sistematiza estrategias basadas en evidencia para madres, padres y cuidadores, entendiendo el funcionamiento familiar como un andamiaje activo para la regulación emocional y conductual del adolescente (Meza-Villarroel et al., 2026). El trabajo evidencia, además que existe un vacío relevante en la literatura respecto a las particularidades del período adolescente, abriendo

una línea de desarrollo futuro.

Adicionalmente, el modelo conceptual sobre **envejecimiento y proyecto de vida** propone situar la construcción, el sostenimiento y la reorientación de proyectos vitales como eje articulador entre vulnerabilidad social, oportunidades comunitarias y funcionamiento neurocognitivo (Quezada-Cancino, 2026). Desde la neuropsicología comunitaria, este trabajo subraya que la estimulación cognitiva y el funcionamiento ejecutivo no pueden comprenderse al margen del entorno social y comunitario en que la persona se desarrolla.

Finalmente, el comentario reflexivo de esta colección que nace de dos décadas de práctica clínica en un hospital monográfico de neurorrehabilitación, recorre de manera transversal el considerar a la persona como sujeto y no sólo objeto del tratamiento, la reinterpretación del concepto de recuperación, el lugar de la familia, los mitos habituales en neurorrehabilitación y el autocuidado del profesional (García-Molina, 2026).

3. PROYECCIONES

Esta colección busca abrir el diálogo entre la cognición 4E y la neuropsicología clínica, y abrir una agenda de trabajo. Entre los desafíos que quedan planteados destacan: el desarrollo de metodologías de investigación capaces de capturar empíricamente fenómenos relacionales y situados sin renunciar al rigor científico; la traducción de estos marcos teóricos en protocolos de intervención evaluables; y la formación de profesionales capaces de sostener, en su práctica cotidiana, una mirada que integre lo neurobiológico, lo corporal, lo relacional y lo comunitario. De esta forma, el giro ético-onto-epistemológico propuesto por las 4E, no queda reducido a una mera declaración programática.

Asimismo, la colección busca cambiar la arquitectura de las preguntas de nuestros lectores: ¿Qué se explica cuando medimos *funciones cognitivas*? ¿Qué dimensiones desaparecen al estudiar u observar acciones fuera de sus hacer en el mundo real? ¿Qué debe reorganizarse para que una persona vuelva a participar de sus mundos y actividades significativas? Invitamos a las y los lectores de Praxis Psy a leer estas ocho contribuciones como partes de una misma conversación: entender qué significa pensar, sentir, recordar y rehabilitarse cuando la mente ya no se concibe encerrada únicamente en el cerebro, sino desplegada en el cuerpo, en el vínculo y en el mundo compartido.

AUTORES: Kausel, L.^{1,2}, Salas, C.^{1,3}, Parada, F. J.^{1,4}

¹ Centro de Estudios en Neurociencia Humana y Neuropsicología (CENHN), Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile.

² Centro de Interés Nacional en Investigación e Innovación en Niñez, Adolescencia, Resiliencia y Adversidad (IINARA), Chile.

³ Director Unidad de Neuropsicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile.

⁴ Escuela de Diseño, Facultad de Arquitectura, Arte y Diseño (FAAD), Universidad Diego Portales, Chile.

REFERENCIAS:

Barrera-Castro, A., & Bastías-Alfaro, F. (2026). Hacia un paradigma de salud mental más allá del cerebro: fundamentando la crítica socio-política en clave cibernética. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.352>

Carrasco-Bardavid, C., Castillo-Inostroza, E., Castro-Poblete, G., & Montenegro-Tapia, J. (2026). Comprendiendo la comunicación en demencia: una revisión de alcance sobre el entrenamiento de compañeros comunicativos. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.372>

Cordero-Homad, C., & Vásquez-Rosati, A. (2026). Patrones motores y atencionales en las emociones básicas: estudio piloto fenomenológico sobre la codeterminación de la conducta y experiencia. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.364>

García-Ferrín, G. (2026). Trauma iatrogénico en hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil: Una revisión crítica desde la neurociencia y el paradigma enactivo de la cognición 4E. *Praxis Psy*, 44.

García-Molina, A. (2026). Rehabilitación neuropsicológica: reflexiones desde la práctica clínica. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.356>

Guiral, J. A. (2026). Filosofía de los Sistemas Funcionales Topológicos: unidad entre cuerpo, entorno y acción. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.353>

Meza-Villarroel, C., Meza-Cavazos, S., & Aliaga-Moore, A. (2026). Psicoeducación parental en el TDAH adolescente: Revisión comparativa de guías clínicas y desarrollo de una estrategia basada en evidencia. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.354>

Newen, A., de Bruin, L., & Gallagher, S. (2018). *The Oxford Handbook of 4E COGNITION*. Oxford University Press.

Parada, F. J., Grasso-Cladera, A., Rossi, A., Soto-Icaza, P., Arenas-Pérez, M., & Errázuriz, M. C. (2024). Applied human neuroscience: Fostering and designing inclusive environments with the 3E-Cognition perspective. *The European Journal of Neuroscience*, 60(3), 4148–4168. <https://doi.org/10.1111/ejn.16463>

Parada, F. J., & Rossi, A. (2021). Perfect timing: Mobile brain/body imaging scaffolds the 4E-cognition research program. *The European Journal of Neuroscience*, 54(12), 8081–8091. <https://doi.org/10.1111/ejn.14783>

Quezada-Cancino, P. (2026). Proyecto de vida, vulnerabilidad social y envejecimiento: una propuesta conceptual de neuropsicología comunitaria. *Praxis Psy*, 44. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v28i22.350>

Filosofía de los Sistemas Funcionales Topológicos: unidad entre cuerpo, entorno y acción

Philosophy of Topological Functional Systems: Unity of Body, Environment, and Action

Julián Andrés Guiral¹

Correspondencia:
Julián Andrés Guiral
jguiral467@gmail.com

RECIBIDO: 31 DE MARZO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

Este artículo propone los Sistemas Funcionales Topológicos (SFT) como un programa de investigación científica que precede y fundamenta las tesis de la cognición 4E, presuponiendo la unidad entre cuerpo, entorno y acción como condición constitutiva de la organización psicológica en lugar de como corrección de un modelo previo. Este programa se apoya en la tradición histórico-cultural y en la teoría de los Sistemas Funcionales, desde donde la actividad psicológica se concibe como una organización dinámica orientada a resultados adaptativos, en la que cuerpo, entorno y acción son condiciones constitutivas del sistema. Sobre esta base, se desarrolla la arquitectura conceptual de los SFT en torno a dos problemas filosóficos centrales: la teleología y el estatuto de las representaciones, sustentados en una ontología relacional formalizada topológicamente y en la emergencia como principio explicativo. A partir de esta fundamentación se examinan también sus implicaciones clínicas, mostrando cómo los enfoques ecológicos de rehabilitación, aunque valiosos, carecen de un fundamento sistemático y encuentran en los SFT un marco capaz de articular la reorganización funcional en términos de cuerpo, entorno y acción.

Palabras clave: Sistemas Funcionales Topológicos; cognición 4E; emergencia organizacional; ontología relacional; representaciones; teleología.

Abstract

This article proposes *Topological Functional Systems* (TFS) as a scientific research program that precedes and grounds the theses of 4E cognition, presupposing the unity of body, environment, and action as a constitutive condition of functional organization rather than as a correction of a prior model. This program draws upon the historical cultural tradition and the theory of Functional Systems, wherein psychological activity is conceived as a dynamic organization oriented toward adaptive outcomes, with body, environment, and action as constitutive conditions of the system. On this basis, the conceptual architecture of TFS is developed around two central philosophical problems: teleology and the status of representations, supported by a relational ontology formalized topologically and by emergence as a non aggregative explanatory principle. From this foundation, the article also examines clinical implications, showing how ecological approaches to rehabilitation, though valuable, lack a systematic theoretical grounding and find in TFS a framework capable of articulating functional reorganization in terms of body, environment, and action.

Keywords: Topological Functional Systems; 4E cognition; organizational emergence; relational ontology; representations; teleology.

INTRODUCCIÓN

Antes de que las ciencias cognitivas contemporáneas situaran la corporeidad, el entorno y la acción en el centro de sus programas de investigación, la tradición neurofisiológica y sistémica soviética ya los concebía como condiciones constitutivas de la actividad psicológica. Vygotski (2013) mostró que las formas propiamente humanas emergen cuando las relaciones sociales mediadas por el lenguaje organizan sistémicamente la actividad psicológica del organismo. Sobre esta base, Luria (2019) elaboró la noción de *Sistema Funcional Complejo* a partir del concepto de *Sistema Funcional* (SF) de Anokhin (1974), incorporando el nivel fisiológico como mediación entre lo anatómico y lo psicológico. En Anokhin, el SF se define con precisión: la unidad de análisis no es el cerebro aislado ni el entorno, sino la organización dinámica en la que componentes neuronales, corporales y ambientales se coordinan para obtener un resultado adaptativo. Los *Sistemas Funcionales Topológicos* (SFT), formulados por Guiral (2026), actualizan este marco mediante sistemas dinámicos, emergencia organizacional y formalización topológica de la organización relacional.

En las últimas décadas la cognición 4E ha desplazado el foco de las ciencias cognitivas desde estructuras internas hacia la dinámica organismo-entorno (Newen, De Bruin & Gallagher, 2018), con antecedentes en Merleau Ponty (2010), Gibson (2014), Varela et al. (2017), y Clark & Chalmers (1998). Estas perspectivas intentan corregir el internalismo del cognitivismo clásico y situar cuerpo, entorno y acción como problemas centrales, aunque sin constituir un marco unificado. En muchos casos operan como reformulaciones que incorporan dimensiones antes desatendidas, sin responder a la cuestión de bajo qué principio cuerpo, entorno y acción conforman una unidad funcional. Parte del programa 4E ha buscado evitar el representacionalismo y las asimetrías dualistas, como el *mobile brain/body imaging* (MoBI) de Gramann et al. (2014), que muestra que la actividad cerebral relevante solo puede caracterizarse en interacción natural con el entorno. Estos desarrollos evidencian una ciencia cognitiva que toma en serio la unidad cerebro-cuerpo-mundo,

pero lo hacen como corrección metodológica de un marco previo, mientras que los SFT presuponen esa unidad como condición constitutiva de la organización funcional del sistema.

Los SFT no buscan integrar las tesis de la cognición 4E ni situarse como una alternativa más dentro del debate. Su propuesta es más radical: la corporeidad, la situacionalidad, el carácter enactivo y la extensión de los procesos cognitivos no son correcciones externas a un modelo previo, sino consecuencias necesarias de la organización funcional que los SFT postulan. Lo que las ciencias cognitivas contemporáneas presentan como ajustes, los SFT lo presuponen como condiciones constitutivas. Formulada desde una tradición anterior al cognitivismo clásico, esta tesis no se limita a reorganizar el debate actual, sino que lo desplaza al plantear que el problema central no es definir qué es la cognición, sino determinar qué tipo de organización funcional constituye la actividad psicológica y qué implicaciones se derivan de ella.

Sostener esta tesis implica enfrentar dos problemas filosóficos: la teleología naturalizada, es decir, cómo explicar la orientación al resultado adaptativo de los SFT sin recurrir a diseñadores externos, historias selectivas o modelos internos; y el representacionalismo, que exige definir el estatuto de las configuraciones funcionales sin apelar al vocabulario del contenido interno. Ambos descansan en un trasfondo común de ontología relacional formalizada topológicamente y en la emergencia como principio explicativo por no-agregatividad, sosteniéndose mutuamente en un compromiso único: la primacía de la organización relacional sobre los componentes. Esta arquitectura, corroborada filosófica y empíricamente por desarrollos contemporáneos de filosofía de la biología, neurodinámica y topología poblacional neuronal, constituye el aporte específico del artículo respecto a trabajos previos que establecieron los fundamentos generales del marco.

El artículo se organiza en tres partes. La primera reconstruye los fundamentos teóricos de los SFT desde la tradición sistémica soviética y presenta su caracterización autónoma, incluyendo sus propiedades estructurales, la formalización topológica mínima,

el ciclo cibernético que articula su ejecución y su operacionalización empírica contemporánea. La segunda despliega la arquitectura filosófica del marco sobre el trasfondo de ontología relacional y emergencia por no-agregatividad y se abordan conjuntamente los problemas de la teleología y del representacionalismo, mostrando su articulación mutua. La tercera examina las implicaciones clínicas, sosteniendo que los modelos actuales de rehabilitación ecológica encuentran en los SFT el fundamento teórico sistemático que necesitan para articular coherentemente la reorganización funcional en términos de cuerpo, entorno y acción. Las tres partes se desarrollan como análisis conceptual, sin pretender contribución empírica primaria.

Fundamentos de los SFT

Los SFT se inscriben en la tradición neurofisiológica y sistémica de Anokhin (1974) y Luria (2019), donde la actividad psicológica no se entiende como un proceso interno localizado ni como una secuencia de operaciones discretas, sino como una organización dinámica orientada a resultados adaptativos en contextos específicos. Esta perspectiva desplaza la unidad de análisis desde estructuras aisladas y fijas hacia la organización funcional del sistema en acción. Esta organización no se da en el vacío, sino que está determinada por la acción e interacción social del organismo humano sobre su medio —fundamento de la psicología desarrollada por Vygotski— que, para la consecución de resultados adaptativos, recluta ciertas estructuras biológicas de manera temporal (Bernstein, 1967). La función no se identifica con un sustrato anatómico ni con una operación cognitiva predeterminada, sino con la organización relacional de múltiples componentes que, en interacción, posibilitan un resultado. La identidad del sistema no depende de estructuras fijas, sino de la organización de sus relaciones en función de la acción y del resultado, incorporando desde su propia lógica la dependencia del cuerpo, del entorno y de la historia de interacción.

Un SFT se define por cuatro propiedades estructurales articuladas: su carácter anticipatorio, mediante el cual

el sistema genera configuraciones que modelan el resultado esperado antes de producirlo (*aceptor*); su carácter adaptativo, que le permite reorganizar recursos ante cambios por desarrollo, aprendizaje, lesión o contexto para mantener la orientación al resultado dentro de un espacio de realizaciones posibles delimitado por la historia del organismo y las demandas de la tarea; su dependencia contextual, entendida no como un input momentáneo sino como una disposición históricamente sedimentada que condiciona qué realizaciones son posibles en cada situación; y su carácter topológico, según el cual la identidad del sistema no reside en una configuración anatómica fija, sino en la preservación de relaciones funcionales invariantes bajo transformaciones del sustrato (Anokhin, 1987). Esta última propiedad, reconocida por Anokhin, Bernstein y Luria como consecuencia cualitativa de la variabilidad funcional, adquiere en la formulación de Guiral (2026) un estatuto constitutivo, cuya formalización explícita justifica renombrar a los SF como SFT.

Guiral (2026) formaliza esta estructura topológica mediante un espacio de estados extendido, precisado en reformulaciones recientes como la tripleta $S=(Z,\pi,\Phi)$, donde cada componente representa una dimensión del sistema. El espacio total de estados Z abarca todas las configuraciones posibles, incluyendo el núcleo funcional mínimo —Necesidad dominante (n), Estado anticipatorio (a), Señal de retorno (r)— y las redes neuronales de orden superior que lo instancian. La proyección de fibrado $\pi: Z \rightarrow X$ muestra cómo cada estado se proyecta sobre el núcleo funcional mínimo X , preservando la identidad funcional invariante y evidenciando que la relación entre sustrato y función no es reductiva, sino fibrada: distintas configuraciones materiales pueden sostener el mismo núcleo funcional. Finalmente, el sistema dinámico Φ de control en lazo cerrado describe la evolución temporal y captura el ciclo cibernético anokhiniano completo, formalizando su carácter orientado y regulado. Esta propuesta cumple con el estándar mínimo de formalización topológica: define espacios (Z,X) , mapeos dinámicos (π,Φ) e invariantes estructurales, evitando el uso metafórico del término.

En este marco, las cuatro propiedades de los SFT se articulan en el ciclo cibernético formulado por Anokhin

(1974). La síntesis aferente integra información del organismo y del entorno, sobre cuya base se produce la toma de decisión que orienta la actividad hacia un resultado. El aceptor del resultado configura el modelo anticipatorio de ese resultado, mientras que la síntesis eferente coordina la ejecución que lo produce. La aferenciación de retorno recoge las consecuencias reales de la acción y la comparación entre resultado esperado y obtenido regula la continuación, ajuste o reorganización del ciclo. Este proceso no es una secuencia lineal, sino la estructura operativa permanente del sistema, cuya preservación bajo variabilidad de sustrato constituye la marca de identidad funcional del SFT.

La caracterización de los SFT comparte con otras tradiciones de la teoría de sistemas la idea de que un sistema es más que la suma de sus partes, como muestran la teoría general de sistemas de von Bertalanffy (1968), la organización biológica de Rosen (1985), los estudios de Kauffman (1993) sobre orden emergente y las contribuciones de Juarrero (1999) sobre causalidad en sistemas dinámicos. Sin embargo, la teoría de los SF introduce un elemento decisivo que estas tradiciones dejan sin explicar: qué determina la forma específica de organización de un sistema. Para Anokhin, ese principio organizador es el resultado útil adaptativo, no como efecto del sistema, sino como condición que reduce los grados de libertad y hace que un sistema sea tal y no un conjunto arbitrario de componentes interactuando. Este rasgo distingue el marco de los SF —y con él el de los SFT— de las teorías generales de sistemas.

El programa de los SF no se detuvo en Anokhin: Lapkin et al. (2023) muestran que el resultado adaptativo, principio organizador del sistema, es una categoría empíricamente operacionalizable que debe entenderse de forma multiparamétrica, integrando el efecto de la acción, su costo fisiológico y la relación entre ambos como índice de eficiencia. Así, el resultado deja de ser una formulación general para convertirse en un criterio concreto para describir, comparar y modelar la organización de la actividad. Además, no puede reducirse a un evento aislado, pues expresa una relación jerárquicamente organizada entre organismo y entorno en niveles biológicos, conductuales y sociales, lo que

exige procedimientos capaces de captar la estructura de esas relaciones.

Con la caracterización expuesta queda establecido qué es un SFT, su tradición de origen, sus propiedades estructurales, la formalización topológica mínima, el ciclo cibernético que articula su operación permanente, su inscripción y distinción respecto de la teoría de sistemas contemporánea y su actual operacionalización empírica. Sobre esta base, la siguiente sección aborda los problemas filosóficos que el marco enfrenta y su articulación en una arquitectura única.

La arquitectura filosófica de los SFT: organización relacional, teleología y representación

DOBLE ADVERTENCIA Y TESIS FILOSÓFICA

Los SFT obligan a precisar el estatuto de la dinámica funcional que describen, ya que su carácter anticipatorio y adaptativo puede generar dos malinterpretaciones opuestas. La primera es suponer que, al hablar de anticipación, organización funcional o configuraciones estables, reintroducen implícitamente un cognitivismo representacional bajo un vocabulario distinto, pero equivalente. La segunda es atribuirles una teleología metafísica, interpretando el resultado útil adaptativo como propósito externo o causa final incompatible con la causalidad natural.

Ninguna de estas lecturas resulta adecuada. Si los SFT se interpretaran como una forma encubierta de cognitivismo, la unidad entre cuerpo, entorno y acción se rompería al reinstalar un dominio interno de representaciones como mediación; y si lo adaptativo se entendiera desde una teleología metafísica, se introduciría un propósito externo que también fracturaría esa unidad. En la formulación de los SFT, el contexto no aparece como parámetro externo ni como contenido representado internamente, sino como un conjunto de restricciones históricamente sedimentadas y acoplamientos disposicionales que modulan la evolución conjunta del núcleo funcional y de las configuraciones de red.

La tesis que se desarrolla en esta sección se distingue de ambas malinterpretaciones y se articula en torno a dos problemas filosóficos: la teleología, es decir, cómo explicar la orientación al resultado adaptativo sin recurrir a diseñadores externos, historias selectivas o modelos internos; y el representacionalismo, que exige esclarecer el estatuto de las configuraciones funcionales sin apelar al vocabulario del contenido interno. Ambos problemas se sostienen mutuamente sobre el compromiso único de la primacía de la organización relacional sobre los componentes. Antes de abordarlos, es necesario establecer el trasfondo ontológico y explicativo que los hace inteligibles.

ONTOLOGÍA RELACIONAL Y NO-AGREGATIVIDAD

Este trasfondo se compone de dos elementos articulados: una ontología relacional formalizada topológicamente y un principio explicativo emergencia por no-agregatividad. El primero define qué tipo de entidad es un SFT; el segundo explica cómo surgen y se estabilizan las formas relacionales que caracterizan su actividad, sin recurrir a explicaciones representacionistas. Sobre esta doble base se sostienen las respuestas a los dos problemas fundamentales.

Los SFT poseen una ontología relacional estricta: la unidad de análisis no son componentes con propiedades intrínsecas que luego se relacionan, sino una estructura de relaciones cuya identidad se preserva a través de realizaciones materiales variables. Bernstein (1967) lo mostró con la equifinalidad: una misma acción motora puede ejecutarse mediante distintos patrones musculares y trayectorias sin perder eficacia, lo que evidencia que la identidad funcional reside en propiedades invariantes orientadas al resultado, no en los componentes. Lo primario en el sistema es la organización relacional; los componentes materiales son secundarios, pues su identidad depende de su lugar en esa estructura. Esta ontología no es un añadido metafísico, sino consecuencia directa de las propiedades estructurales: si la identidad se preserva bajo transformaciones del sustrato, entonces reside constitutivamente en las relaciones y no en los componentes.

La topología es la matemática adecuada para los SFT, no por razones externas, sino porque describe relaciones y formas —cavidades, conexiones, estructura global de interacciones— más allá del análisis local de componentes (Expert, Lord, Kringelbach & Petri, 2019). La tripleta $S = (Z, \pi, \Phi)$ expresa esta apropiación: el fibrado $\pi: Z \rightarrow X$ no yuxtapone sustrato y función ni reduce uno al otro, sino que proyecta la identidad funcional invariante a través de configuraciones materiales variables. La formalización no es un recurso externo aplicado sobre una ontología previa, sino la expresión matemática de una ontología cuya identidad reside en relaciones invariantes bajo transformación del sustrato.

Los desarrollos contemporáneos en topología algebraica de la actividad cerebral (Bianconi, 2021; Curto & Sanderson, 2025; Sizemore et al., 2019) y en neurogeometría poblacional (Chaudhuri et al., 2019; Gardner et al., 2022) ofrecen sustento empírico convergente para esta ontología. La actividad neuronal relevante para la conducta se organiza como configuraciones relacionales cuya identidad se preserva a través de realizaciones neuronales variables, y la organización funcional depende de propiedades globales —cavidades, ciclos, estructura simplicial— irreducibles al análisis de unidades aisladas. Vyas et al. (2020) mostraron que distintas trayectorias en el espacio de actividad neural pueden producir el mismo output conductual, introduciendo formalmente la distinción entre variabilidad de realización e identidad funcional como problema computacional irreducible. Estos hallazgos no fundan la ontología relacional de los SFT, sino que son interpretables desde ella. La variabilidad neuronal de una misma configuración funcional no es una limitación descriptiva, sino la manifestación esperada de un sistema cuya identidad reside en la estructura relacional invariante y no en el sustrato particular que la realiza.

Una vez establecida la ontología relacional, resta explicar cómo surgen y se estabilizan las propiedades concretas —trayectorias, configuraciones dinámicas, patrones anticipatorios— que caracterizan la actividad funcional. Este principio debe diferenciarse tanto del reduccionismo agregativo como de los emergentismos ontológicamente fuertes. Se trata de la emergencia

en sentido wimsattiano. Wimsatt (2007) la define por vía negativa: una propiedad es agregativa si cumple cuatro condiciones —intersustituibilidad de partes, escalamiento cuantitativo puro, invarianza bajo descomposición y reagregación, y linealidad de contribuciones— y es emergente en la medida en que falla alguna de ellas. Tres precisiones son decisivas: la emergencia es gradual y no binaria; es relativa a una descomposición particular y no propiedad absoluta; y, a diferencia de la mayoría de teorías, es compatible con el “reduccionismo”, pues no afirma autonomía ontológica del nivel superior, sino dependencia de la organización de las partes.

Las propiedades funcionales de los SFT son emergentes en el sentido de que dependen de los niveles de organización del sistema y no solo de sus componentes. Los avances en geometría y topología neuronal lo sustentan: Fortunato et al. (2024) muestran que los manifolds no lineales de la actividad neuronal emergen de interacciones y no de propiedades individuales, evidenciando la falla de la linealidad; Saggar et al. (2018) muestran que la dinámica cerebral es específica de la tarea, con reorganizaciones topológicas en las transiciones, lo que indica la falla de la intersustituibilidad y la invarianza bajo descomposición reagregación. Aunque no definitivos, estos hallazgos sugieren que las propiedades funcionales de los SFT incumplen varias condiciones agregativas. La consecuencia filosófica es clara: si las propiedades funcionales de los SFT son emergentes en sentido wimsattiano, no es necesario postular categorías como cognición o representación para denominar dichas propiedades, puesto que la organización misma las explica. La emergencia no define la ontología —que permanece relacional—, sino que es el principio explicativo de la aparición y estabilización de las formas funcionales. Con este doble trasfondo, ontología relacional y emergencia wimsattiana, se pueden abordar los dos problemas filosóficos centrales.

TELEOLOGÍA INTRÍNSECA Y SITUACIONALIDAD

El primer problema filosófico que los SFT enfrentan es la teleología. Definir al sistema como organización

dinámica orientada al resultado adaptativo introduce una dimensión teleológica que requiere justificación: cómo explicar esa orientación sin recurrir a un diseñador externo, sin apelar a una historia evolutiva que la atribuya a la selección, y sin postular modelos internos que representen el resultado esperado. La respuesta es que la teleología que caracteriza a los SFT es intrínseca al sistema, organizacional y constitutivamente situada; es decir, es una teleología naturalizada.

La naturalización de la teleología sostiene que los sistemas biológicos son intrínsecamente teleológicos porque sus efectos establecen y mantienen sus propias condiciones de existencia (Mossio & Bich, 2017); no se trata de imposición externa ni de herencia selectiva, sino de autoconstricción en un régimen de cierre organizacional donde cada componente posibilita el funcionamiento de los demás. Bich (2024) añade un régimen de control regulatorio que ajusta la actividad frente a variaciones internas o externas, preservando la orientación al resultado bajo perturbaciones. Este mecanismo tiene correspondencia con el acceptor del resultado de Anokhin, que compara lo esperado con lo obtenido y regula la actividad, mostrando que lo que Bich formula para sistemas biológicos en general, los SFT lo aplican específicamente a la actividad psicológica en la tradición cibernética anticipada por Anokhin (1974).

Esta lectura permite abordar una tensión aparente entre la tradición neurofisiológica de Anokhin, explícitamente teleológica y sistémica, y las vertientes originales de la cognición 4E como el enactivismo de Varela et al. (2017), que rechazan la teleología externa y priorizan la clausura operacional. La tensión se disuelve al reconocer que la teleología intrínseca articulada en los SFT no es una teleología externa impuesta ni una imposición metafísica: es autoconstricción organizacional en el sentido de Mossio y Bich, y control regulatorio en el sentido de Bich, ambos compatibles con la clausura operacional enactiva. Ambas tradiciones sostienen, aunque desde vocabularios distintos, que la orientación al resultado adaptativo es propiedad organizacional del sistema, no propósito externo.

La teleología intrínseca plantea una cuestión adicional: el estatuto del cuerpo y el entorno en la organización del sistema. Las respuestas tradicionales

mantienen la asimetría interior exterior: en el cognitivismo clásico la cognición es intracraneal y el entorno un input; en las aproximaciones 4E se incorporan cuerpo y entorno, pero en la mayoría la distinción interno externo persiste. Los SFT proponen un giro más radical: si los objetivos son constitutivos de la organización y esta incluye al cuerpo y al entorno como condiciones propias de existencia, entonces no hay un “dentro” que se relacione con un “fuera”, sino una organización cuya unidad ontológica atraviesa organismo y mundo. La teleología del sistema es así intrínseca —porque los objetivos son propios de la organización— y situada —porque esa organización incluye constitutivamente cuerpo y entorno.

ANTI-REPRESENTACIONALISMO Y PATRONES FUNCIONALES

El segundo gran problema filosófico que los SFT enfrentan es el estatuto de las configuraciones funcionales que organizan el sistema. Si las propiedades funcionales son emergentes en sentido wimsattiano y no requieren categorías agregadas, entonces la representación tampoco es necesaria como explicación añadida. Con una ontología relacional formalizada topológicamente, una teleología intrínseca y situada, y una anticipación estructural no basada en modelos internos, las configuraciones estables de la dinámica funcional no son representaciones. Precisar este punto es decisivo: no basta afirmar que los SFT prescinden de representaciones, sino mostrar qué son esas configuraciones y por qué el vocabulario representacional no puede reabsorberlas.

En la tradición de los sistemas funcionales la estabilidad de ciertas formas de organización se describió mediante nociones como el aceptor del resultado de la acción y su vínculo con la historia de reforzamiento (Anokhin, 1974; Sudakov, 1997), formulaciones que, entendidas literalmente, pueden derivar en lecturas representacionistas como si el sistema almacenara contenidos internos. Los SFT interpretan estas configuraciones como patrones de organización funcional estabilizados en la dinámica del sistema, cuya actualización depende de las condiciones

actuales de interacción. La continuidad de la actividad no se explica por recuperación de contenidos, sino por reorganización de configuraciones previamente eficaces. La distinción es decisiva, pues un patrón funcional emergente carece de vehículo y contenido representacional, no refiere a un estado del mundo y no puede evaluarse como verdadero o falso respecto a condiciones externas.

Mediante registros de EEG y potenciales de campo en el bulbo olfatorio del conejo, Freeman y colaboradores mostraron que la discriminación de olores no se organiza como codificación localizada, sino como patrones espaciales de oscilaciones gamma emergentes de la interacción no lineal de poblaciones neuronales extensas (Freeman & Viana Di Prisco, 1986; Skarda & Freeman, 1987). Un olor aprendido no activa unidades específicas ni copia interna de sus propiedades químicas, sino que induce una transición en el régimen dinámico global hacia un atractor —caótico o de ciclo límite— cuya forma depende del estado previo, la historia de aprendizaje y las condiciones actuales de interacción. Freeman formalizó esta dinámica mediante los conjuntos K (1975), un modelo de ecuaciones diferenciales no lineales acopladas que describe la actividad poblacional como sistema multiescalar, donde el estímulo no es información codificada, sino una perturbación que inicia la transición hacia un atractor cuyo contenido es la organización histórica del sistema (Freeman, 2000).

La interpretación de las configuraciones funcionales de los SFT como patrones dinámicos emergentes sin contenido representacional, apoyada en la neurodinámica de Freeman y en el argumento previo de la no-agregatividad, debe distinguirse de dos posiciones filosóficas cercanas que podrían intentar reabsorberla en un vocabulario representacional reformulado. Ambas coinciden con los SFT en algunos puntos: el rechazo del representacionalismo semántico clásico, la atención a la dimensión funcional o dinámica, pero en cada caso se conservan compromisos filosóficos que el marco de los SFT rechaza.

La primera posición es el representacionalismo pragmático de Shea (2018), que redefine la representación como cualquier estado que guía la conducta adaptativa.

La respuesta de los SFT no disputa la extensión del término, sino su vaciamiento explicativo: si toda organización funcional orientada a resultados cuenta como representación, el concepto pierde capacidad de distinguir tipos de organización. Describir un patrón emergente como representación no amplía el concepto, lo diluye. En el marco de los SFT, sostenido por la emergencia wimsattiana, la representación así entendida es una categoría agregativa sobreañadida: si la organización relacional ya explica lo que debe explicarse, redescribirla como representación no añade poder explicativo.

La segunda posición es el realismo estructural cognitivo de Beni (2019), que reformula la representación pragmáticamente, pero mantiene tres compromisos que los SFT rechazan: la dependencia del *predictive processing* como fundamento neurocientífico, la asimetría entre estructura cerebral y estructura del mundo como problema filosófico central, y la conservación de la cognición como categoría explicativa. En los SFT, la anticipación no descansa en modelos generativos internos, la organización relacional disuelve ontológicamente la asimetría cerebro mundo, y el problema teórico central no es la cognición, sino el tipo de organización funcional que constituye la actividad psicológica.

El anti representacionalismo desarrollado en este subapartado no solo deriva de las tesis anteriores, sino que refuerza la disolución interno externo articulada en el problema teleológico. Si las configuraciones que orientan la actividad no son representaciones de un mundo externo y no existe exterioridad ontológica que mediar, la asimetría cerebro mundo pierde tanto su función explicativa como su fundamento. La disolución interno externo tiene así doble raíz en los SFT: se sigue de la teleología intrínseca situada, que hace del cuerpo y del entorno condiciones propias del sistema, y se consolida en el anti representacionalismo, que elimina la mediación entre un dentro y un fuera ya insostenibles ontológicamente. Ambos problemas se sostienen mutuamente y su articulación otorga al marco de los SFT su coherencia filosófica distintiva.

ARTICULACIÓN FILOSÓFICA DEL MARCO

La sección ha desarrollado dos problemas filosóficos centrales en los SFT: la teleología, concebida como intrínseca, organizacional y situada, y el estatuto de las configuraciones funcionales, entendido como patrones emergentes irreducibles al vocabulario representacional. Ambos descansan en una ontología relacional formalizada topológicamente y en la emergencia como principio explicativo no-agregativo, sosteniéndose mutuamente en el compromiso de la primacía de la organización relacional sobre los componentes. La coherencia del marco no proviene de la suma de tesis aisladas, sino de su implicación recíproca: la ontología relacional exige la emergencia no agregativa; esta hace inteligible la teleología intrínseca como propiedad organizacional; la teleología disuelve la asimetría interno externo, y dicha disolución se refuerza en el rechazo del vocabulario representacional.

Los desarrollos filosóficos y empíricos convocados en esta sección —Wimsatt sobre no-agregatividad, Mossio y Bich sobre teleología organizacional y control regulatorio, Freeman sobre neurodinámica cortical, junto con la neurogeometría poblacional y la topología algebraica de la actividad cerebral— no son piezas externas que los SFT ensamblen ni fuentes fundantes cuya convergencia recojan, sino aportes que corroboran filosófica y empíricamente la arquitectura ya sostenida por la tradición sistémica soviética: una organización relacional cuya identidad reside en propiedades invariantes, orientada intrínsecamente al resultado y sin necesidad de contenido representacional que medie su actividad. Es esta arquitectura la que hace inteligible como unidad problemas que las ciencias cognitivas contemporáneas continúan discutiendo por separado. Sobre esta base, la siguiente sección examina las implicaciones clínicas del marco.

Cuerpo, entorno y acción en la clínica: una perspectiva sistémica funcional

La neuropsicología contemporánea ha ampliado su enfoque más allá del modelo clásico centrado en la restauración de funciones individuales asociadas a regiones específicas. En las últimas décadas, los enfoques ecológicos de rehabilitación se han consolidado como orientación dominante, particularmente en modelos como el de Wilson et al. (2009), que destacan el contexto real, la funcionalidad de las actividades y la interacción con el entorno como criterios centrales de intervención. Este desplazamiento ha permitido reconocer que la recuperación funcional depende no solo de la actividad cerebral en abstracto, sino de su integración en actividades significativas, en entornos concretos y en trayectorias vitales específicas del sujeto (Cicerone et al., 2011; Robertson & Murre, 1999).

Sin embargo, la práctica clínica ecológica se ha desarrollado sin una fundamentación teórica que la articule sistemáticamente. Sus principios operativos son en gran medida pragmáticos: se seleccionan tareas ecológicamente válidas, se privilegia la transferencia a contextos reales y se atiende al desempeño funcional del sujeto en su entorno. Falta, no obstante, un fundamento conceptual que explique por qué el contexto y la actividad significativa son constitutivos de la recuperación, y no simples condiciones externas a un proceso cognitivo interno. Este desfase genera dos efectos indeseados: por un lado, la práctica ecológica puede interpretarse como aplicación pragmática de principios cognitivistas clásicos, con el entorno como recurso auxiliar; por otro, no se articula con las tesis filosóficas de las ciencias cognitivas contemporáneas —encarnación, situacionalidad, extensión— que apuntan en la dirección correcta, pero desde marcos heterogéneos y no clínicamente operativos.

El marco de los SFT ofrece una fundamentación teórica que reformula los conceptos operativos de la rehabilitación ecológica desde un principio unificado: la organización relacional del sistema como unidad

de análisis, con cuerpo, entorno y acción como condiciones propias y no como recursos externos. En esta perspectiva, la recuperación funcional no consiste en restaurar un componente interno lesionado ni en aprender estrategias compensatorias externas, sino en reorganizar las relaciones funcionales del sistema para preservar la orientación adaptativa bajo nuevas condiciones. La distinción es sustantiva: en el marco cognitivista el sistema es intracraneal y los recursos externos —contexto, ayudas, entorno adaptado— son auxiliares; en los SFT, esos recursos forman parte de la organización funcional misma que se reconstituye tras la lesión.

Esta reformulación permite precisar dos conceptos operativos centrales. La compensación deja de entenderse como estrategia externa que suple un déficit interno para concebirse como reconfiguración de las contribuciones funcionales del sistema: cuando una lesión disrumpe una función, la recuperación no exige restaurar el mismo componente material, sino que el sistema encuentre otras vías para producir una contribución equivalente (Mossio et al., 2009). La generalización, a su vez, deja de concebirse como transferencia de habilidades internas a distintos contextos para entenderse como estabilización de una organización funcional cuya orientación al resultado se preserva a través de configuraciones variables. Lo que se generaliza no es un contenido interno, sino la capacidad del sistema de reorganizarse manteniendo su identidad funcional bajo condiciones cambiantes, en coherencia con la propiedad adaptativa de los SFT (Anokhin, 1974) y con la evidencia sobre variabilidad de realización e identidad funcional (Vyas et al., 2020).

La afasia post ictus ofrece un caso ejemplar para las implicaciones clínicas del marco. La neuropsicología cognitiva clásica, apoyada en la doble disociación, ha interpretado los cuadros afásicos como evidencia de una arquitectura modular del lenguaje, donde el daño a componentes específicos —lexical, sintáctico, fonológico— produce déficits selectivos y la rehabilitación consiste en entrenar esos componentes (González Nosti & Herrera Gómez, 2019). Este enfoque generó categorías clínicas operativas, pero deja sin explicación fenómenos que la investigación reciente

en neuroimagen y análisis de redes ha sistematizado: pacientes con lesiones anatómicamente similares muestran trayectorias de recuperación divergentes, y la recuperación efectiva implica reclutamiento distribuido de redes bilaterales cuya reorganización no puede entenderse como restauración modular localizada.

La investigación contemporánea sobre afasia como trastorno de red aporta evidencia sistemática en esta dirección. Siegel et al. (2016) mostraron que las deficiencias tras un ictus se predicen mejor por interrupciones de conectividad distribuida que por la localización de la lesión. Kiran & Thompson (2019) documentaron que la recuperación del lenguaje implica reorganización con reclutamiento de regiones perilesionales, homólogas contralaterales o incluso no lingüísticas, mostrando que una misma función puede sostenerse en configuraciones neuronales distintas. Stahl et al. (2016) demostraron que el uso del lenguaje en interacción comunicativa real —y no la práctica repetida de componentes aislados— es lo que promueve la recuperación en afasia crónica, evidenciando que el contexto comunicativo no es un escenario externo donde se aplica una función restaurada, sino la condición en la que esta se reorganiza.

Desde el marco de los SFT, la afasia se entiende no como pérdida de un módulo interno, sino como interrupción del SF del lenguaje, cuya recuperación consiste en restablecer su orientación al resultado —comunicación efectiva en contextos concretos— mediante nuevas configuraciones. La intervención clínica no se limita al componente afectado, sino que aborda el lenguaje como sistema relacional en actividades significativas, donde el cuerpo del paciente, sus interlocutores, sus recursos alternativos y el entorno actúan como condiciones propias de la dinámica funcional. Los modelos ecológicos de rehabilitación pueden leerse así como intuiciones clínicas acertadas pero incompletas: identificaron el papel del contexto, la actividad significativa y la interacción con el entorno, pero sin explicar filosóficamente por qué esos elementos son constitutivos y no auxiliares. Los SFT proveen esa fundamentación.

Esta articulación entre marco filosófico y práctica clínica no cierra el trabajo, lo abre. Queda pendiente el

desarrollo de programas de investigación específicos que operacionalicen empíricamente las categorías del marco en dominios clínicos concretos, así como la elaboración de instrumentos de evaluación e intervención que respondan a la lógica organizacional de los SFT y no a la lógica modular heredada. La afasia post-ictus, discutida aquí como caso ejemplar, muestra tanto la potencia del marco como la magnitud de la tarea que resta.

Conclusión

Este artículo ha propuesto los SFT como un programa de investigación científica que no integra las tesis de la cognición 4E, sino que las precede y fundamenta desde una perspectiva sistémica anti representacionalista. Su tesis central es que lo que las ciencias cognitivas contemporáneas plantean como corrección de un modelo previo, los SFT lo presuponen como condición: la unidad entre cuerpo, entorno y acción no es una extensión de la cognición, sino consecuencia necesaria de la organización funcional que constituye la actividad psicológica.

El aporte específico del artículo no reside en incorporar autores contemporáneos a un marco heredado, sino en articular filosóficamente una arquitectura cuyas piezas —ontología relacional formalizable topológicamente, emergencia como principio explicativo por no-agregatividad, teleología intrínseca constitutivamente situada, anti-representacionalismo consecuente— se sostienen mutuamente en la primacía de la organización relacional sobre los componentes. Esta arquitectura hace inteligibles como una unidad problemas que las ciencias cognitivas contemporáneas continúan discutiendo, en muchos casos, por separado, y ofrece a la neuropsicología clínica una fundamentación teórica sistemática que sus enfoques ecológicos han venido reclamando implícitamente.

Queda por desarrollar el trabajo formal, empírico y clínico que este marco requiere: la elaboración matemática precisa de la caracterización topológica, la validación empírica de las tesis emergentistas en dominios específicos, la construcción de instrumentos

de evaluación e intervención coherentes con la lógica organizacional. Estos desarrollos exceden los objetivos del presente análisis conceptual, cuya tarea era mostrar la solidez filosófica de la arquitectura y su capacidad de articular respuestas donde las ciencias cognitivas contemporáneas ofrecen posiciones dispersas. Los SFT son, en la formulación que aquí se ha defendido, un marco cuya arquitectura filosófica ha sido articulada y cuya tarea empírica queda abierta.

CONFLICTOS DE INTERESES

Esta investigación no presenta conflicto de interés.

REFERENCIAS

Anokhin, P. K. (1974). *Biology and neurophysiology of the conditioned reflex and its role in adaptive behavior*. Pergamon Press.

Anokhin, P.K. (1987). *Psicología y Filosofía de la Ciencia. Metodología del Sistema Funcional*. Editorial Trillas, S.A.

Beni, M. D. (2019). *Cognitive structural realism: A radical solution to the problem of scientific representation*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-05114-3>

Bernstein, N. A. (1967). *The coordination and regulation of movements*. Pergamon Press.

Bianconi, G. (2021). *Higher-order networks: An introduction to simplicial complexes*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108770996>

Bich, L. (2024). Organisational teleology 2.0: Grounding biological purposiveness in regulatory control. *Ratio*, 37(4), 327–340. <https://doi.org/10.1111/rati.12405>

Chaudhuri, R., Gerçek, B., Pandey, B., Peyrache, A., & Fiete, I. (2019). The intrinsic attractor manifold and population dynamics of a canonical cognitive circuit across waking and sleep. *Nature Neuroscience*, 22(9), 1512–1520. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0460-x>

Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>

Clark, A., & Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis*, 58(1), 7–19. <https://doi.org/10.1093/analys/58.1.7>

Curto, C., & Sanderson, N. (2025). Topological neuroscience: Linking circuits to function. *Annual Review of Neuroscience*, 48(1), 491–518. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-112723-034315>

Expert, P., Lord, L.-D., Kringelbach, M. L., & Petri, G. (2019). Editorial: Topological neuroscience. *Network Neuroscience*, 3(3), 653–655. https://doi.org/10.1162/netn_e_00096

Fortunato, C., Bennasar-Vázquez, J., Park, J., Chang, J. C., Miller, L. E., Dudman, J. T., Perich, M. G., & Gallego, J. A. (2024). Nonlinear manifolds underlie neural population activity during behaviour. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.07.18.549575>

Freeman, W. J. (1975). *Mass action in the nervous system: Examination of the neurophysiological basis of adaptive behavior through the EEG*. Academic Press.

Freeman, W. J. (2000). *How brains make up their minds*. Columbia University Press.

Freeman, W. J., & Viana Di Prisco, G. (1986). EEG spatial pattern differences with discriminated odors manifest chaotic and limit cycle attractors in olfactory bulb of rabbits. En G. Palm y A. Aertsen (Eds.), *Brain theory* (pp. 97-119). Springer-Verlag

Gardner, R. J., Hermansen, E., Pachitariu, M., Burak, Y., Baas, N. A., Dunn, B. A., Moser, M.-B., & Moser, E. I. (2022). Toroidal topology of population activity in grid cells. *Nature*, 602(7895), 123-128. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-04268-7>

Gibson, J.J. (2014). *The Ecological Approach to Visual Perception: Classic Edition* (1st ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315740218>

González Nosti, M., & Herrera Gómez, E. (2019). *Evaluación neuropsicológica del lenguaje*. Editorial Síntesis.

Gramann, K., Ferris, D. P., Gwin, J., & Makeig, S. (2014). Imaging natural cognition in action. *International Journal of Psychophysiology*, 91(1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.09.003>

Guiral, J. A. (2026). Systemic neuropsychology: Toward a contemporary theory of topological functional systems. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1745418. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2026.1745418>

Juarrero, A. (1999). *Dynamics in action: Intentional behavior as a complex system*. MIT Press.

Kauffman, S. A. (1993). *The origins of order: Self-organization and selection in evolution*. Oxford University Press.

Kiran, S., & Thompson, C. K. (2019). Neuroplasticity of language networks in aphasia: Advances, updates, and future challenges. *Frontiers in Neurology*, 10, 295. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00295>

Lapkin, M. M., Pertsov, S. S., & Zorin, R. A. (2023). Structure of the useful adaptive result in the systemic organization of physiological functions as a subject of scientific analysis: History and prospects of research. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, 175(4), 411-423. <https://doi.org/10.1007/s10517-023-05877-0>

Luria, A. R. (2019). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Fontamara, S.A.

Merleau-Ponty, M. (2010). *Phenomenology of Perception* (D. Landes, Trans.; 1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203720714>

Mossio, M., & Bich, L. (2017). What makes biological organisation teleological? *Synthese*, 194, 1089-1114. <https://doi.org/10.1007/s11229-014-0594-z>

Mossio, M., Saborido, C., & Moreno, A. (2009). An organizational account of biological functions. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 60(4), 813-841. <https://doi.org/10.1093/bjps/axp036>

Newen, A., De Bruin, L., & Gallagher, S. (Eds.). (2018). *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford University Press.

- Robertson, I. H., & Murre, J. M. J. (1999). Rehabilitation of brain damage: Brain plasticity and principles of guided recovery. *Psychological Bulletin*, 125(5), 544–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.544>
- Rosen, R. (1985). *Anticipatory systems: Philosophical, mathematical and methodological foundations*. Pergamon Press.
- Saggar, M., Sporns, O., Gonzalez-Castillo, J., Bandettini, P. A., Carlsson, G., Glover, G., & Reiss, A. L. (2018). Towards a new approach to reveal dynamical organization of the brain using topological data analysis. *Nature Communications*, 9(1), 1399. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-03664-4>
- Shea, N. (2018). *Representation in cognitive science*. Oxford University Press.
- Siegel, J. S., Ramsey, L. E., Snyder, A. Z., Metcalfe, N. V., Chacko, R. V., Weinberger, K., Baldassarre, A., Hacker, C. D., Shulman, G. L., & Corbetta, M. (2016). Disruptions of network connectivity predict impairment in multiple behavioral domains after stroke. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(30), E4367–E4376. <https://doi.org/10.1073/pnas.1521083113>
- Sizemore, A. E., Phillips-Cremins, J. E., Ghrist, R., & Bassett, D. S. (2019). The importance of the whole: Topological data analysis for the network neuroscientist. *Network Neuroscience*, 3(3), 656–673. https://doi.org/10.1162/netn_a_00073
- Skarda, C. A., & Freeman, W. J. (1987). How brains make chaos in order to make sense of the world. *Behavioral and Brain Sciences*, 10(2), 161–195. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00047336>
- Stahl, B., Mohr, B., Dreyer, F. R., Lucchese, G., y Pulvermüller, F. (2016). Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia. *Cortex*, 85, 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.09.021>
- Sudakov, K. V. (1997). The Theory of Functional Systems: General Postulates and Principles of Dynamic Organization. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32(4), 392–414. <https://doi.org/10.1007/BF02688634>
- Varela, F. J., Thompson, E., y Rosch, E. (2017). *The embodied mind: Cognitive science and human experience* (Revised ed.). MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262529365.001.0001>.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Vygotski, L. S. (2013). *Obras escogidas. Tomo I. Sobre los sistemas psicológicos*. Machado Grupo de Distribución.
- Vyas, S., Golub, M. D., Sussillo, D., y Shenoy, K. V. (2020). Computation through neural population dynamics. *Annual Review of Neuroscience*, 43, 249–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-092619-094115>
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., y Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press
- Wimsatt, W. C. (2007). *Re-engineering philosophy for limited beings: Piecewise approximations to reality*. Harvard University Press.

Hacia un paradigma de salud mental más allá del cerebro: fundamentando la crítica socio-política en clave cibernética

Towards a Paradigm of Mental Health Beyond the Brain: Grounding Socio-Political Critique Through a Cybernetic Lens

Alan Barrera Castro¹, Felipe Bastías Alfaro²

Correspondencia:

Alan Barrera Castro

alan.barrera@ug.uchile.cl

RECIBIDO: 31 DE MARZO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

Frente a la prevalencia global de trastornos mentales y un giro terapéutico que privatiza el malestar, tanto la crítica socio-política como el modelo biomédico han resultado insuficientes. En este ensayo, articulamos una síntesis teórica postcognitiva entre psiquiatría enactiva y el marco ecosocial-cultural que concibe los trastornos como patrones disfuncionales de *sense-making* situados en nichos ecosociales, operacionalizados por herramientas explicativas multinivel (RAP, CLDs, MoBI). Desde una cibernética reflexiva, argumentamos que esta integración fortalece ontológica, epistemológica y metodológicamente la crítica socio-política previa, al explicar cómo elementos estructurales se traducen en malestar, fundamentando así un paradigma emergente de salud mental resistente a lógicas individualizantes.

Palabras clave: salud mental; psiquiatría enactiva; marco ecosocial-cultural; modelo biomédico; Cognición 4E.

Abstract

Faced with the global prevalence of mental disorders and a therapeutic turn that privatizes distress, both socio-political critique and the biomedical model have proven insufficient. In this essay, we articulate a post-cognitivist theoretical synthesis between enactive psychiatry and the ecosocial-cultural framework that conceives disorders as dysfunctional patterns of *sense-making* situated in ecosocial niches, operationalized by multilevel explanatory tools (RAP, CLDs, MoBI). From a reflexive cybernetic perspective, we argue that this integration strengthens ontologically, epistemologically and methodologically previous socio-political critique, by explaining how structural elements translate into distress, thus grounding an emerging mental health paradigm resistant to individualizing logics.

Keywords: mental health; enactive psychiatry; ecosocial-cultural framework; biomedical model; 4E Cognition.

¹ Universidad de Chile.
² Universidad Diego Portales.

INTRODUCCIÓN

Los índices mundiales de salud mental en población general se han mantenido en niveles preocupantes durante los últimos 30 años (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators [GBD], 2022), adquiriendo peso en el debate público. Desde una crítica socio-política, autores como Berardi (2017) sostienen que la aceleración técnico-social sobrepasa las limitaciones orgánicas del sistema nervioso (sobrecarga sensorial y/o atencional), propiciando efectos patológicos como ansiedad o depresión. Este fenómeno ha estado acompañado por un giro terapéutico caracterizado, por un lado, por la privatización del estrés, donde el malestar psicológico se interpreta individualmente como desajuste en la bioquímica cerebral y, por otro, por la normalización del malestar como lógica de coexistencia e indiferencia frente a sus causas estructurales (Colquhoun, 2021; Fisher, 2017). Esta comprensión del malestar psicológico, delineada por las disciplinas Psi (e.g., psicología, psiquiatría, neurociencia), promueve un régimen de producción de subjetividades plasmado en la figura de un “yo neuroquímico” responsable de su propia optimización y regulación mediante técnicas farmacológicas y terapéuticas (Rose, 2012). Históricamente, las disciplinas Psi se basaron en el mismo individualismo que brindó la matriz ideológica capitalista, lo cual estructuró sus prácticas terapéuticas. El neoliberalismo luego reforzó esta visión asociando competencia y optimización funcional a un ideal moral, configurando así el contexto socio-histórico en que se sitúan los fenómenos de malestar señalados (Kirmayer, 2025).

Como eje central del giro terapéutico mencionado subyace el modelo biomédico en tanto paradigma predominante en salud mental. Este modelo, pese a no ser un bloque homogéneo, ha provisto aportes clave en la identificación de circuitos neurobiológicos (Kirmayer et al., 2015) y en la eficacia de intervenciones somáticas estandarizadas (e.g., farmacoterapia, neuromodulación). Sin embargo, al ser condicionado por las demandas institucionales de los sistemas de aseguramiento y la expansión farmacéutica (Beck, 2020), este modelo suele asumir algún grado de esencialismo biológico

que comprende los trastornos como enfermedades localizadas principalmente en el cerebro (Nielsen, 2023), explicables por desviaciones en mecanismos como genes, neurotransmisores o circuitos neurales. Este intracranealismo, afín al cognitivismo clásico (i.e., que ocurre *entre* el *input* sensorial y el *output* conductual), conceptualiza el malestar como un desorden interno e individual, cuya búsqueda de marcadores diagnósticos neuro-reduccionistas termina subordinando el papel del cuerpo, la historia y el entorno sociocultural.

Existe entonces un doble vacío teórico-explicativo. Por un lado, la crítica socio-política denuncia los determinantes estructurales, pero resulta incapaz de explicar cómo estos se traducen en malestar. Por otro lado, la salud mental biomédica provee mecanismos internos y locales, pero resulta indiferente a sus condicionantes contextuales y estructurales. Esto sugiere una necesidad de alternativas integradoras; sin embargo, enfoques previos que prometían integración multinivel como el modelo biopsicosocial de Engel (citado en Gómez-Carrillo & Kirmayer, 2023), suscitaron críticas sobre su operacionalización práctica al no incorporar literatura relevante en biología de sistemas, psicofisiología o epidemiología social, además de no abordar lo suficiente la dimensión de la experiencia humana. Esta literatura comparte una matriz común, caracterizada por: (a) rechazar el reduccionismo y adoptar un marco sistémico que incluya procesos multinivel; (b) reconocer el significado y autocomprensión del paciente como datos explicativos y clínicos de primer orden; (c) situar la mente y la psicopatología en nichos humanos que ofrecen y restringen posibilidades; (d) considerar una organización jerárquica con causalidad ascendente y descendente; (e) integrar descripciones de redes y sindemias que conectan la salud a sus contextos socioeconómicos; y (f) defender un pluralismo metodológico.

A partir de lo anterior, se evidencian dos líneas de literatura que no se han articulado de forma integrativa: la crítica socio-política contemporánea en salud mental, y las diversas alternativas independientes al modelo biomédico bajo una matriz de pensamiento sistémico. Para abordar esta articulación, el presente trabajo se organiza en torno a dos objetivos:

1. mostrar cómo los enfoques postcognitivos y el marco ecosocial-cultural posibilitan tal integración: mientras los principios 4E superan el intracranealismo definiendo el trastorno más ampliamente, el marco ecosocial-cultural sienta las bases que integran explícitamente las condiciones estructurales de su etiología distal.
2. a partir de esta articulación, releer y fortalecer la crítica socio-política: primero, abasteciéndola de un fundamento ontológico, epistémico y metodológico más robusto, y segundo, explicitando mediante reflexividad crítica cómo las disciplinas Psi influyen en su objeto de estudio e intervención.

Como ensayo teórico, esta propuesta conceptual integradora se vale de un lenguaje cibernético transversal a ambos objetivos. Esta articulación nos permitirá sostener que la crítica socio-política del modelo biomédico puede operacionalizarse mediante mecanismos multinivel que explican la constitución, etiología y tratamiento del malestar.

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA

Bases conceptuales: el marco ecosocial-cultural

La genealogía del pensamiento sistémico ya delineada otorga la base para un marco ecosocial-cultural integrador de la teoría y práctica psiquiátrica (Gómez-Carrillo & Kirmayer, 2023). Apoyándose en la relatividad biológica de Noble (que encarna el anti-reduccionismo de la biología de sistemas al defender que no hay nivel causal privilegiado), este marco asume que los sistemas biológicos se organizan jerárquicamente como sistemas complejos con causalidad ascendente y descendente (e.g., del nivel sociocultural a niveles inferiores). Aquí, se articulan nociones de teleodinámica y emergencia cuando las metas y valores del agente (organización de alto nivel) constriñen y canalizan la dinámica de componentes neurocognitivos y corporales (niveles más bajos), generando propiedades del sistema no reducibles a sus partes.

Inspirado en la cibernética de segundo orden y la autopoiesis, los sistemas vivos se entienden como redes autorreferenciales y autoorganizadas con bucles de retroalimentación que apelan a explicaciones psiquiátricas multinivel, por ejemplo, desde una perspectiva de redes, los trastornos resultan de interacciones dinámicas entre síntomas/nodos causalmente conectados, que pueden ser desde fisiológicos hasta institucionales. Esta visión se extiende para incluir contextos socioculturales, autocomprensión y narración del paciente como procesos causales activos (Gómez-Carrillo & Kirmayer, 2023).

El concepto de nicho, entendido como el hábitat y recursos necesarios para la persistencia de una especie (Gómez-Carrillo & Kirmayer, 2023), se vuelve fundamental. Dada la particular construcción de nichos humanos (e.g., lenguaje, cultura simbólica, instituciones) el marco ecosocial-cultural conceptualiza nichos socioculturales anidados (en niveles micro-meso-macro) operacionalizables mediante cuatro dominios solapados: (1) historia del ciclo vital; (2) estructura social y posicionamiento; (3) significados, valores, normas y *affordances* culturales; y (4) biografía individual y autocomprensión.

Siguiendo la evidencia transcultural, este marco sugiere un giro relacional que constituye una corrección sociocéntrica al individualismo predominante en la salud mental biomédica (Kirmayer, 2025). Por último, en la clínica el nicho pasa a ser un sistema ecosocial vivido, apto para su modelización conceptual mediante efectos de bucle (*looping effects*) dentro y entre niveles, representados con diagramas de lazos causales (CLDs) que capturen enlaces observables y sirvan de base para posteriores modelos cuantitativos.

Rol de la Cognición 4E

La Cognición 4E (Embodied, Enactive, Embedded, Extended) ofrece un enfoque de sistemas dinámicos que integra fisiología, auto-construcción y participación en significados cooperativos. Articula nociones como *alostasis* (adaptación anticipatoria) y ciclos acción-percepción que operan internamente (interocepción/

regulación) y externamente (conductas sobre el cuerpo y entorno), constituyendo una agencia capaz de cambiar circunstancias sociales. Al tomar como unidad de análisis al sistema cerebro-cuerpo-en-el-mundo, la Cognición 4E ocupa un rol crucial en la integración multinivel que exige el marco ecosocial-cultural (Gómez-Carrillo & Kirmayer, 2023), sirviendo como eje articulador de un nuevo paradigma orientado a superar las limitaciones del modelo biomédico mediante explicaciones y prácticas situadas (Nielsen, 2023).

Estructuralmente, los trastornos son fuzzy type-causal MPC kinds (mechanistic property cluster): conjuntos borrosos de propiedades sostenidas por redes de mecanismos causales multiescala, sin esencia única ni estable, pero con regularidades suficientes para modelarlos e intervenir. Esto explica la heterogeneidad etiológica. La tabla 1 resume esta conceptualización desde la taxonomía de Zachar y Kendler (citado en Nielsen, 2023).

Psicopatología en clave enactiva

El siguiente paso es reformular una noción de psicopatología compatible, la cual encuentra su fundamento conceptual en la psiquiatría enactiva con el trabajo desarrollado por Nielsen (2023). Si entendemos que el malfuncionamiento se sigue necesariamente de la noción de funcionamiento adoptada, entonces, la estrategia es justamente posicionarse desde una cognición 3E (a diferencia del uso común 4E, Nielsen excluye la tesis de la cognición extendida por razones pragmáticas). Desde esta “psicopatología 3E, los trastornos son entendidos como patrones recurrentes e inflexibles en el *sense-making* (la manera en que alguien se acopla y hace sentido del mundo), sostenidos por estructuras dinámicas reentrantes disfuncionales, es decir, que contravienen significativamente su propio modo de funcionar.

Esta conceptualización del trastorno (Nielsen, 2023) se caracteriza por: (a) Causalidad organizacional y constitución: la forma/organización del sistema vivo tiene eficacia causal, generando propiedades emergentes. (b) Doble aspectividad: lo mental y físico son modos de descripción del mismo sistema. (c) Normatividad naturalizada: las normas y valores forman parte de lo vivo y de la agencia. (d) Incrustación cultural: los patrones se realizan en nichos socioculturales. (e) Afectividad: la emoción atraviesa y organiza la cognición y acción. (f) Desarrollo: los patrones se forman históricamente en un “modo de funcionamiento”. (g) Pluralismo: exige estrategias explicativas y metodológicas múltiples.

Tabla 1.

Cuadro resumen de taxonomía conceptual.

Eje	Posición
Causalismo/descriptivismo	Trastornos como patrones disfuncionales del <i>sense-making</i> (descriptivo), aunque aspira a clasificarlos por mecanismos (causal).
Esencialismo/nominalismo	Realismo moderado para los trastornos (<i>causal-types MPC</i>) y nominalismo moderado para las entidades diagnósticas (herramientas imperfectas moldeadas por fines prácticos).
Objetivismo/evaluativismo	Evaluativismo naturalizado (los valores son inherentes a la demarcación de trastorno), sin negar la objetividad de los patrones disfuncionales.
Internalismo/externalismo	Externalismo moderado/relacional: los patrones están constituidos y mantenidos por interacciones no lineales entre organismo y mundo, sin postular mente extendida en sentido fuerte.
Entidades/agentes	Posición agencial (los trastornos se definen por las normas funcionales del agente), pero reconoce cierta entitatividad de procesos parciales auto-mantenidos.
Categorías/continuos	Grados variables de borrosidad y solapamiento entre síndromes. La delimitación categorial nítida es rara por la complejidad constitutiva.

Nota: Elaboración propia a partir de Nielsen (2023).

De la reconceptualización a la explicación y la clínica

En investigación, el RAP (*Relational Analysis of Phenomena*) constituye un meta-método para teorías de constitución y mantenimiento de los trastornos, que captura procesos distribuidos en el sistema cerebro-cuerpo-en-el-mundo y mapea relaciones entre fenómenos que componen un “espacio de trastorno”, en lugar de clústeres diagnósticos tipo-DSM o circuitos de síntomas tipo-RDoC. A diferencia de estos enfoques centrados en síntomas (estables/homogéneos, pero poco relevantes clínicamente) o en diagnósticos (relevantes, pero poco homogéneos etiológicamente), aquí la unidad operativa es el *phenomena complex* (2-3 fenómenos co-ocurrentes), que ofrece un punto medio de equilibrio estabilidad/relevancia, con mejor tracción clínica (Nielsen, 2023). Las fases del RAP son: (1) mapear

fenómenos y relaciones en el espacio de trastorno (red de síntomas); (2) selección del *phenomena complex* y descripción multiescala desde los genes a la cultura; y (3) abducción de mecanismos, evaluación e iteración del modelo.

En la práctica clínica, no se impone una única manera de formular casos, sino un pluralismo guiado por principios 3E. El foco es comprender las dificultades como procesos complejos de *sense-making* en interacción situada con el mundo, privilegiando la colaboración, humildad epistémica y agencia del paciente por sobre la mera supresión de síntomas (Nielsen, 2023). En psicoterapia, Costa-Cordella et al. (2024) proponen un programa empírico para investigar procesos de *sense-making* relacional en diadas paciente-terapeuta con métodos MoBI (*mobile brain/body imaging*). Esto operacionaliza marcadores multinivel de sincronía y alianza terapéutica mediante

diseños experimentales escalables hacia escenarios ecológicos, lo cual puede fortalecer los esfuerzos de estandarización y entrenamiento de terapeutas desde un enfoque 4E, con el potencial de orientar políticas públicas en términos de certificación y aseguramiento de la calidad del proceso terapéutico.

Integración hacia una nueva salud mental

La confluencia hacia un marco sistémico común delineada hasta aquí forma parte de un *zeitgeist* de esfuerzos más amplios que aún no han sido integrados en un nuevo paradigma de salud mental. Rose (2025) sintetiza estos esfuerzos convergentes bajo el nombre de Salud Mental 5E, un estilo de pensamiento emergente con intenciones programáticas definidas para promover ese necesario cambio de paradigma, donde a las 4E añade la dimensión *experienced* (narrativo-fenomenológica), y renombra *embedded* como *emplaced*, incorporando el programa del exposoma con elementos ecosociales-culturales.

Este nuevo paradigma llama a transformar profundamente el “complejo psiquiátrico” (entramado institucional amplio mediante el cual las disciplinas Psi reproducen el modelo biomédico), proceso donde la voz de los usuarios y “expertos por experiencia” es crucial, permitiendo acortar una brecha de injusticia epistémica hasta hoy no resuelta.

Releyendo la crítica socio-política en clave cibernética

En esta nueva salud mental convergen también movimientos afines como la neurociencia crítica, que permiten articular diálogos transdisciplinarios entre ciencia básica, práctica clínica y crítica socio-política en torno al malestar. Este cruce fundamenta en distintos niveles la necesidad de desprivatizar la psicopatología a nivel clínico y político, frente al intracranealismo biomédico tradicional. Si bien enfoques de redes y modelos computacionales previos ya han mapeado

síntomas más allá del cerebro, estos suelen omitir las ecologías sociales subyacentes al diagnóstico e intervención, operando bajo una lógica irreflexiva sobre las condiciones sociales y normativas que definen la patología. Beck (2020) inscribe estos modelos en la herencia de la cibernética clásica y su lenguaje de control, donde dicha irreflexividad es capitalizada por una “racionalidad cibernética” (Halpern, 2014), que difumina los límites entre clínica, seguros y mercado. Al concebir a individuos y poblaciones como sistemas regulables, la salud mental se reduce a un problema de gestión, adaptación y corrección de desajustes funcionales, el cual sustenta tanto el giro terapéutico (Colquhoun, 2021; Fisher, 2017) como el mandato de auto-optimización del “yo neuroquímico” (Rose, 2012).

En contraste, la auto-recursión de la cibernética de segundo orden introduce una exigencia de reflexividad crítica: examinar también las condiciones desde las cuales se describe e interviene. Estas prácticas, realizadas por sujetos históricamente situados, son mediadas por marcos normativos y socioculturales específicos, por lo que valores propios de la racionalidad cibernética (e.g., eficiencia y productividad) terminan constituyendo el sistema clínico-social capturado en el diagnóstico (Beck, 2020). Este giro reflexivo visibiliza cómo las disciplinas Psi influyen en su propio objeto de estudio, abriendo posibilidades de cambio desde dentro que se instancian en los esfuerzos de la neurociencia crítica por repensar la intervención en salud mental y exigir acciones “aguas arriba” (e.g. reducir desigualdades y discriminación, fortalecer la cohesión social y mejorar condiciones materiales de vida). Esta exigencia deriva de la propia epistemología de la nueva salud mental: si las causas y mecanismos son estructurales (incluido el complejo psiquiátrico desde donde se interviene), las intervenciones deben operar al mismo nivel (Beck, 2020; Kirmayer et al., 2015).

RELEVANCIA

La casi ubicua tendencia global hacia una mayor carga de trastornos mentales (GBD, 2022) sugiere factores transversales en la construcción de nicho a escala humana. La nueva salud mental aquí articulada

ofrece una epistemología mejor equipada para comprender y afrontar esta problemática. En este sentido, la relectura de la crítica socio-política que esta articulación permite, converge con propuestas recientes para testear hipótesis sobre los efectos negativos del capitalismo en la mente y cerebro (Kokorikou et al., 2023), lo cual se puede entender desde una lógica de desajuste evolutivo.

Este giro epistemológico tiene implicancias prácticas decisivas. En el plano internacional, si no se incorporan explícitamente realidades culturales, económicas y políticas, agendas como la *Global Mental Health* terminan reproduciendo un modelo biomédico occidentalizado que concibe la salud mental como un mero problema de *delivery* de tratamientos (Kirmayer et al., 2015). Ante esto, la Resolución A/RES/77/300 de Naciones Unidas [ONU] (2023) enmarca la salud mental como un derecho humano y exige estrategias preventivas que aborden determinantes sociales, ambientales y económicos (e.g., pobreza, desigualdad, discriminación), sin embargo, es difícil concebir una implementación científicamente informada de estos lineamientos sin una reformulación adecuada de la psicopatología ni herramientas explicativas como el RAP o los CLDs.

Pero la relevancia no se limita al plano programático, la presente síntesis teórica también permite explicar e interpretar los resultados de iniciativas locales previas que, aunque gestadas en contextos independientes, han sido afines a esta nueva salud mental. Por ejemplo: el modelo *Open Dialogue* finlandés (Bergström et al., 2022) que toma como objeto de intervención el sentido emergente de sistemas relacionales (análogo a un *sense-making* relacional enactivo); en Canadá, el *Cultural Consultation Service* (Kirmayer et al., 2003), que implementa el marco ecosocial-cultural en casos clínicos, y el programa *Housing First* (Goering et al., 2011), que opera sobre el nicho material que mantiene el malestar, ofreciendo seguridad habitacional a personas sin hogar con problemas mentales; la Ley 180 italiana, que introdujo un giro alineado con la neurociencia crítica, destacando el sistema de centros integrados con servicios de vivienda, empleo y ayuda social de Trieste (Mezzina, 2018); y el marco británico *Power Threat Meaning*, retomado por Beck (2020), que reubica

la clínica en estructuras sociales, articulando poder, significado y respuestas biológicas a la amenaza, con la reflexividad crítica como eje.

CONCLUSIÓN

Los enfoques postcognitivos conforman un eje central dentro de una nueva salud mental que apunta a superar los problemas del modelo biomédico. El giro clave hacia una noción enactiva de lo mental obliga a superar el intracranealismo predominante, mientras que el marco ecosocial-cultural contrarresta la individualización al entender que las causas y factores relevantes se distribuyen jerárquica y recíprocamente a través de niveles biológicos y socioculturales. Esto permite articular un marco explicativo sobre cómo los determinantes sociales estructurales se traducen en malestar psicológico, preparando un terreno fértil para programas de investigación que avancen hacia una comprensión situada y un mejor abordaje de la salud mental.

En esta integración, la crítica socio-política deja de ser una denuncia externa para reformularse en un programa con proyección empírica, en el que la constitución, etiología y tratamiento se examinan mediante herramientas específicas (RAP, CLDs y diseños MoBI, respectivamente), incorporando reflexividad y crítica en un marco multinivel que no sacrifica el rigor científico. Como resultado, el foco se desplaza desde trastornos individuales hacia procesos de vida situados que se contraponen a la “privatización del estrés”, y se reabre la pregunta por las condiciones históricas, económicas y socio-políticas que producen y sostienen el malestar.

En síntesis, la presente propuesta aporta a la literatura sobre los determinantes sociales de la salud mental en cuatro ejes: (1) articula una teoría del trastorno como *sense-making* situado en nichos ecosociales; (2) sugiere métodos para investigar la constitución, etiología y tratamiento de dichos trastornos; (3) incorpora la reflexividad instanciada en la neurociencia crítica para prevenir que las disciplinas Psi operen como meros dispositivos de control; y (4) Habilita diálogos entre clínica, ciencia básica y crítica socio-política,

arrojando nuevas luces sobre un corpus de literatura en clave cibernética que se había desarrollado por separado. En su conjunto, este ensayo delinea los fundamentos ontológicos, epistémicos, metodológicos y normativos de un paradigma emergente que opera más allá del individuo, en un *zeitgeist* que avanza hacia una consolidación programática para enfrentar los desafíos actuales en salud mental y la transformación necesaria del complejo psiquiátrico subyacente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Alan Barrera recibe financiamiento de ANID-Subdirección de Capital Humano/Magíster Nacional/2025 - 22252081.

REFERENCIAS

Beck, T. J. (2020). From cybernetic networks to social narratives: Mapping value in mental health systems beyond individual psychopathology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 40(2), 85–106. <https://doi.org/10.1037/teo0000127>

Berardi, F. (2017). *Fenomenología del Fin: Sensibilidad y mutación conectiva* (1a. Edición). Caja Negra.

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Miettunen, J., Mäkiöllitervo, H., Taskila, J. J., Virta, K., & Valtanen, K. (2022). The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(12), 1368–1375. <https://doi.org/10.1111/eip.13286>

Colquhoun, M. (2021). *Egreso: Sobre comunidad, duelo y Mark Fisher* (1a. Edición). Caja Negra.

Costa-Cordella, S., Grasso-Cladera, A., & Parada, F. J. (2024). The Future of Psychotherapy Research and Neuroscience: Introducing the 4E/MoBI Approach to the Study of Patient–Therapist Interaction. *Review of General Psychology*, 28(2), 143–165. <https://doi.org/10.1177/10892680231224399>

Fisher, M. (2017). *Realismo Capitalista: ¿No hay alternativa?* (1a. Edición). Caja Negra.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., Hwang, S. W., Komaroff, J., Latimer, E., Somers, J., & Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1(2), e000323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000323>

Gómez-Carrillo, A., & Kirmayer, L. J. (2023). A cultural-ecosocial systems view for psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1031390. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1031390>

Halpern, O. (2014). Cybernetic rationality. *Distinktion: Journal of Social Theory*, 15(2), 223–238. <https://doi.org/10.1080/1600910X.2014.923320>

Kirmayer, L. J. (2025). The place of the social in psychiatry: From structural determinants to the ecology of mind. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(4), 771–783. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02772-5>

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., & Jarvis, E. (2003). Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145–153. <https://doi.org/10.1177/070674370304800302>

Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Cummings, C. A. (2015). *Re-visioning psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. Cambridge University Press.

Kokorikou, D. S., Sarigiannidis, I., Fiore, V. G., Parkin, B., Hopkins, A., El-Deredy, W., Dilley, L., & Moutoussis, M. (2023). Testing hypotheses about the harm that capitalism causes to the mind and brain: A theoretical framework for neuroscience research. *Frontiers in Sociology*, 8, 1030115. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1030115>

Mezzina, R. (2018). Forty years of the Law 180: The aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 336–345. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000070>

Naciones Unidas, Asamblea General. (2023). Salud mental y apoyo psicosocial (Resolución A/RES/77/300). <https://digitallibrary.un.org/record/4014613>

Nielsen, K. (2023). *Embodied, Embedded, and Enactive Psychopathology: Reimagining Mental Disorder*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-29164-7>

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.

Rose, N. (2025). 5E Mental Health? Notes on an emerging style of thought. *Transcultural Psychiatry*, 62(3), 325–340. <https://doi.org/10.1177/13634615251327862>

Patrones motores y atencionales en las emociones básicas: estudio piloto fenomenológico sobre la codeterminación de la conducta y experiencia

Motor and Attentional Patterns in Basic Emotions: A Phenomenological Pilot Study on the Co-determination of Behavior and Experience

Carmen Cordero-Homad¹, Alejandra Vásquez-Rosati²

Correspondencia:

Alejandra Vásquez-Rosati

alejandravasquezrosati@gmail.com

RECIBIDO: 14 DE JUNIO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

Este artículo propone una comprensión de las emociones básicas como estados cognitivos globales desde el Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia, fundamentado en las teorías de la Autopoiesis y la Biología del Conocer de Maturana y Varela. Se postula que cada emoción básica — miedo, rabia, alegría y tristeza — presenta una correspondencia entre movimientos específicos del cuerpo y de tipos de atención que estructuran la experiencia del mundo vivido. Para examinar esta hipótesis, se gatilló cada estado emocional mediante secuencias de movimiento específicos del Método de Integración Cognitivo Corporal (MICC) y se recolectaron descripciones de la experiencia en primera persona mediante entrevistas micro-fenomenológicas en diez participantes con experiencia previa en el MICC. El análisis fenomenológico con codificación temática estructurada reveló que cada emoción básica presenta una estructura experiencial específica. Los resultados muestran que la dirección del movimiento (expansión/contracción) se correspondió con la dirección atencional (extraversión/introversión) y el tono muscular (hipotonía/hipertonía) con la amplitud atencional (divergente/convergente). Estos hallazgos muestran una asociación entre los patrones motores y atencionales de las emociones, sugiriendo procesos de codeterminación de la conducta y experiencia.

Palabras clave: emociones básicas, estados cognitivos globales, patrones motores y atencionales, micro-fenomenología, modulación emocional.

Abstract

This article proposes an understanding of basic emotions as global cognitive states grounded in the Model of the Three Dimensions of Behavior and Experience, based on Maturana and Varela's theories of Autopoiesis and Biology of Knowing. It is postulated that each basic emotion — fear, anger, joy, and sadness — exhibits a correspondence between specific body movements and types of attention that structure the experience of the lived world. To examine this hypothesis, each emotional state was triggered using specific movement sequences from the Cognitive-Corporeal Integration Method (MICC), and first-person experience descriptions were collected through micro-phenomenological inspired interviews with ten participants experienced in this method. Phenomenological analysis using structured thematic coding revealed that each basic emotion presents a specific experiential structure. The results show that the direction of movement (expansion/contraction) corresponded to attentional direction (extraversion/introversion), and muscular tone (hypotonia/hypertonia) to attentional breadth (divergent/convergent). These findings demonstrate an association between the motor and attentional patterns of emotions, suggesting processes of co-determination between behavior and experience.

Keywords: basic emotions, global cognitive states, motor and attentional patterns, micro-phenomenology, emotional modulation.

^{1, 2} Laboratorio de Fenomenología Corporal en Pontificia Universidad Católica de Chile. Laboratorio de Lenguaje y Cognición, Campus Villarrica.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las emociones ha constituido uno de los problemas más persistentes y disputados de la psicología y las ciencias cognitivas. La dificultad no radica únicamente en la complejidad del fenómeno, sino en los supuestos epistemológicos desde los cuales ha sido abordado. La tradición dominante ha operado bajo una concepción dualista que contrapone la racionalidad a los fenómenos emocionales, concibiendo a estos últimos como agentes perturbadores de la capacidad cognitiva; entendida como la facultad de acceder, mediante el razonamiento, a las leyes de un mundo objetivo e independiente del sujeto que lo percibe (Foucault, 1977). Esta perspectiva representacionalista ha orientado la investigación hacia la búsqueda de mecanismos causales discretos que expliquen las emociones como respuestas del organismo a estímulos externos, fragmentando el fenómeno en dimensiones analíticamente separables: fisiológica, psicológica y relacional (Varela et al., 1997). Ya en 1962, Robert Plutchik documentaba 30 definiciones de emoción, cada una privilegiando alguna de estas dimensiones por sobre las demás (Plutchik, 1962), lo que evidencia que la complejidad del fenómeno emocional desborda los marcos explicativos disponibles cuando se aborda desde una sola dimensión.

En las últimas décadas, las aproximaciones 4E a la cognición, han propuesto una revisión sustancial de estos supuestos (Varela, Thompson & Rosch, 1997; Hutto & Myin, 2013; Di Paolo, Cuffari & De Jaegher, 2018). Desde esta perspectiva, la cognición no es un proceso de representación interna de un mundo externo, sino un proceso de constitución mutua entre el organismo y su entorno a través de la acción. Las emociones, en este marco, no son perturbaciones de la cognición sino parte constitutiva de ella: son modos de ser-en-el-mundo que especifican simultáneamente cómo el organismo se mueve, cómo orienta su atención y cómo constituye el mundo que percibe (Colombetti & Thompson, 2008; Fuchs, 2013). Así, atención y afectividad pueden entenderse como procesos dinámicamente interrelacionados. La manera en que el organismo se encuentra afectivamente situado contribuye a

determinar qué aspectos del entorno o de la propia experiencia adquieren relevancia atencional, mientras que la orientación y el despliegue de la atención participan, a su vez, en la configuración de la experiencia afectiva. Aunque esta propuesta surge de un marco teórico enactivo, encuentra puntos de convergencia con evidencia empírica desarrollada desde otras perspectivas. En particular, estudios de neuroimagen han cuestionado una separación estricta entre procesos afectivos y cognitivos al mostrar que estos no se corresponden con sistemas neurales discretos y aislados, sino que involucran patrones de actividad distribuida y parcialmente compartida (Duncan & Barrett, 2008; Pessoa, 2015). Esta evidencia debe ser interpretada críticamente desde una perspectiva enactiva. Como señalan Colombetti y Zavala (2019), incluso aproximaciones que cuestionan la separación entre procesos afectivos y cognitivos pueden conservar supuestos cerebrocentristas cuando explican la emoción principalmente en términos de mecanismos o patrones de actividad neural. Desde el enfoque enactivo, en cambio, la interrelación entre afectividad y atención no requiere situarse primariamente en el cerebro, sino que puede comprenderse como una propiedad emergente del acoplamiento dinámico entre organismo y entorno, en el que participan conjuntamente procesos corporales, atencionales, afectivos y motores. Esta perspectiva permite, por tanto, desplazar la pregunta desde dónde se localizan los procesos afectivos y atencionales hacia cómo estos se configuran y transforman recíprocamente en la actividad situada del organismo.

El presente artículo propone una perspectiva neurobiológica y fenomenológica para el estudio de las emociones básicas que busca superar esta fragmentación. Sustentado en la Biología del Conocer (Maturana & Varela, 1998; Maturana & Varela, 1984), se desarrolla un marco conceptual que aborda la conducta y la experiencia emocional como fenómenos co-emergentes e irreductibles el uno al otro, constitutivos de la unidad del organismo vivo en acoplamiento con su entorno. Desde este marco se propone la existencia de una co-ocurrencia entre patrones motores y patrones atencionales en cada estado emocional básico, hipótesis que se examina mediante la inducción de estados

emocionales a través de secuencias de ejercicios específicos que sincronizan el movimiento y focos de atención en la percepción propioceptiva y el análisis fenomenológico de la experiencia en primera persona. Los resultados muestran estructuras experienciales características y diferenciadas para cada emoción básica, consistentes con las configuraciones motoras y atencionales propuestas por el modelo.

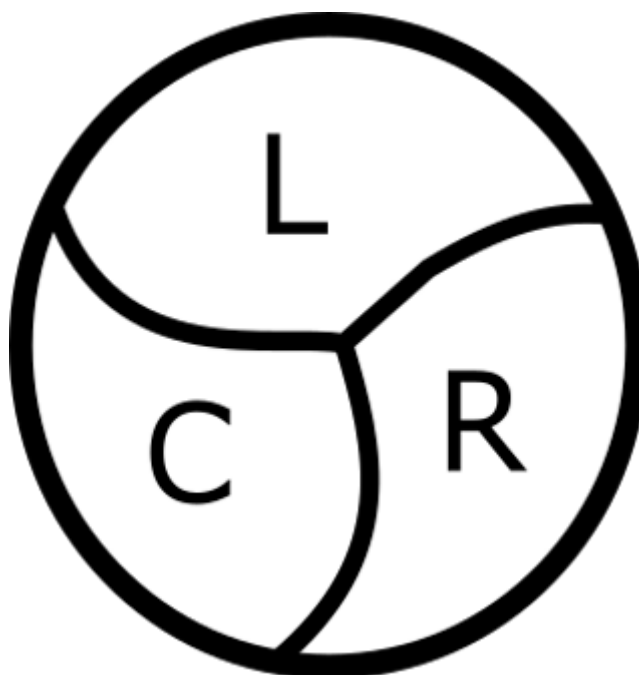
Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia Humana

El Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia Humana, se fundamenta de la concepción del ser humano como un ser vivo de carácter social que

en su acoplamiento estructural con sus semejantes adquiere la capacidad de reflexionar. Propone que la conducta y la experiencia humana son emergencias del operar interaccional de tres dominios disjuntos que se modulan entre sí: el dominio corporal, constituido por su operar fisiológico de carácter cognitivo, que mantiene una clausura operacional; el dominio relacional, constituido de las dinámicas interaccionales bidireccionales que constituyen el acoplamiento estructural del individuo con su entorno (Maturana & Varela, 1998); y el dominio del lenguaje, constituido por el operar asociativo-reflexivo, de carácter recursivo con clausura operacional, que da origen al observador que constituye los objetos perceptuales que a su vez lo constituyen a él, generando la experiencia de su mundo vivido. (Maturana & Mpodozis, 1987) (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama del modelo de la tridimensionalidad de la conducta y experiencia humana.



Nota. L: dominio del lenguaje, R: dominio relacional, C: dominio corporal.

Nota: Elaboración propia.

El carácter disjunto de los dominios refiere a que sus dinámicas internas no se interceptan: cada dominio determina sus propios cambios internos, en el caso del cuerpo y el lenguaje desde el operar con clausura operacional de cada uno, y desde el dominio relacional están especificados por las dinámicas interacciones constitutivas del acoplamiento estructural. Esto ocurre, sin que exista control de un dominio sobre otro (Maturana, 1985). Las dinámicas de procesos de modulación entre los dominios conductuales generan cambios de estados en cada uno, que configuran dinámicas congruentes entre los mismos que dan unicidad y coherencia a la conducta, como un todo en movimiento, momento a momento.

En el proceso de modulación entre los dominios conductuales se genera una configuración modal, dada por las relaciones de coherencia entre los estados de los dominios, que le da unicidad al sistema. Esto se observa en la conducta del individuo al reconocerse una correspondencia entre sus modos de moverse, relacionarse y pensar. Estas modalidades están determinadas por el operar del dominio al cual corresponden. El dominio del cuerpo, los tipos de dinámicas de movimientos y posturas corporales; el dominio relacional, las dinámicas interaccionales específicas y el dominio del lenguaje los movimientos y objetos de su atención.

Estas configuraciones modales se evidencian con más claridad en los cambios de estados emocionales básicos -miedo, rabia, alegría, tristeza- en los cuales se producen cambios en los estados fisiológicos (Damasio et al., 2000; Rainville et al., 2006) y movimientos del cuerpo del individuo (Shafir, 2016); estados psíquicos que modifican las interpretaciones de sus circunstancias y; cambiando interacciones con los demás y el entorno, todo esto ocurre en un presente.

Este modelo que aborda la complejidad de los fenómenos emocionales básicos abre la pregunta de cómo se constituye esta correspondencia de dinámicas recurrentes y recursivas entre dominios disjuntos sin interacciones instructivas entre ellos, que dan emergencia a conductas y experiencias efectivas que viabilizan el mantener la identidad viva de un individuo en un entorno cambiante.

Por otro lado, las observaciones de configuraciones modales, nos llevan a postular que la conducta y la experiencia de una persona son dos caras de una misma unidad (Varela et al., 1997), que emerge de las interacciones de los tres dominios antes mencionados. A partir de esto, el estudio de las emociones básicas, nos abre un camino para la exploración de los procesos cognitivos que participan en la co-determinación de ambos fenómenos, como la cognición que emerge del cuerpo vivo en su acoplamiento con el entorno, que llamamos cognición corporal, y los procesos atencionales que estructuran la experiencia.

Emociones Básicas

La conducta y la experiencia emocional son dos fenómenos irreducibles entre sí que emerge, momento a momento, del operar de los tres dominios. Una emoción se distingue en la conducta de un individuo al observar secuencias de movimientos y posturas específicas en su acoplamiento estructural con el entorno, las cuales se corresponden con un estado interno del organismo. Por otro lado, el individuo aprende a correlacionar estas dinámicas de movimiento con estados internos que diferencia desde su experiencia corpórea a través de la relación con los demás, quienes que señalan su estado emocional (Vasquez-Rosati & Cordero-Homad, 2021).

Desde una perspectiva evolutiva, las emociones básicas — miedo, rabia, alegría y tristeza — presentan aprendizajes filogenéticos relacionados con la viabilidad de la conservación de la identidad viva de un individuo en su acoplamiento estructural con el entorno cambiante. Esto es coherente con la propuesta de algunos autores enactivistas como Daniel Hutto y colaboradores, que si bien no especifican cuáles son estos estados discretos, proponen que se han conservado filogenéticamente. (Hutto et al., 2018). Si observamos los patrones de movimiento de organismos unicelulares como la ameba, se observan: a) estados activos de contracción (invaginaciones de la membrana que disminuyen la superficie de contacto con el medio) y de expansión (proyección de pseudópodos que aumentan dicha superficie) y b) estados pasivos de

baja energía metabólica y ausencia de estructuras motoras temporales. Estos patrones filogenéticos se han relacionado con las emociones básicas de la siguiente forma: Los movimientos activos de contracción con el miedo, los de expansión con la rabia, y los pasivos como precursores de tristeza y alegría, vinculados a la pérdida o el establecimiento de vínculos (Peil, 2014; Llinás, 2003; Dodig-Crnkovic, 2025).

En los seres humanos, éstos movimientos resultan de la activación de sinergias musculares gatilladas por el sistema nervioso autónomo, que determinan cualidades específicas de movimiento del tronco, cabeza y extremidades (Shafir, 2016; Llinás, 2003). Cada emoción básica presenta además patrones de activación cortical y subcortical diferenciados (Damasio et al., 2000) y patrones cardiorrespiratorios específicos (Rainville et al., 2006). Estos hallazgos son consistentes con la propuesta de que cada emoción básica constituye un estado cognitivo global que específica, de manera coherente y simultánea, la fisiología, la motricidad y la experiencia del individuo en su acoplamiento con el entorno.

Por otro lado, las emociones sociales o secundarias presentan aprendizajes ontogenéticos que se constituyen en la incorporación de los modos de relacionarse del individuo, aprendizajes que se constituyen en sus acoplamientos estructurales recurrentes y recursivos con sus semejantes dentro de la cultura (Damasio, 2018; Hutto et al., 2018; Llinás, 2003).

Método de Integración Cognitivo Corporal, MICC

El Método de Integración Cognitivo Corporal (MICC), creado por Carmen Cordero Homad, es una aplicación práctica del Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia Humana orientada a incrementar o restituir la autonomía y plasticidad emocional del individuo, contribuyendo a la conservación de su bienestar psico-corporal. Sus prácticas son ejercicios recurrentes y recursivos organizados en tres aprendizajes progresivos e interrelacionados.

El primero es el desarrollo de la percepción propioceptiva, que sitúa al individuo en el presente de su identidad viva, diferenciando su experiencia corporal del flujo asociativo del lenguaje, y facilitando el reconocimiento de sus estados emocionales básicos con los consecuentes cambios posturales y de tono muscular congruentes a las circunstancias. El segundo es el entrenamiento atencional que desarrolla la capacidad de sostener y dividir la atención entre la percepción interna de sí mismo en movimiento y de su situación en el contexto. El tercero son las prácticas de sincronización de movimientos corporales y atencionales en secuencias de ejercicios específicos de cada emoción básica. A través de estas prácticas, el individuo descubre prevalencias en el modo de emocionar, incrementa la plasticidad emocional entendida como la capacidad de transitar entre estados emocionales en congruencia con la situación presente y su autonomía atencional como la capacidad de modular sus estados internos (Vasquez-Rosati & Cordero-Homad, 2021).

METODOLOGÍA

Este estudio adopta un diseño exploratorio cualitativo fundamentado en la metodología micro-fenomenológica (Petitmengin et al., 2018; Petitmengin & Bitbol, 2009; Valenzuela-Moguillansky & Vásquez-Rosati, 2019). El objetivo no es establecer relaciones causales ni generalizar en términos estadísticos, sino identificar las estructuras invariantes de la experiencia en primera persona asociadas a cada estado emocional básico inducido mediante los ejercicios del Método de Integración Cognitivo Corporal (MICC). En este sentido, el artículo busca evaluar la hipótesis de asociación entre patrones motores y atencionales en las emociones básicas a partir de evidencia cualitativa de carácter exploratorio.

Diseño

Se utilizó un diseño cualitativo exploratorio de naturaleza micro-fenomenológica. Este enfoque resulta apropiado para el estudio de la experiencia subjetiva de las emociones porque permite acceder a

la microdinámica de procesos experienciales de difícil verbalización espontánea, produciendo descripciones de alta granularidad y confiabilidad desde la perspectiva en primera persona (Petitmengin & Bitbol, 2009). La validez metodológica no descansa en el tamaño muestral sino en la consistencia performativa de los reportes, es decir, en la convergencia estructural de las descripciones entre participantes y en el rigor del proceso iterativo de abstracción mediante el cual se construyen las estructuras genéricas de la experiencia (Petitmengin et al., 2018).

Participantes

Participaron en el estudio diez personas (6 mujeres y 4 hombres, 48.6±9 años) con una experiencia mayor a dos años y una práctica regular en el MICC de al

menos un año de duración. Todos los participantes vivían en entornos urbanos, con un nivel educacional universitario (ver Tabla 1). El criterio de realizar este estudio exploratorio incluyendo solo participantes con experiencia previa, responde a la necesidad de precisión en la ejecución de los ejercicios para que la inducción del estado emocional sea efectiva y para que el participante pueda sostener la consciencia propioceptiva durante la entrevista. Esta práctica, también cultiva la atención como lo hacen las prácticas contemplativas, por tanto, los participantes tienen experiencia en observar y describir su experiencia, facilitando el proceso de entrevista. Se excluyeron personas con condiciones de salud física que pudiera interferir con la realización de los movimientos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tabla 1.

Características de los participantes.

ID Participante	Frecuencia de Práctica MICC	Otras prácticas corporales a lo largo de su vida
EVA07	2 veces a la semana	Yoga, Meditación, Entrenamiento Físico
EVA08	2 veces a la semana	Meditación, Trekking.
EVA11	1 vez a la semana	Entrenamiento Físico.
EVA12	2 veces a la semana	Yoga, Meditación, Animal Flow
EVA13	2 veces a la semana	Yoga, Meditación, Entrenamiento Físico
EVA14	2 veces a la semana	Yoga, Meditación, Entrenamiento Físico
EVA15	1 vez a la semana	Yoga, Meditación, Entrenamiento Físico
EVA16	Cada dos semanas	Yoga, Meditación, Masaje terapia
EVA17	1 vez a la semana	Yoga, Meditación.
EVA19	2 retiros anuales	Yoga, Meditación, Entrenamiento Físico, Masaje terapia, Feldenkrais

Nota: Elaboración propia.

Procedimiento de inducción de estados emocionales:

Cada emoción básica (tristeza, miedo, rabia y alegría) se gatilla a través de una secuencia de ejercicios específicos diseñados para activar sinergias musculares y atenciones de cada estado. Cada secuencia presenta cualidades específicas: velocidad, tonicidad, tensión articular, orientación de los miembros en relación al eje (Tabla 2). Las secuencias tuvieron una duración aproximada de veinte minutos cada una. El protocolo de práctica utilizado en este estudio siguió el orden habitual del MICC: (a) secuencia de tristeza; (b) secuencia de miedo; (c) secuencia de rabia; (d) secuencia de alegría. Al inicio de cada secuencia emocional se realizó una secuencia de estiramiento general, cuya función es disminuir la intensidad de la emoción previamente gatillada (wash-out) y facilitar el contacto con la

sensación-movimiento antes de iniciar la siguiente emoción. El orden de las secuencias de ejercicios por emoción ha sido establecido a partir de la experiencia en la práctica clínica del MICC, el que se mantuvo en el contexto de ésta investigación para resguardar la integridad emocional y psíquica de los participantes, permitiéndoles retomar sus actividades cotidianas al finalizar la sesión.

Las secuencias de movimientos fueron conducidas por un facilitador certificado en el MICC. La práctica se realizó en duplas facilitador y participante, en un espacio habilitado para el movimiento corporal, sin música ni estímulos auditivos externos que pudieran interferir con la experiencia corporal y facilitando el acoplamiento motor entre ambos. Los estados emocionales se gatillaron a partir de la sensación movimiento sin intencionar evocaciones de experiencias pasadas en estos estados emocionales.

Tabla 2.

Cualidades específicas del movimiento en cada emoción básica.

Emoción	Orientación de las extremidades	Tensión articular	Velocidad del movimiento	Tonicidad muscular
Miedo	hacia adentro	alta	baja	alta
Rabia	hacia afuera	alta	alta	alta
Alegría	hacia afuera	baja	alta	baja
Tristeza	hacia adentro	baja	baja	baja

Nota: Elaboración propia.

Instrumento de recolección de datos

Inmediatamente después de cada secuencia de movimientos, se condujo una entrevista inspirada en la entrevista micro-fenomenológica. La entrevista micro-fenomenológica es una técnica que permite obtener descripciones de alta confiabilidad y granularidad sobre la microdinámica de experiencias singulares desde una

perspectiva corporizada (Petitmengin & Bitbol, 2009). Su herramienta principal son las preguntas “sin contenido” que guían al entrevistado a evocar y describir una experiencia vivida en retrospectiva, sin introducir el vocabulario conceptual del investigador en el proceso de descripción. Además, esta técnica cuenta con herramientas para explorar las dimensiones diacrónica y sincrónica de la experiencia. El análisis diacrónico describe el despliegue temporal de la experiencia, mientras que el sincrónico permite identificar la

estructura del estado experiencial (para más detalles ver: Petitmengin, 2006). En este estudio, nos centramos en la dimensión sincrónica por dos razones, la primera porque este análisis es pertinente con nuestro objetivo de distinguir estados en las distintas secuencias de ejercicios, y la segunda es que nos permite acotar el tiempo de la entrevista dada la extensión del protocolo experimental.

En este estudio, la entrevista invitó a cada participante a entrar y mantener el contacto con el estado generado a través de la secuencia de movimientos que acababa de realizar y a describir su experiencia desde tres ejes de indagación: (a) sensaciones corporales, (b) dirección de los focos y campos de atención; y (c) cualidad emocional. Las entrevistas fueron grabadas en audio con consentimiento informado de los participantes y transcritas para su análisis. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 5 a 12 minutos.

Análisis cualitativo

Se utilizó un análisis micro-fenomenológico (AMF) con una codificación temática estructurada. El AMF busca las estructuras invariantes de la experiencia en primera persona, tanto para la dimensión diacrónica (temporal) como para la dimensión sincrónica (cualidad) de la experiencia (Petitmengin et al. 2018; Valenzuela-Moguillansky & Vásquez-Rosati, 2019). En esta investigación solo se realizó un análisis sincrónico, es decir, sobre las características o cualidades de la experiencia de cada secuencia de ejercicios. Para ello realizó un procedimiento de codificación similar al análisis temático (Braun & Clarke, 2006), guiado a partir de categorías definidas *a priori* provenientes del Modelo de la Tridimensionalidad de la Conducta y Experiencia. Esta combinación responde a la naturaleza teórica-empírica del estudio, con el objetivo de contrastar los datos provenientes de las experiencias con las proposiciones conceptuales de la propuesta.

El procedimiento de análisis se desarrolló en tres fases:

1. Preparación del material: Las entrevistas fueron transcritas mediante transcripción automática de audio, seguida de revisión manual sincronizada con la grabación original para corregir errores de transcripción y verificar la correspondencia entre el texto y la prosodia del relato. Este paso es metodológicamente relevante ya que es un indicador de que el participante está evocando la experiencia y no se refiere a generalidades de su experiencia emocional, las que no son consideradas en el proceso de codificación (Petitmengin & Bitbol, 2009).
2. Codificación: El material transcrito fue codificado en el software Atlas.ti y a partir de las categorías definidas *a priori*, emergieron las subcategorías correspondientes (Tabla 3). Las categorías fueron construidas para capturar dos de las tres dimensiones del modelo teórico: dominio corporal y dominio del lenguaje, en el nivel de la experiencia en primera persona reportada por los participantes. La codificación fue realizada por AVR. Se codificaron únicamente los segmentos del relato que correspondían a descripciones de experiencias vividas durante la práctica, distinguiéndolos de los fragmentos interpretativos, evaluativos o teóricos del participante (Petitmengin & Bitbol, 2009).

3. Construcción de estructuras invariantes: A partir del conjunto de codificaciones para cada emoción básica, se identificaron las unidades experienciales invariantes, es decir, aquellos elementos que se repiten de manera consistente entre participantes. Para efectos de este estudio, consideramos invariante una recurrencia de tres apariciones entre participantes. Con estas unidades se construyeron las *estructuras genéricas sincrónicas* que describen el espacio experiencial de cada estado emocional. La validez del análisis descansa en la consistencia

estructural entre participantes, es decir, a mayor convergencia entre los relatos en las unidades invariantes identificadas, mayor es la solidez de las estructuras genéricas construidas. Dado el carácter exploratorio del estudio, las estructuras se presentan como proposiciones sobre la experiencia típica de cada estado emocional en el contexto del MICC, abiertas a refinamiento en investigaciones posteriores con muestras más amplias y metodología mixta.

Tabla 3.
Categorías experienciales.

Categorías del Modelo	Ejes de exploración	Subcategorías emergentes a partir del análisis
Emociones básicas Emociones secundarias	Emoción	Emociones discretas Cualidad corporal-afectiva
Exterocepción Interocepción Divergente Convergente	Atención	Amplitud Dirección Cualidad atencional Objeto de la atención
Hipertonía Hipotonía	Sensación corporal	Partes del cuerpo Cualidad de la sensación

Nota: Elaboración propia.

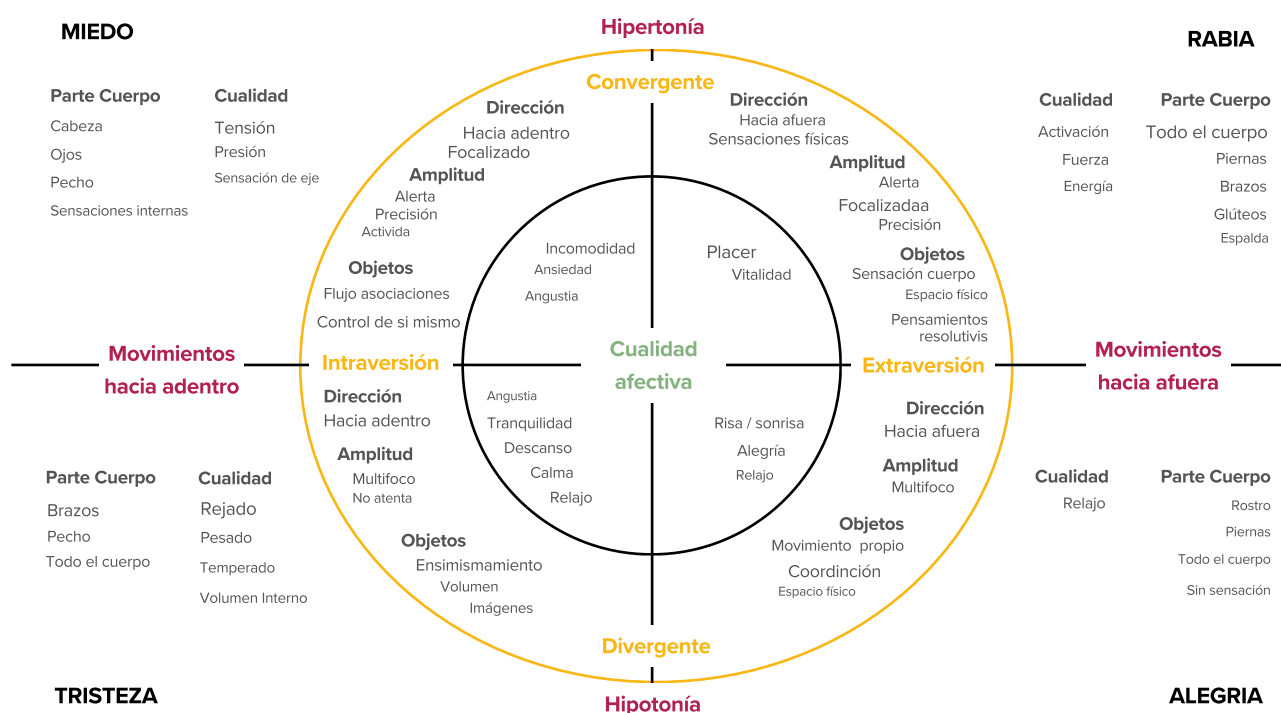
RESULTADOS:

Los resultados se presentan organizados por estado emocional básico inducido a través del Método de Integración Cognitivo Corporal (MICC). Para cada emoción básica se describe la estructura genérica de la experiencia, organizada en tres dimensiones: (a) cualidad afectiva, es decir, el tono emocional

predominante reportado durante la secuencia de ejercicios; (b) estructura de la experiencia atencional, que incluyen la dirección, amplitud, cualidad y objetos de la atención; y (c) estructura de la experiencia corporal, que comprenden las sensaciones reportadas, indicando las partes del cuerpo predominantes en la experiencia y la cualidad de las sensaciones (Figura 2).

Figura 2.

Estructura genérica sincrónica de la experiencia para cada estado emocional básico.



Nota: En cada cuadrante se encuentra cada estado emocional básico: superior izquierdo miedo, superior derecho rabia, inferior derecho alegría e inferior izquierdo tristeza. Se pueden observar las cualidades de la experiencia emocional en las tres dimensiones organizados desde lo más concéntrico hacia lo más externo: cualidad afectiva, cualidad atencional y cualidad de las sensaciones corporales. Los tamaños de las letras ilustran la prevalencia de las categorías que emergieron durante el análisis. Tamaños más grandes (10-7 participantes), medianos (6-5 participantes), pequeñas (4-3 participantes).

Nota: Elaboración propia.

Tristeza:

Cualidad afectiva. La experiencia emocional reportada durante la secuencia de tristeza se caracterizó por tres características predominantes: tranquilidad y calma (6/10), descanso (6/10) y relajo (6/10). Un número menor de participantes reportó angustia (3/10). La

coexistencia de calma y descanso como cualidades predominantes, junto a la sensación de relajo, sugiere un estado de baja activación.

“...pasa a ser una calma triste, tiene más de melancolía que de frustración y negro... podría ser más gris, si fuera con los colores, si seguimos con la cosa

cromática, pero ahí viene este dejarse ir, yo siento que me deshago un poco ahí, que me puedo relajar y me puedo dejar ir en términos de, me siento como plástica, me siento como derretida, me siento como de agua y me dan ganas de llorar” (EVA13)

Estructura de la experiencia atencional. La dirección atencional predominante de la secuencia de la tristeza fue hacia adentro (9/10), con una amplitud atencional de tipo multifoco (6/10) o no atenta (4/10). El objeto de la atención se organizó en torno al ensimismamiento (8/10), el espacio interior (4/10) y la ensoñación o la aparición de imágenes (4/10). Este patrón describe una atención introvertida y divergente o abierta, es decir, orientada hacia el espacio interior sin un foco definido.

“Como muy enfocada en cómo me siento, en esto como que siento el cuerpo tranquilo, siento mi respiración calma, estoy como una con una sensación así como ensimismada mirándome, como en reposo, como atenta a mí, no al entorno.” (EVA17)

“Estaba principalmente adentro mío, aunque tenía imágenes de hechos, vivencias en lugares. Usualmente eran imágenes yo sola, pero momentos tranquilos, momentos donde estaba contemplando algo y eso me llamó la atención. Y estaba adentro, estaba sintiendo mi respiración, que estaba calentito, estaba sintiendo que era rico, gustoso de estar recogida, que era agradable tener la cabeza apoyada. Estaba con sensaciones de descanso en el cuerpo.” (EVA12)

Estructura de la experiencia corporal. Las partes del cuerpo predominantes en la experiencia de la tristeza fueron los brazos (5/10), el pecho (4/10) y el cuerpo completo (4/10). La cualidad de las sensaciones fue consistentemente de relajación (9/10), del peso del cuerpo (5/10) y de volumen interno (4/10), con una temperatura cálida (4/10). La relajación es el indicador corporal más robusto de este estado, coherente con la cualidad hipotónica de la secuencia de movimientos.

“En que los músculos empiezan a pesar, así como que están absolutamente botados, como que la cabeza está tirada, incluso la boca se abre sola un poquito,

los brazos están tirados, están en peso muerto, el cuerpo está el peso muerto, entonces ... eso.” (EVA11)

La tristeza se configura como un estado de baja tonicidad muscular caracterizada a través de la experiencia corporal de relajación y sensación de peso del cuerpo, mientras que la atención se orienta hacia el interior sin un objeto definido, generando un espacio de ensimismamiento y quietud, que se corresponden a las dimensiones atencionales de introversión y divergencia. La cualidad afectiva de calma y descanso presente en la experiencia de los participantes, puede resultar contraintuitiva respecto a la representación cotidiana de la tristeza como sufrimiento o malestar. Desde una perspectiva biológica coherente con el modelo propuesto, la tristeza surge en situaciones de pérdida de recursos que satisfacen necesidades y su mecanismo adaptativo es la reorganización interna para encontrar una nueva forma de vincularse en el nuevo contexto de lo que se ha perdido (Peil 2014). Lo que es consistente nuestros resultados que caracterizan la tristeza como estado cognitivo corporal de bajo gasto energético, con una orientación atencional divergente e introvertida.

Miedo:

Cualidad afectiva. La experiencia emocional reportada durante la secuencia de miedo incluyó ansiedad (3/10) y angustia (4/10), con una alta recurrencia en sensaciones desagradables e incómodas (5/10) durante la realización de los ejercicios gatilladores. Solo un participante reportó sentirse tranquilo y despierto durante estos ejercicios. A diferencia de la tristeza, las cualidades afectivas del miedo son de mayor activación, aunque la baja frecuencia relativa de cada categoría sugiere variabilidad en la forma en que el estado se manifiesta experiencialmente entre participantes.

“como que sentía como el corazón, una sensación como de ansiedad. Una ansiedad como, una sensación como de angustia, como de querer salir de ahí [...] Lo reconozco principalmente cuando me latía como mucho el corazón, así como una sensación de (inhala

fuerte aire), sentía el pecho como esta sensación de que se me oprimía el pecho, así como, como siento ansiedad, como una sensación de angustia.” (EVA17)

de gritar, porque nunca grito, entonces era una cosa apretada, pesada, dura, agobiante, desesperación.” (EVA12)

Estructura de la experiencia atencional. La dirección atencional de la secuencia del miedo presentó una clara dirección hacia adentro (9/10) y un foco convergente y focalizado (9/10). La cualidad atencional se describió como alerta (5/10), precisa (5/10) y activada (3/10). Los objetos de la atención incluyeron el flujo de asociaciones (5/10) y control de sí mismo (6/10). Este patrón describe una atención introvertida pero de alto foco y vigilancia, cualitativamente distinta a la atención divergente de la tristeza. En el miedo es precisa, alerta y orientada al control.

“[la atención] hacia adentro, pero a ver, que estaba notando ... me viene la palabra sobrevivencia, tenía que sobrevivir de no romperme un diente, de no acalabrarme y de respirar, entonces me viene la palabra sobrevivencia, entonces mi atención estaba en mi sensación, en la agitación, en que era pesado, en que me podía doler, era incómodo, no era agradable.” (EVA12)

Estructura de la experiencia corporal. Las partes del cuerpo más presentes en la experiencia del miedo fueron la cabeza y los ojos (5/10), el pecho (4/10) y sensaciones internas como la respiración agitada, entrecortada o palpitaciones (4/10), mostrando que las sensaciones se localizan principalmente en la zona del tórax y cabeza. Dos participantes reportaron no sentir el cuerpo durante esta secuencia de ejercicios. La cualidad de las sensaciones fue tensión (8/10), presión o fuerza contenida (5/10) y sensación de eje (3/10). La tensión como cualidad predominante contrasta directamente con la relajación de la tristeza y es coherente con el patrón hipertónico de la secuencia de miedo.

“Siento mucho el pecho, también por el ritmo de la respiración, que aunque está bajando, era muy agitada, aunque no ahora, pero en el momento de apretar; sensación de desesperación, de agobio por una fuerza contenida, y aunque me venía el impulso

El miedo se configura como un estado de alta tonicidad muscular caracterizado por una sensación corporal de tensión. Atencionalmente comparte con la tristeza la dirección de la atención hacia adentro, pero se diferencia en su amplitud de convergencia. Es interesante observar como las distintas dimensiones de la experiencia se encuentran relacionados en las descripciones. Las sensaciones corporales no solo dan cuenta del componente físico sentido, sino de la cualidad afectiva de la secuencia de ejercicios. Así también los participantes describen los movimientos de su atención a partir de percibir estas sensaciones corporales. De acuerdo a la perspectiva biológica coherente con el modelo, el miedo surge en situaciones de peligro de la vida y su mecanismo adaptativo es la activación de conductas para evitar el estímulo nocivo o la búsqueda de refugio (Peil, 2014). Los resultados presentados se corresponden a la disposición corporal y atencional (convergente e introvertida) que emerge durante el control de la conducta para la conservación de la vida.

Rabia:

Cualidad afectiva. La experiencia emocional reportada durante la secuencia de rabia se caracterizó por tener una sensación placentera (9/10) y con vitalidad (5/10). Los participantes describen sentirse bien y activados corporalmente. En la emoción de la rabia, los ejercicios generan una experiencia de seguridad y presencia (8/10), a diferencia de las etiquetas culturales que asocian a esta emoción con la agresividad.

“Como que me gusta esa sensación de sentir esa energía. [...] Es con fuerza, es... con un ritmo como distinto, más rápido, no sé si más rápido, pero... como con un foco. Como que era el foco del ejercicio que había que hacer, cómo había que hacerlo, pegar. Eso me da placer igual.” (EVA07)

“O sea, es como, obvio que sé que es la rabia, pero más que desde la rabia como nombre, lo que tengo de sensación es esta fuerza activa, pero que no es como el miedo que de repente es una fuerza que de repente no me gusta, no. Es una fuerza que me mantiene en calma, en orden y con ganas de hacer, como de seguir haciendo ejercicio, de seguir activa, como eso. Que tampoco no desespera, sino que es agradable.” (EVA08)

Estructura de la experiencia atencional. La dirección atencional de la secuencia de la rabia presentó dos direcciones simultáneas, una dirección hacia afuera (6/10) y una dirección hacia las sensaciones físicas (7/10). La amplitud atencional en esta secuencia se caracteriza por ser focalizada (9/10), precisa (6/10) y alerta o de alta activación (5/10). Los objetos de la atención incluyeron la sensación del cuerpo (6/10), hacia pensamientos resolutivos (6/10) y del volumen del cuerpo en el espacio (3/10). Una cualidad distintiva de esta emoción es que los participantes describen sentirse presentes (8/10).

“Porque el discurso mental no está, entonces la atención plena, la atención sentida, la sensación sentida, yo creo que esta es la sensación sentida, en su máxima expresión” (EVA13)

“Sí, como que puedo estar así, como por ejemplo ahora, como con esta sensación de sensación global del cuerpo, como que la identifico con estar sin la necesidad de estar apretando nada, y me aparece la sensación de todo. Siento manos, siento los dedos, siento el cuello, siento la espalda, siento las piernas...” (EVA15)

Este patrón describe una atención extrovertida y focalizada. A pesar de tener una alta prevalencia a las sensaciones corporales, la atención se dirige hacia el exterior con precisión y orientación a la acción, configurando un estado de resolución en el aquí y ahora.

“Mi atención es súper enfocada en cada uno de los movimientos. Va y viene, pero es doble, porque estoy en esta tridimensionalidad, y además estoy en zonas

específicas de mi cuerpo. Entonces, eso es súper dinámico, y yo creo que eso también me trae energía, adrenalina [...] Me siento tridimensional. Mi cuerpo adquirió presencia en el espacio, no solo presencia en mí, y eso es súper interesante y emocionante también de sentir.” (EVA13)

Estructura de la experiencia corporal. Todos los participantes reportaron sentir el cuerpo en su totalidad (10/10). Algunos participantes describieron la presencia de sensación en partes específicas como las piernas (6/10), los brazos (5/10), los glúteos (5/10) y la espalda (3/10). La cualidad de las sensaciones fueron de fuerza (6/10), activación (5/10) y energía (4/10). Además los participantes reportaron sentir su volumen en el espacio, indicador corporal que se relaciona a la dimensión atencional de la presencia. Esto da cuenta de la cualidad de los movimientos expansivos de la secuencia de movimientos: el cuerpo se experimenta como ocupando y expandiéndose hacia el espacio exterior.

“Se siente como proyectivo, ¿entiendes? Así siendo como super exacto, pero como el miedo es fuerza, pero esto es potencia: es fuerza con velocidad, ¿entiendes? Esto es potencia. Vas a correr algo, vas a quitar algo.” (EVA19)

La rabia se configura como un estado de activación muscular generalizada en el cuerpo, con una cualidad atencional extravertida y convergente. La experiencia corporal está marcada por la fuerza, la activación y la presencia en el espacio, mientras que la atención se orienta hacia el exterior con alta focalización y disposición a la acción. La cualidad afectiva de vitalidad y placer sugiere que en su forma básica y comprendida como un recurso biológico la rabia constituye un estado de alta potencia y precisión motora generando la sensación de seguridad y placer. En coherencia con esto, la perspectiva biológica de Katherine Peil (2014), se propone que la rabia surge en la presencia de obstáculos que impiden la agencia y su recurso adaptativo es generar cambios en el entorno para recuperar la agencia.

Alegría:

Cualidad afectiva. La experiencia emocional reportada durante la secuencia de alegría incluyó la sensación de alegría propiamente tal (6/10) y la risa o sonrisa (6/10). Los participantes describen este estado afectivo como de activación (6/10) pero a su vez de relajación (4/10). Solo un participante reportó sentirse nervioso.

“como que hice un juego, o hice algo divertido, o que me divirtió, una agitación divertida. [...] Divertida porque estoy un poco más relajada, estando activa, o sea, estaba activa y queriendo moverme y queriendo jugar, y queriendo hacerlo bien también, pero quería jugar y me reía, ahí noto que estoy divertida, que era una emoción más alegre.” (EVA12).

Estructura de la experiencia atencionales. Los participantes describen una dirección de su atención hacia afuera (9/10), con una amplitud abierta que incluye varios focos de atención (6/10). Los objetos de la atención se centraron principalmente en aspectos relacionales como la relación y la coordinación con el facilitador (7/10) y el espacio físico (2/10), pero también en el movimiento del propio cuerpo (6/10). Este patrón describe una atención extrovertida y amplia, distribuida simultáneamente entre múltiples objetos del entorno y el propio movimiento, lo que configura una cualidad de apertura perceptiva que caracteriza este estado.

“Bueno, la atención se mueve mucho más presente en el otro, en un hacer con el otro, entonces es como, como, me doy cuenta de mí en la sensación, o de lo que estoy haciendo, y al mismo tiempo estoy mirando a un otro, es como si me disociara, porque hay como un otro y yo, sin perderme, digo yo, o sea, en esto de coordinar sobre todo, poderme reír con el otro, observar con la vista que el otro se ríe conmigo, hace conmigo, pero por ejemplo en una la Carmen no lo hizo igual, pero yo pude sostener el mío, entonces ahí me di cuenta que yo seguía en mí, y riéndome y haciendo con el otro, en otro momento me habría perdido igual, eso.” (EVA08)

Estructura de la experiencia corporal. En general las descripciones de la experiencia no ponen énfasis en partes específicas del cuerpo, encontrando una alta variabilidad entre los participantes. Rostro (3/10) y piernas (3/10) son las partes del cuerpo más prevalentes. Dos participantes reportaron que el cuerpo les aparece menos términos de sensación en esta secuencia y dos de sentir el cuerpo en su totalidad. Esto también se observa en las cualidades de las sensaciones donde destaca el relajado (5/10). Estas descripciones son coherentes con el patrón hipotónico y los movimientos de expansión, donde el cuerpo se vuelve menos relevante como objeto de atención precisamente porque la atención se expande hacia el exterior.

“O sea, durante la práctica misma de la secuencia, como que me aparece menos cuerpo, la verdad, como que la atención se me va, esto de sentir, se me olvidó un poco de la sensación del cuerpo.” (EVA15)

La alegría se configura como un estado corporal de relajación con atención extrovertida y divergente. Comparte con la rabia la dirección de los movimientos y de la atención hacia afuera. Esta distinción configura dos cuadrantes fenomenológicamente distinguibles que comparten el eje de extraversión y expansión corporal. Las emociones de apertura al entorno se diferencian entre sí por el nivel de activación muscular y la amplitud del foco atencional. Biológicamente, la alegría surge en situaciones de nuevas relaciones o de crecimiento y su recurso adaptativo es la cooperación y el comportamiento social (Peil, 2014), lo que se observa en la experiencia de los participantes en la aparición de los vínculos con los objetos del entorno.

Sincronización de patrones motores y atencionales

Los resultados muestran que cada estado emocional presenta una estructura característica en relación a la experiencia vivida. Esto se observa en las relaciones de coherencia de la estructura de la experiencia atencional y la estructura de la experiencia corporal. Estos

resultados muestran una consistencia sistemática entre la activación de los patrones motores generado por las secuencias de ejercicios del Método de Integración Cognitivo Corporal y la experiencia vivida reportada en primera persona por los participantes.

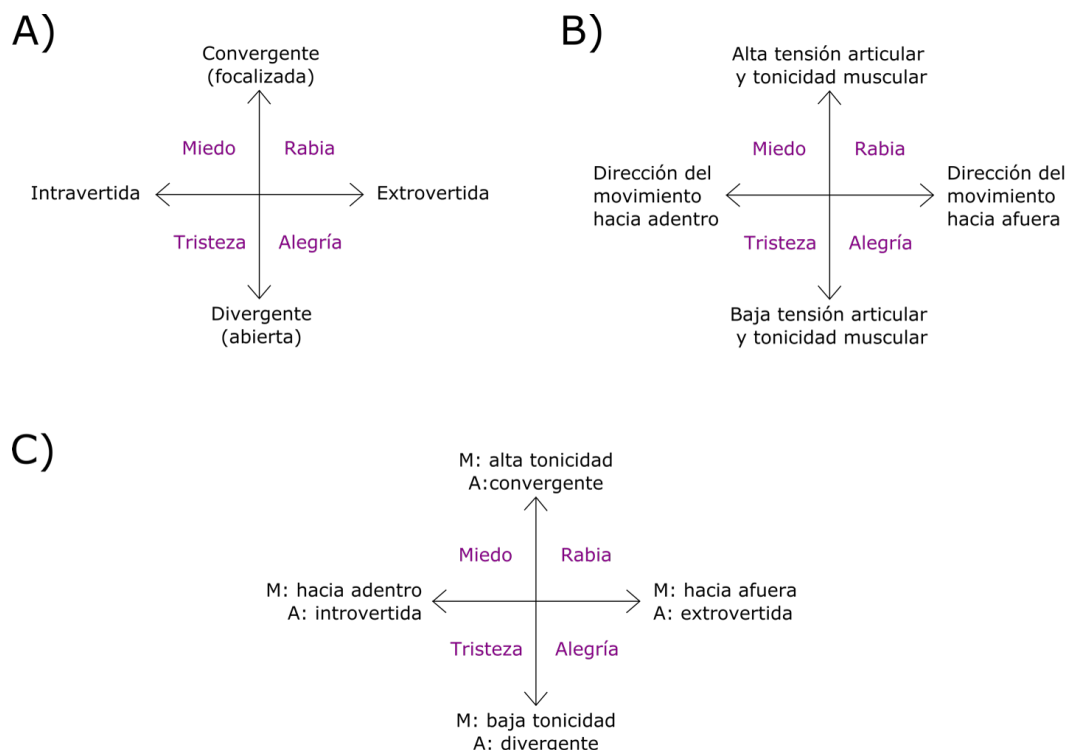
Podemos observar, como muestra la Figura 3 que en los cuatro estados emocionales básicos, la dirección del movimiento: expansión y contracción, se corresponde con la dirección atencional: extraversión e introversión; y el tono muscular: hipotonía e hipertonía, es correspondiente a la amplitud atencional: divergente y convergente. Esta correspondencia entre los patrones motores y la cualidad de la atención no fue señalada explícitamente durante la práctica, los participantes no recibieron indicaciones sobre cómo orientar su

atención, sino que emergió de manera consistente en los reportes de experiencia en primera persona.

Estos resultados muestran que los dominios corporal y del lenguaje no operan de manera independiente sino que se determinan mutuamente, dando emergencia a estados emocionales básicos con configuraciones coherentes y distinguibles entre sí. La coherencia observada entre los dos ejes superpuestos — motor y atencional — en cada cuadrante sugiere que las emociones básicas constituyen configuraciones modales en las que el patrón motor y el patrón atencional son dos fenómenos de un mismo estado cognitivo corporal, lo que podría apoyar la tesis de la existencia de procesos que participan en una codeterminación de la conducta y experiencia.

Figura 3.

Patrones motores y atencionales de las emociones básicas.



Nota: A) Patrones atencionales de las emociones básicas. El eje x muestra la dirección de la atención (introvertida o hacia adentro vs. extrovertida o hacia afuera). El eje y muestra la amplitud de la atención (convergente a divergente). Cada emoción básica se encuentra en la combinación de ambas coordenadas atencionales. B) Patrones motores de las emociones básicas: El eje x muestra el tipo de movimiento: dirección de las extremidades (hacia el centro del cuerpo o interior vs hacia fuera del cuerpo o exterior). El eje y muestra la tonicidad muscular y articular. Cada emoción básica se encuentra en la combinación de ambas coordenadas motoras. C) Superposición de patrones atencionales y motores de las emociones básicas. Fuente. Elaboración propia..

Nota: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados del análisis fenomenológico con codificación temática estructurada muestran que las cuatro emociones básicas estudiadas presentan estructuras de experiencia distinguibles entre sí, caracterizadas por configuraciones coherentes de la estructura de la experiencia atencional, la estructura de la experiencia corporal y la cualidad afectiva. La coherencia observada entre los dos sistemas de organización superpuestos — patrones motores y patrones atencionales — emergió espontáneamente en los reportes de experiencia de los participantes. En esta sección discutimos las implicancias de estos hallazgos en tres dimensiones: (1) la propuesta de las emociones básicas como estados cognitivos globales; (2) la selectividad atencional como mecanismo constitutivo de los estados emocionales y (3) las implicancias del MICC como herramienta de modulación emocional.

a) Las emociones básicas como estados cognitivos globales

Un hallazgo transversal de este estudio es la co-ocurrencia de los cambios en la cualidad de las sensaciones corporales, la cualidad atencional, y la cualidad afectiva reportada por los participantes en cada estado emocional básico. Los resultados de esta investigación son coherentes a la propuesta enactiva de la cognición que propone que las emociones y la atención están intrínsecamente unidas, emergiendo conjuntamente en la constante interacción del individuo con su entorno. Se ha propuesto que el comportamiento emocional es fundamentalmente atencional por naturaleza (Lowe et al., 2007); y que la atención corresponde a una orientación activa del cuerpo-en-el-mundo, modulada por el estado corporal, el contexto y la historia del individuo (Colombetti & Thompson, 2008; Colombetti & Zavala, 2019). Los resultados de este estudio ofrecen evidencia empírica a la propuesta teórica enactiva. La coherencia entre patrones motores y atencionales en cada estado emocional no requiere ser explicada por la mediación de una estructura

cerebral central, sino que puede comprenderse como una propiedad emergente de la configuración modal del organismo como totalidad. La emergencia se explica como el funcionamiento distribuido de actividad en zonas locales que entran en resonancia y coherencia dando lugar a un estado cognitivo global temporal que, a su vez, modula el operar de esas mismas zonas locales (Varela, 2000). Esta lógica circular, sin agente externo ni interno que controle, es la que explica la simultaneidad de cambios fisiológicos, atencionales y afectivos que los participantes reportaron durante las secuencias de ejercicios del MICC. No existe un origen único de la experiencia emocional, sino una configuración emergente que involucra simultáneamente el dominio corporal, del lenguaje y relacional. Esta configuración emergente da cuenta que las emociones básicas no son respuestas del organismo a estímulos externos, sino estados cognitivos globales relacionados con la conservación de la identidad viva del organismo, es decir, *un estar adecuadamente acoplado a las circunstancias del entorno cambiante*.

El objetivo de incluir en la entrevista el eje de exploración emocional era poder corroborar el estado emocional generado a través de las secuencias de ejercicios. Sin embargo, a pesar de que los participantes conocían la relación entre las secuencias de ejercicios y el estado que se buscaba generar, no mencionaron el nombre de la emoción básica al describir su percepción (excepto en la emoción de la alegría). Esto nos muestra la riqueza de la fenomenología de las emociones, la que no necesariamente se condice con la forma que la cultura nos ha enseñado de cada una de ellas. Algunos participantes reportaron sentir placer con la rabia y calma con la tristeza, emociones que han sido etiquetadas como negativas.

Entender los estados emocionales básicos como estados cognitivos globales, por un lado, explica la simultaneidad de cambios fisiológicos y atencionales específicos que ocurren -en un presente- en los cambios de un estado a otro. Por otro lado, explica cómo cada modo de emocionar, en un instante, configura la coherencia y unicidad entre el modo de moverse, relacionarse y pensar del individuo que se observa en sus modos de hacer. En otras palabras, un modo

de emocionar determina un modo de hacer. Entonces, cuando intentamos cambiar un modo de hacer o relacionarnos, es necesario generar un cambio en el modo de emocionar.

b) La selectividad atencional como mecanismo constitutivo del estado emocional

Un segundo hallazgo es la coherencia sistemática entre la dirección y amplitud atencional reportadas en primera persona y los patrones motores activados por las secuencias del MICC. Como se muestra en la Figura 3, la dirección atencional (introversión/extraversión) se correspondió con la dirección del movimiento (contracción/expansión), y la amplitud atencional (convergente/divergente) con el tono muscular (hipertonía/hipotonía). Esta correspondencia, que emergió sin explicitarla, sugiere que la atención no es un proceso superpuesto al estado emocional sino constitutivo de él.

Nuestra propuesta es consistente con la crítica que hace Colombetti (2010) sobre el uso de las dimensiones de valoración (appraisal) y excitación (arousal) para evaluar la experiencia emocional, que llevan a un entendimiento de un proceso lineal y causal de este fenómeno. En cambio, desde una perspectiva enactiva, el organismo mantiene la autonomía de determinar sus estados internos dentro del flujo de perturbaciones que se generan en su acoplamiento estructural con el entorno. A partir de estos resultados es que proponemos el término de *selectividad atencional* como un mecanismo del operar cognitivo del individuo, que en su operar sensoriomotor y reflexivo, especifica una estructura coherente en el estado global del individuo en su interacción con el entorno.

Los resultados de este estudio ilustran esta proposición. La atención convergente y precisa del miedo, orientada hacia el control de sí mismo es constitutiva del estado corporal de tensión y contracción. Del mismo modo, la atención divergente y multifocal de la alegría, orientada hacia afuera, distribuida

entre el movimiento, los otros y el espacio, está co-determinado por el estado hipotónico y expansivo. Separar ambos planos como hacen las teorías que distinguen entre arousal corporal y appraisal cognitivo, implica disolver la unicidad de la conducta y experiencia que los participantes reportan. Podemos observar en las descripciones de la experiencia cómo estas dimensiones se superponen y se correlacionan para describir los estados atencionales, corporales y afectivos.

Pierre Vermersch (1999, 2004) agrega una observación relevante para comprender la relación entre atención y emoción. No es posible controlar una emoción, pero sí observar que simultáneamente al cambio emocional, la atención se reorienta de acuerdo al cambio de estado del organismo. Esta proposición es coherente con los resultados del estudio, los participantes no reportan haber decidido orientar su atención en una dirección específica durante la práctica, sino que describen cómo su atención se movió junto con el estado emocional que emergió. En este sentido, la selectividad atencional no es una estrategia voluntaria sino un mecanismo del estado cognitivo global. Esta comprensión de la atención conecta con la descripción de William James, quien ya en el siglo XIX señalaba “*la atención es la estrechez de la consciencia*” dando cuenta del carácter selectivo y limitante de la conciencia atencional (James, 1984).

c) El MICC como herramienta de modulación emocional

Finalmente nos referimos a las implicancias prácticas del modelo y a la naturaleza del proceso mediante el cual los estados emocionales pueden ser modulados. Si las emociones básicas son configuraciones modales coherentes en las que el patrón motor y el patrón atencional determinan el estado cognitivo global del individuo en acoplamiento con su entorno, entonces la intervención sobre cualquiera de estas dimensiones constituye una perturbación que puede desencadenar reorganizaciones en el estado global del individuo. A partir de esta premisa se fundamenta el diseño del Método de Integración Cognitivo Corporal como

herramienta de intervención para la modulación de un estado emocional, qué se diferencia de los procesos que la literatura distingue como regulación emocional.

Koole & Veenstra (2015) critican el modelo extendido de regulación emocional propuesto por Gross señalando que la regulación emocional no ocurre solo dentro de la cabeza de las personas, sino que emerge dinámicamente de la interacción entre el individuo y las *affordances* o posibilidades de acción de su situación. Las *affordances* corporales (postura, movimiento y tono muscular) modulan implícitamente los estados emocionales sin intencionar un resultado específico. Wajnerman Paz propone reemplazar el concepto de regulación emocional por el de *modulación emocional* (Wajnerman Paz, 2019a, 2019b). La modulación designa el proceso de alterar la relación input-output de un mecanismo sin que un sistema de segundo orden lo controle externamente. De esta forma, la modulación modifica la función de un componente del proceso emocional, no sus causas externas ni sus efectos comportamentales aislados.

Estas propuestas son especialmente pertinente para nuestros resultados, el modelo postula que dos de los tres dominios de la conducta operan con clausura operacional (cuerpo y lenguaje), por tanto, los cambios en cada dominio son determinados por el operar de cada uno, no por la acción directa de otro dominio. Se propone que la intervención sobre uno de éstos tres dominio puede modificar el estado emocional global. Las secuencias de movimiento del MICC no controlan el estado emocional en el sentido de determinar causalmente su contenido, sino que operan como perturbaciones selectivas que modifican las relaciones de coherencia entre los dominios (cuerpo, relación y lenguaje) del individuo, desencadenando configuraciones modales, que especifican la unicidad y coherencia de la conducta y experiencia de cada emoción. En este sentido, no es posible controlar las emociones, sino que su modulación abre posibilidades de cambios en las configuraciones modales.

La efectividad de las prácticas del MICC como herramienta de modulación emocional ha sido evidenciada empíricamente en un estudio sobre plasticidad emocional que utilizó la respuesta

autonómica a través del diámetro pupilar como indicador fisiológico. Los resultados mostraron que el grupo MICC presentaba tiempos de recuperación pupilar significativamente más cortos, evidenciando una mayor capacidad de modulación emocional en relación a las circunstancias presentes (Vasquez-Rosati et al., 2017). Por una parte este hallazgo aporta evidencia fisiológica de que la práctica sostenida del MICC produce cambios en la respuesta autonómica ante estímulos emocionales. Por otra parte, el tiempo de recuperación pupilar es un indicador que operacionaliza directamente el concepto de plasticidad emocional como la capacidad del individuo de transitar de un estado emocional a otro en congruencia con las circunstancias presentes, sin quedar fijado en una configuración modal específica.

Limitaciones y direcciones futuras

Este estudio constituye una primera aproximación exploratoria al estudio situado de la relación entre movimiento, atención y experiencia emocional. La muestra de diez participantes, todos con experiencia previa en MICC, constituye una limitación importante para el alcance de las conclusiones. Si bien nos permitió asegurar la correcta ejecución de los movimientos, su familiaridad con el lenguaje propio del método puede haber influido en sus descripciones. No obstante, el uso de entrevistas micro-fenomenológicas, orientadas a reconstruir aspectos pre-reflexivos de la experiencia y a distinguir la experiencia de las interpretaciones o conocimientos teóricos, ofrece una vía para reducir (aunque no eliminar) esta posible contaminación conceptual. Será necesario replicar estos hallazgos con participantes sin experiencia previa en MICC y con muestras mayores para evaluar su robustez y alcance.

Asimismo, la secuencia fija de inducción introduce posibles efectos de arrastre y fatiga que pueden haber influido en las transiciones entre estados, particularmente en el contraste entre condiciones corporalmente diferenciadas. La secuencia fue mantenida por razones éticas y de cuidado de los participantes. Sin embargo, esta decisión limita el control experimental sobre los efectos de orden y debe considerarse en futuras investigaciones.

A pesar de estas limitaciones, consideramos fundamental seguir desarrollando paradigmas experimentales ecológicos y situados que, si bien representan un desafío metodológico, permiten preservar la riqueza contextual, corporal y experiencial del fenómeno que se busca investigar. Este estudio piloto constituye un primer paso para desarrollar estrategias que permitan equilibrar el control necesario para establecer comparaciones sistemáticas, con la cualidad dinámica y situada de la experiencia emocional.

Finalmente, las direcciones futuras de este estudio, que ya se encuentran en desarrollo, apuntan a incorporar medidas fisiológicas que permitan triangular los reportes experienciales con indicadores de actividad corporal. Incorporar electromiografía, variabilidad cardíaca u otras medidas fisiológicas, junto con diseños que incluyan participantes con distintos niveles de experiencia y condiciones contrabalanceadas, permitirá evaluar la convergencia entre experiencia, fisiología y movimiento.

CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue apoyado por Mind and Life Europa, bajo el fondo The Mind & Life Europe Francisco J. Varela Award EVA2023-Vasquez, Alejandra.

REFERENCIAS

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Colombetti, G. (2010). Enaction, sense-making and emotion. In J. Stewart, O. Gapenne, & E. Di Paolo (Eds.), *Enaction: Towards a New Paradigm for Cognitive Science* (pp. 145-164). Cambridge MA: MIT Press.
- Colombetti, G., & Thompson, E. (2008). The feeling body: toward an enactive approach to emotion. In W. F. Overton, U. Müller, & J. L. Newman (Eds.), *Developmental Perspectives on Embodiment and Consciousness* (pp. 45-68). New York: Eribaum.
- Colombetti, G., & Zavala, E. (2019). Are emotional states based in the brain? A critique of affective brainocentrism from a physiological perspective. *Biology and Philosophy*, 34(5), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10539-019-9699-6>
- Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L. B., Parvizi, J., & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3, 1049-1056.
- Damasio, A. R. (2018). *The strange order of things: Life, feeling, and the making of cultures*. Pantheon.
- Di Paolo, E. A., Cuffari, E. C., & De Jaegher, H. (2018). *Linguistic Bodies: The Continuity between Life and Language*. MIT Press.
- Dodig-Crnkovic, G. (2025). Sensing, Feeling, Affect, and the Origins of Cognition in Biological Systems. *Preprints*, (June), 0-11. <https://doi.org/10.20944/preprints202506.0840.v1>
- Duncan, S., & Barrett, L. F. (2008). Affect is a form of cognition: A neurobiological analysis. *Cognition and Emotion*, 21(6), 1184-1211.
- Foucault, M. (1977). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Fuchs, T. (2013). The Phenomenology of Affectivity. In and T. T. K.W.M. Fulford, Martin Davies, Richard G.T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini (Ed.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (Number Jun, pp. 1-16). Oxford Handbooks Online. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0038>
- Hutto, D. D., & Myin, E. (2013). *Radicalizing enactivism: Basic minds without content*. MIT Press.
- Hutto, D. D., Robertson, I., & Kirchhoff, M. D. (2018). A new, better BET: Rescuing and revising Basic Emotion Theory. *Frontiers in Psychology*, 9(JUL), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01217>
- James, W. (1984). *Compendio de los principios de psicología*. Editorial Harvard University Press / Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1892).

Koole, S. L., & Veenstra, L. (2015). Does Emotion Regulation Occur Only Inside People's Heads? Toward a Situated Cognition Analysis of Emotion-Regulatory Dynamics. *Psychological Inquiry*, 26(1), 61-68. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.964657>

Llinás, R. R. (2003). *El cerebro y el mito del yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos* (Trad. E. Guzmán). Editorial Norma.

Lowe, R., Herrera, C., Morse, A., & Ziemke, T. (2007). The embodied dynamics of emotion, appraisal and attention. *Lecture Notes in Computer Science (Including Subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*, 4840 LNAI, 1-20. https://doi.org/10.1007/978-3-540-77343-6_1

Maturana, H. (1985). Comment by Humberto R. Maturana: The Mind is not in the head. *Journal of Social and Biological Systems*, 8(4), 307-309. [https://doi.org/10.1016/0140-1750\(85\)90032-6](https://doi.org/10.1016/0140-1750(85)90032-6)

Maturana, H., & Mpodozis, J. (1987). *Percepción: configuración conductual del objeto* (pp. 60-68).

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1998). *De Máquinas Y Seres Vivos. Autopoiesis: La organización de lo vivo*. (5th ed.). Editorial Universitaria. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16861667

Maturana, H., & Varela, F. J. (1984). *El Árbol Del Conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria.

Peil, K. T. (2014). Emotion: The Self-regulatory Sense. *Global Advances in Health and Medicine*, 3(2), 80-108. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.058>

Pessoa, L. (2015). Précis of The Cognitive-Emotional Brain. *Behavioral and Brain Sciences*, 38(5), e71.

Petitmengin, C., & Bitbol, M. (2009). The Validity of First-Person Descriptions as Authenticity and Coherence. *Journal of Consciousness Studies*, 16(10-12), 363-404.

Petitmengin, C., Remillieux, A., & Valenzuela-Moguillansky, C. (2018). Towards a micro-phenomenological analysis method. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1-40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11097-018-9597-4>

Plutchik, R. (1962). *The emotions: Facts, theories, and a new model*. Random House.

Rainville, P., Bechara, A., Naqvi, N., & Damasio, A. R. (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, 61, 5-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2005.10.024>

Shafir, T. (2016). Using Movement to Regulate Emotion : Neurophysiological Findings and Their Application in Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 7(September), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01451>

Valenzuela-Moguillansky, C., & Vásquez-Rosati, A. (2019). An Analysis Procedure for the Micro- Phenomenological Interview. *Constructivist Foundations*, 14(2), 123–156.

Varela, F. (2000). *El Fenomeno de la Vida*. Dolmen Ediciones S.A.

Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente* (Vol. 53, Number 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Vasquez-Rosati, A., Brunetti, E. P., Cordero, C., & Maldonado, P. E. (2017). Pupillary Response to Negative Emotional Stimuli Is Differentially Affected in Meditation Practitioners. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(May), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00209>

Vasquez-Rosati, A., & Cordero-Homad, C. (2021). Proprioceptive Perception: An Emergence of the Interaction of Body and Language. In *Proprioception* (pp. 1–20).

Vermersch, P. (1999). *For a Phenomenological Psychology*. (Vermersch 1998).

Vermersch, P. (2004). *Introspection as Practice*. 1–35.

Wajnerman Paz, A. (2019a). Emotion regulation as emotion modulation. *Analisis Filosofico*, 39(2), 143–162. <https://doi.org/10.36446/af.2019.321>

Wajnerman Paz, A. (2019b). ¿Qué implica una teoría evolutiva de las emociones respecto de la relación entre emoción y regulación emocional? *Tópicos. Revista de Filosofía de Santa Fe*, (37), 158–176. <https://doi.org/10.14409/topicos.v0i37.8674>

Trauma iatrogénico en hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil: Una revisión crítica desde la neurociencia y el paradigma enactivo de la cognición 4E

Iatrogenic Trauma in Child and Adolescent Psychiatric Hospitalization: A Critical Review from the Perspectives of Neuroscience and the 4E Enactive Paradigm of Cognition

Gabriela García Ferrín¹

Correspondencia:

Gabriela García Ferrín

gabrielagarciaferrin@gmail.com

RECIBIDO: 8 DE MARZO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

La presente revisión crítica analiza las consecuencias neuropsicológicas del trauma iatrogénico en población infanto-juvenil en el contexto de las hospitalizaciones psiquiátricas. Con base en el análisis teórico desde la neurociencia del trauma y el paradigma de la Cognición 4E, se examina la forma en que ciertas prácticas médicas como la contención física y el uso de psicotrópicos, pueden reactivar vías de memoria corporal traumática y afectar fases clave en el neurodesarrollo. Asimismo, se problematiza el modelo biomédico tradicional, cuestionando si dichas prácticas médicas conducen a un óptimo tratamiento, o si por el contrario, generan un espacio hostil y retraumatizante para el paciente.

Palabras clave: Neurodesarrollo; Hospitalización psiquiátrica; Trauma iatrogénico; Eje HPA; Infancia y adolescencia; Cognición 4E.

Abstract

This critical review analyzes the neuropsychological consequences of iatrogenic trauma in children and adolescents in the context of psychiatric hospitalizations. Based on a theoretical analysis drawing on neuroscience of trauma and the 4E Cognition paradigm, the review examines how certain medical practices—such as physical restraint and the use of psychotropic medications—can reactivate traumatic bodily memory pathways and affect key phases of neurodevelopment. Furthermore, the traditional biomedical model is problematized, questioning whether such medical practices lead to optimal treatment or, on the contrary, create a hostile and retraumatizing environment for the patient.

Keywords: Neurodevelopment; Psychiatric hospitalization; Iatrogenic trauma; HPA axis; Childhood and adolescence; 4E Cognition.

¹ Universidad Católica Silva Henríquez.

INTRODUCCIÓN

Las hospitalizaciones psiquiátricas constituyen un recurso habitual propio del sistema de salud tanto público como privado, siendo estas, intervenciones voluntarias o involuntarias para personas en episodios de crisis contextualizadas a la salud mental. Sin embargo, en dichos métodos de intervención se observa una asimetría de poder entre la institución profesional o cuerpo médico y los pacientes internados en unidades de corta y larga estadía infanto-juvenil y de adultos.

En este sentido, en la propia población infanto-juvenil se destaca con mayor fortaleza la pérdida de control y autonomía, además de los protocolos de tratamientos físicos y farmacológicos agresivos, la sensación de pérdida de seguridad, alejamiento de vínculos primarios, aislamiento social y el presenciar escenarios traumáticos como la violencia entre pares y las intervenciones invasivas y violentas desde el cuerpo médico (Mohr et al., 2003; Frueh et al., 2005; Czernin et al., 2024).

Es aquí donde el concepto del *trauma iatrogénico*, un fenómeno poco explorado en la literatura latinoamericana, emerge desde la vivencia de pacientes o ex pacientes de estas instituciones. Este se entiende como el daño psicológico causado directamente por el cuerpo médico. A diferencia del trauma originado por la comunidad o familia, la iatrogenia se produce dentro del sistema terapéutico, lo que causa mayor sensación de la falta de autonomía, coerción traumática y desprotección institucional (Downs, 2025).

Desde esta mirada, la pregunta que surge ante esta problemática y dirige esta reflexión es: ¿Hasta qué punto las intervenciones psiquiátricas y terapéuticas coercitivas pueden afectar en el desarrollo neuropsicológico infanto-juvenil, generando nuevas vías de retraumatización y afectando en la regulación emocional, lejos de aportar a la recuperación óptima de cada paciente?

OBJETIVO GENERAL

Dentro de la presente revisión, el objetivo central radica en analizar desde una perspectiva teórico-crítica, las bases neurobiológicas del trauma general e iatrogénico en niños, niñas y adolescentes (NNA) durante hospitalizaciones psiquiátricas, integrando evidencia del eje HPA (Hipotalámico – pituitario – adrenal), el paradigma propio de la cognición 4E en su visión enactiva y el marco normativo legal chileno (Ley 21.331).

METODOLOGÍA

Para la búsqueda bibliográfica, se utilizaron los servidores de búsqueda científica Web of Science, Scopus, PubMed, SciELO y Google Scholar. La selección de artículos se delimitó con base en palabras clave en inglés y en español, además del uso de operadores booleanos tales como: (“Iatrogenic Trauma” **OR** “Secondary Trauma”) **AND** (“Psychiatric Hospitalization” **OR** “Hospital-Induced Trauma”) así como (“HPA Axis Childhood Trauma” **AND** “Childhood Trauma”) **OR** “Childhood Vicarious Trauma”. Se priorizaron los estudios empíricos o de revisión teórica descriptiva sobre contención o seclusión en NNA, neurobiología del trauma en el neurodesarrollo temprano y artículos en su mayoría realizados en América Latina y Estados Unidos (EE.UU) publicados desde el (2000 – 2025). Al ser un artículo breve de revisión crítico-teórica, se seleccionaron 11 artículos científicos más un documento legal para respaldar la crítica expuesta en el presente trabajo.

1. La hospitalización psiquiátrica como modelo estructural y asimetría de poder

Estudios internacionales documentan que las intervenciones psiquiátricas en cuanto a medidas como la contención física y de aislamiento infanto-juveniles se asocian directamente a la pérdida del

control, estrés prolongado y ausencia de autonomía (Mohr et al., 2003; Czernin et al., 2024). Desde hace más de dos décadas, Mohr et al. (2003) advierten que la ausencia de supervisión sistemática sobre estas prácticas y sus posibles consecuencias resultarían contrarias al objetivo final de aportar al proceso terapéutico de cada paciente. Siendo así como Czernin et al. (2024) identifican que personas con Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el Trastorno límite de la personalidad (TLP) presentarían un mayor riesgo de sufrir contenciones físicas y farmacológicas.

Aquí se destaca que, si bien las hospitalizaciones no suelen ser involuntarias en caso de menores de edad por el previo consentimiento del tutor legal responsable del/la niño/a, se presume que un número reducido de casos son aprobadas por el mismo paciente. Siendo aquí donde se valora la instancia de prestar ayuda hospitalaria al menor, siempre y cuando esta no posea un poder coercitivo para él, y por ende, se evite la posibilidad de la retraumatización (Mohr et al., 2003; Campbell, 2022).

En Chile, Castro (2023) demuestra a partir de un estudio cualitativo desde la vivencia de ex pacientes psiquiátricos en hospitales como el Hospital Dr. José Horwitz Barak que la sensación común dentro de estos espacios es igual o superior a la de estar en una cárcel privada de su libertad. Además, el estudio refleja cómo las prácticas coercitivas persisten pese a la existencia de la Ley 21.331 que establece como medida transitoria a la hospitalización psiquiátrica de toda persona, ley orientada a la protección de los derechos humanos de sujetos con problemas de salud mental (Ley 21.331, 2021).

2. Trauma iatrogénico y retraumatización

Frueh et al. (2005) y Downs (2025) sostienen al trauma iatrogénico como el resultado de la desprotección del sistema de salud frente a pacientes en hospitalizaciones psiquiátricas, y surge directamente de prácticas clínicas complejas donde se suelen usar contenciones físicas así como intervenciones psicofarmacológicas como sedantes o tranquilizantes intramusculares, aunque

justificados como estrategias de regulación emocional, se podrían percibir como invasivos, dolorosos y humillantes para el propio menor, intensificando respuestas traumáticas preexistentes o generando espacios de traumatización severa.

En este contexto, en intervenciones agresivas también resulta importante señalar el posible trauma vicario y revictimización por los otros pacientes que presencian la escena, quienes también en esas circunstancias podrían sufrir desregulaciones emocionales mediante mecanismos de contagio emocional y activación empática, llevando así a un fenómeno neuropsicosocial intermediario dentro del procedimiento (Frueh et al., 2005; Downs, 2025). Los mismos autores señalan que estas prácticas podrían tener efectos aversivos sobre los objetivos terapéuticos originales debido a que existe la posibilidad de que gran parte de los internos al contar con historias previas de maltrato, abuso sexual y violencia intrafamiliar (VIF), el espacio hospitalario podría de forma directa o indirecta activar la memoria corporal traumática, provocando la retraumatización o revictimización siendo totalmente contraproducente para la calidad de vida del paciente (van der Kolk, 2000).

3. Bases neurobiológicas del trauma iatrogénico en población infanto-juvenil, eje HPA, plasticidad y quiebre del saber-cómo

La autora Campbell (2022) expone las consecuencias neuropsicológicas del dolor físico temprano en NNA. Relacionándolo con el trauma iatrogénico, las vivencias traumáticas repetitivas dentro de centros psiquiátricos como intervenciones médicas y constantes contenciones físicas, la alteración sensorial podría alterar de forma permanente la forma en que el cerebro interpreta las señales de dolor y estrés.

Respecto a la vulnerabilidad biológica, se hipotetiza que podría generar un mayor riesgo de desarrollarse en estos casos comorbilidades de su psicopatología

de origen, además de ser más propensos a sufrir de enfermedades físicas en la adultez. Dichas experiencias tempranas pueden afectar el neurodesarrollo del infante, así como afectar su sentido de pertenencia, interpretación cognitiva ambiental, y autoestima a largo plazo.

En simultáneo, Murphy et al. (2022) además plantean que el eje HPA (Hipotalámico – pituitario – adrenal), el cual se encarga de la respuesta neuroendocrina de la secreción de cortisol desde la glándula suprarrenal, puede presentar hiperactivación sostenida afectando áreas como la amígdala (hipervigilancia), corteza prefrontal (regulación emocional y funciones ejecutivas) y el hipocampo (memoria).

Debido a esto, el cuerpo del infante posee una mayor prevalencia a mantenerse en un estado reactivo y persistente de hipervigilancia frente al entorno, lo que podría generar la posibilidad de desarrollar estrés crónico, pesadillas, entre otros síntomas compatibles con el estrés post traumático complejo (TEPT-C) (Campbell, 2022; Murphy et al., 2022).

Desde el paradigma enactivo de la cognición 4E, el trauma se comprende como el quiebre de la estructura del saber-cómo (Knowing-how). Cuando las opciones de lucha y huida no están disponibles, nuestro cerebro tiende a entrar en una respuesta de congelamiento o freeze. La pérdida del dominio sobre el propio cuerpo interrumpe el loop sensoriomotor, distorsionando la percepción y favoreciendo a la destrucción de la memoria y trastornos por disociación (Ataria, 2015). Esta perspectiva 4E (Embodied, Embedded, Enactive, Extended) permite superar la visión puramente representacional del trauma y situarlo como una ruptura en la relación cuerpo-mundo, particularmente grave en etapas de alta plasticidad neuronal como lo es la infancia y la adolescencia, etapas cruciales en el neurodesarrollo, autoestima, sentido de pertenencia y fase clave para la construcción de la personalidad (Lebert & Vilarroya, 2024).

4. Crítica al modelo biomédico

El modelo biomédico busca en la mayoría de casos la regulación conductual mediante la estructura neuroanatómica, junto a la tendencia de buscar la estabilidad mediante el uso de fármacos psicotrópicos en el paciente, en ocasiones, sin tomar en cuenta la historia previa del menor en evaluación. Tener en cuenta su historia de vida así como su contexto de vulnerabilidad traumática, permitiría un tratamiento y uso de medidas de contención acorde a un trato que el paciente considere propio, adecuado y seguro para su propio bienestar emocional. De lo contrario, como señala van der Kolk (2000) determinadas prácticas podrían reactivar circuitos de memoria traumática corporal, particularmente en población infanto-juvenil, donde la plasticidad neuronal se mantiene aún en una etapa crucial del neurodesarrollo.

En Chile, la Ley 21.331 establece que las hospitalizaciones psiquiátricas deben ser consideradas como último recurso para el paciente, con el fin de resguardar su integridad física y emocional priorizando así el mayor beneficio terapéutico posible, además de proteger la autonomía y seguridad del propio evaluado (Ley 21.331, 2021). Al limitarse el uso de medidas drásticas como la contención física y/o farmacológica, la ley buscaría reducir el riesgo a la retraumatización propia en el menor garantizando un ambiente seguro y apto para su cuidado emocional y un óptimo desarrollo terapéutico.

Asimismo, dentro del marco contextual chileno Vitriol et al. (2020) y Downs (2025) muestran que subtipos de depresión y/o psicopatologías similares con historias críticas en la infancia requieren precisamente técnicas propias del Cuidado Informado del Trauma (CIT). En su misma línea, Vitriol et al. (2020) y Downs (2025) afirman que el CIT no deben limitarse a las ACEs (Experiencias Adversas en la Infancia) puesto que debe de incluirse el reconocimiento explícito del daño o trauma iatrogénico propiamente tal, así como la capacitación del personal a cargo de cada caso en reducción de coerciones y en la creación de espacios óptimos para restaurar la seguridad psicológica y corporal.

5. Relevancia

La discusión e investigación desde la neurociencia al respecto del trauma iatrogénico en NNA, constata una gran necesidad de abordaje debido a la falta de literatura científica al respecto de esta problemática desde la neurociencia y en cómo aún se encuentra notablemente limitada. Por otra parte, la atención, intervención y educación frente a esta temática, podría contribuir a una mejora dentro de estas instituciones, integrando modelos neuropsicológicos óptimos para la atención primaria de servicios psiquiátricos a nivel internacional.

6. Conclusiones

A modo de sintetizar, a partir de la información recopilada, se proponen medidas estratégicas como la capacitación de profesionales en el Cuidado Informado del Trauma (CIT), además de realizar futuras investigaciones con enfoques tanto cualitativos como cuantitativos, con el fin de profundizar en experiencias de pacientes y ex pacientes psiquiátricos. Así, el reconocimiento de la plausibilidad de la retraumatización obliga a replantear los dispositivos hospitalarios desde una mirada sensible ante el trauma infantil, donde la propia reducción de prácticas coercitivas no sea solo desde una recomendación ética, sino una necesidad clínica fundamentada en evidencia neurocientífica. Y así, restaurar la seguridad psicológica no es solo modular la respuesta neuroendocrina del eje HPA, sino reconstruir la agencia y seguridad encarnada y el loop sensoriomotor que la iatrogenia hospitalaria fractura.

CONFLICTOS DE INTERESES:

La autora destaca que en relación con este artículo, no se declara conflicto de intereses, además de no utilizar financiamiento externo.

REFERENCIAS

- Ataria, Y. (2015). Trauma from an enactive perspective: The collapse of the knowing-how structure. *Adaptive Behavior*, 23(3), 143–154. <https://doi.org/10.1177/1059712315578542>
- Campbell, K. A. (2022). The neurobiology of childhood trauma, from early physical pain onwards: As relevant as ever in today's fractured world. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), Article 2131969. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2131969>
- Castro, M. A. (2023). Coerción en las hospitalizaciones psiquiátricas en Chile: El sufrimiento de la locura en el siglo XXI. *Salud Colectiva*, 19, Article e4349. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4349>
- Czernin, K., Bründlmayer, A., Oster, A., Baumgartner, J. S., & Plener, P. L. (2024). Children and adolescents at risk for seclusion and restraint in inpatient psychiatric treatment: A case control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18, Article 102. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00791-3>
- Downs, J. (2025). Whose trauma is it anyway? Creating more equitable mental healthcare in a system that harms. *BJPsych Bulletin*, 49(4), 265–268. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.103>
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., Yim, E., Robins, C. S., Monnier, J., & Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Lebert, A., & Vilarroya, Ó. (2024). The links between experiential learning and 4E cognition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1541(1), 37–52. <https://doi.org/10.1111/nyas.15238>
- Ley 21.331. (2021). Reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
- Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330–337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Murphy, F., Nasa, A., Cullinane, D., Raajakesary, K., Gazzaz, A., Sooknarine, V., Haines, M., Roman, E., Kelly, L., O'Neill, A., Cannon, M., & Roddy, D. W. (2022). Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: A targeted literature synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 748372. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.748372>
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolkolk>
- Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C., & Jara, M. (2020). Cuidado informado en trauma: Un modelo emergente para el abordaje del subtipo depresivo con historia de adversidad infantil. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(4), 348–362. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400348>

Comprendiendo la comunicación en demencia: una revisión de alcance sobre el entrenamiento de compañeros comunicativos

Understanding Communication in Dementia: A Scoping Review on Communication Partner Training

Catalina Carrasco Bardavid¹, Eileen Castillo Inostroza², Génesis Castro Poblete³,
Joaquín Montenegro Tapia⁴

Correspondencia:

Eileen Castillo Inostroza
eileen.castillo@mail.udp.cl

RECIBIDO: 15 DE JUNIO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

Las personas con demencia (PcD) presentan alteraciones cognitivo-comunicativas que afectan progresivamente su participación social, sus relaciones interpersonales y su calidad de vida. Estas dificultades no solo impactan a la persona diagnosticada, sino también a sus familiares y cuidadores, quienes cumplen un rol central en la comunicación cotidiana. En este contexto, el entrenamiento de compañeros comunicativos (*Communication Partner Training*, CPT) ha surgido como una intervención orientada a mejorar la comunicación funcional mediante el uso de estrategias conversacionales, apoyos multimodales y ajustes en la interacción. La presente revisión de alcance tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre el CPT en las PcD y describir sus efectos reportados en la comunicación, participación social, bienestar y calidad de vida. Para ello, se sistematizó la literatura siguiendo lineamientos PRISMA-ScR y criterios de inclusión vinculados a población, intervención y resultados. Los estudios revisados sugieren que el CPT favorece interacciones conversacionales más efectivas, promueve el uso de estrategias comunicativas y genera experiencias positivas en las díadas. Sin embargo, persisten limitaciones metodológicas. En conclusión, el CPT constituye una intervención prometedora dentro de la rehabilitación neuropsicológica en demencia.

Palabras clave: demencia; entrenamiento de compañeros comunicativos; comunicación funcional; rehabilitación neuropsicológica; participación social.

Abstract

People with dementia (PwD) experience cognitive and communicative impairments that progressively affect their social participation, interpersonal relationships, and quality of life. These difficulties impact not only the diagnosed individual but also their family members and caregivers, who play a central role in daily communication. In this context, Communication Partner Training (CPT) has emerged as an intervention aimed at improving functional communication through the use of conversational strategies, multimodal supports, and adjustments in interaction. This scoping review aimed to analyze the available scientific evidence on CPT in people with dementia and describe its reported effects on communication, social participation, well-being, and quality of life. To this end, the literature was systematized following PRISMA-ScR guidelines and inclusion criteria related to population, intervention, and outcomes. The reviewed studies suggest that CPT fosters more effective conversational interactions, promotes the use of communicative strategies, and generates positive experiences in dyads. However, methodological limitations remain. In conclusion, CPT is a promising intervention within neuropsychological rehabilitation in dementia.

Keywords: dementia; communication partner training; functional communication; neuropsychological rehabilitation; social participation.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional a nivel mundial ha experimentado un aumento sostenido en las últimas décadas, lo cual es concordante con los avances y logros en los ámbitos de salud pública y desarrollo socioeconómico (Padeiro et al., 2023). En este sentido, las proyecciones indican que para 2050 habrá 2100 millones de personas mayores de 60 años (Gianfredi et al., 2025). No obstante, el envejecimiento también constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, óseas y neurodegenerativas (Niccoli & Partridge, 2012; Wahl et al., 2019). Las demencias se refieren a un síndrome clínico compuesto por distintas enfermedades neurodegenerativas que producen un deterioro del funcionamiento cognitivo e interfieren con el desempeño en las actividades de la vida diaria y calidad de vida de la persona (Dening & Sandilyan, 2015; Klaassen et al., 2021; Williams, 2024). En las demencias de causa degenerativa este proceso es gradual en el tiempo, suele tener un deterioro inicial focal de una función cognitiva o conductual, con posterior compromiso progresivo global de otras funciones cognitivas, a medida que avanza la neuropatología en el cerebro, lo que va afectando la funcionalidad en las actividades de la vida diaria (Acevedo et al., 2021). La enfermedad de Alzheimer (EA) constituye la causa de demencia de mayor prevalencia representando un 60 a 80% de los casos a nivel mundial, seguida por la demencia vascular (10%) y la demencia frontotemporal (10%) (Alzheimer's Association, 2025). Otras causas son importantes a tener en consideración como la demencia por cuerpos de Lewy o las afasias progresivas primarias que, a nivel patognomónico, cursan con alteraciones en el habla y lenguaje (Ortiz et al., 2025). En este sentido, las demencias en general presentan como manifestaciones en común alteraciones cognitivo-comunicativas, las cuales afectan progresivamente las habilidades de comunicación y modifican la forma en que las personas interactúan con su entorno, dificultando la participación en conversaciones cotidianas, la expresión de necesidades y la mantención de vínculos sociales significativos (Dooley & Walshe, 2018; Morris et al., 2018).

Demencias y alteraciones comunicativas

Respecto a las demencias y sus perfiles comunicativos (véase tabla 1), la enfermedad de Alzheimer se asocia a un deterioro significativo en la calidad de vida de la persona, entorno y su familia (Klaassen et al., 2021). Considerando el deterioro de predominio amnésico en esta enfermedad, las alteraciones en el lenguaje se asocian a problemas para acceder y recordar palabras, denominación y comprensión, en especial, en instrucciones y cláusulas de mayor complejidad en etapas tempranas (Kemper & Altmann, 2009; Kempler & Goral, 2008). La demencia vascular (DV) se caracteriza por una disfunción cognitiva producto de una lesión por la oclusión de vasos sanguíneos cerebrales, infartos, hemorragias, infartos lacunares o lesiones en la sustancia blanca. Su perfil es heterogéneo y dependiente de la ubicación y extensión del área comprometida, pero usualmente se describen alteraciones en los procesos y representaciones lingüísticas, control léxico-semántico, sintáctico y morfológico (Macoir, 2024). Las demencias frontotemporales (DFT) comprometen especialmente los lóbulos frontales y temporales y se presentan con alteraciones de la conducta y el lenguaje. La variante conductual (DFTvc), en que destacan las alteraciones de conducta, a nivel de lenguaje, se han descrito estereotipias, ecolalias y dificultades pragmáticas (Geraudie et al., 2021). Las afasias progresivas primarias son un conjunto de manifestaciones dentro de las DFT, usualmente divididas en tres tipos (Gorno-Tempini et al., 2011). Primeramente, la afasia progresiva primaria no fluente (APPvnF) se manifiesta como un habla laboriosa y con agramatismo. También puede presentar apraxia del habla, disartria, distorsiones en la prosodia y parafasias (González et al., 2022). La afasia progresiva primaria semántica (APPvS) o demencia semántica presenta un defecto asociado a dificultades severas en la comprensión de palabras, y en el lenguaje verbal se observa la presencia de anomias con uso de circunloquios, parafasias semánticas y un empobrecimiento del contenido del discurso (Marshall et al., 2018). La afasia progresiva primaria logopénica

(APPvL) se caracteriza por un habla con pausas frecuentes producto de anomias con dificultades en la denominación, comprensión y repetición de frases de mayor métrica (Conca et al., 2022). Finalmente, existen otros trastornos neurodegenerativos como la esclerosis lateral amiotrófica asociada a demencia (ELA-D), la parálisis supranuclear progresiva (PSP), enfermedad de Parkinson (EP), enfermedad por cuerpos de Lewy (DPCL) y atrofia cortical posterior (ACP) que cursan con alteraciones cognitivo-comunicativas que se abordarán de manera general en la tabla 1 (Donoso et al., 2009; Klaassen et al., 2021; Macoir, 2024).

Tabla 1.
Alteraciones comunicativas e impacto funcional en demencias.

Condición neurodegenerativa	Principales alteraciones comunicativas	Impacto en la persona y su entorno
Enfermedad de Alzheimer (EA)	Dificultades progresivas en el lenguaje, comprensión y expresión verbal.	Disminución de la participación social, deterioro de la calidad de vida y aumento de las demandas comunicativas para familiares y cuidadores.
Demencia Vascular (DV)	Problemas comprensivos, léxico - semánticas (parafasias, anomias), fluidez reducida o agramatismo.	Reducción en la participación social por menor fluencia o en el acceso léxico, comprensión y seguimiento en la interacción comunicativa.
Demencia Frontotemporal (DFT) variante conductual (DFTvc)	Alteraciones pragmáticas y dificultades para adecuar la comunicación al contexto social.	Deterioro de las relaciones interpersonales y aumento de la dependencia comunicativa.
DFT – Afasia Progresiva Primaria variante no fluente (APPvnF)	Anomia, laconismo, disartria, agramatismo y disminución progresiva de la fluidez verbal.	Limitación de la participación comunicativa y reducción de la autonomía en actividades cotidianas.
DFT – Afasia Progresiva Primaria variante semántica (APPvs)	Pérdida progresiva del significado de las palabras y dificultades de denominación y comprensión.	Dificultad para mantener conversaciones significativas y expresar necesidades.
DFT – Afasia Progresiva Primaria variante logopénica (APPvL)	Alteración en la recuperación de palabras, anomias y dificultades de denominación, repetición de frases	Limitación en la participación comunicativa por dificultades para recuperar palabras y poder expresarse.
Otros síndromes asociados a Trastornos Cognitivos - Comunicativos (ELA-D, PSP, EP, DPCL, ACP)	Alteraciones cognitivas, lingüísticas y/o motoras del habla de carácter progresivo.	Restricción creciente de la comunicación funcional y necesidad de apoyos comunicativos.

Fuente: Elaboración propia.

Como se ha analizado, la naturaleza neurodegenerativa de las demencias conlleva una pérdida progresiva de las habilidades lingüísticas de los pacientes (Valles, 2009), lo cual limita su participación social y contribuye a un deterioro de la autoestima y calidad de vida, además de tener un impacto en sus familiares, quienes en la mayoría de los casos se convierten en sus cuidadores y necesitan comunicarse con sus seres queridos para satisfacer sus necesidades (Alsawy et al., 2017; Davies & Howe, 2020; Klimova et al., 2015). Por ello, en etapas avanzadas el paciente llega al mutismo y quienes lo rodean reducen su intercambio oral con él al experimentar la imposibilidad de responder a las exigencias de esta actividad (Valles, 2009). Por lo tanto, las intervenciones orientadas a compensar las dificultades comunicativas y ayudar a los interlocutores a adaptarse a estos cambios en la comunicación son esenciales para que la persona con demencia mantenga su autonomía y se conecte de manera significativa con los demás durante el mayor tiempo posible. De hecho, existe una necesidad reconocida de centrarse en la evaluación e intervención de la comunicación como parte de la atención integral de las personas que viven con demencia (Dooley et al., 2025; Folder et al., 2024; Perkins et al., 2022).

Comunicación funcional y participación social

La comunicación funcional se refiere a la capacidad de utilizar habilidades comunicativas de manera efectiva para expresar necesidades, intercambiar información y participar en actividades cotidianas y socialmente significativas. En las PcD, el deterioro progresivo de las funciones cognitivas y lingüísticas puede afectar esta capacidad, generando dificultades en la comprensión de mensajes, la expresión de ideas y el mantenimiento de conversaciones (Banovic et al., 2018; Klimova et al., 2015).

Las alteraciones comunicativas asociadas a la demencia incluyen dificultades para encontrar palabras, pérdida del tema conversacional, disminución de la iniciativa comunicativa y problemas para seguir

intercambios conversacionales complejos (Kempler & Goral, 2008). Estas dificultades pueden afectar la interacción cotidiana con familiares y cuidadores, limitando las oportunidades de participación en actividades sociales y reduciendo la capacidad de mantener relaciones interpersonales significativas (De Vries, 2013; Small et al., 2000). Asimismo, estudios recientes han identificado que las dificultades de comunicación funcional en las PcD pueden interferir en la expresión de necesidades, la toma de decisiones y la participación en actividades significativas de la vida diaria, repercutiendo negativamente en su autonomía y calidad de vida (Meade et al., 2024).

La participación social ha sido definida como el involucramiento de una persona en actividades e interacciones que ocurren dentro de su entorno social y comunitario (Levasseur et al., 2010). Desde esta perspectiva, la participación no solo implica estar presente en una actividad, sino también la posibilidad de interactuar con otros, asumir roles significativos y mantener vínculos sociales. En las PcD, las dificultades comunicativas pueden transformarse en una barrera para este proceso, favoreciendo el aislamiento social y reduciendo las oportunidades de interacción con el entorno (Hartigan et al., 2019).

La relación entre comunicación funcional y participación social es particularmente relevante en el contexto de la demencia. Cohen-Mansfield (2025) plantea que la disminución de las oportunidades de interacción social y el aumento de sentimientos de soledad se asocian negativamente con el bienestar de las personas mayores. En consecuencia, la posibilidad de expresar necesidades, intercambiar información y mantener conversaciones significativas constituye un componente central para favorecer la participación social y calidad de vida de las PcD.

Communication Partner Training (CPT)

El *Communication Partner Training* (CPT), o entrenamiento de compañeros comunicativos, corresponde a una intervención orientada a mejorar la

comunicación entre personas que presentan dificultades comunicativas y quienes interactúan habitualmente con ellas. Este enfoque surge de la idea de que la comunicación es un proceso compartido, por lo que la calidad de la interacción no depende únicamente de las capacidades de la persona afectada, sino también de las estrategias y conductas que utiliza su interlocutor (Burton et al., 2025; Kagan et al., 2001; O'Rourke et al., 2018; Simmons-Mackie et al., 2016). Generalmente, los programas de CPT están dirigidos a familiares, cuidadores, parejas y profesionales de la salud. Su propósito es entregar herramientas que permitan enfrentar de mejor manera las dificultades comunicativas presentes en la vida cotidiana. Para ello, se busca que los compañeros comunicativos reconozcan aquellas situaciones que dificultan la interacción y aprendan estrategias que favorezcan la comprensión mutua, la participación activa y el desarrollo de conversaciones significativas (Burton et al., 2025; Simmons-Mackie et al., 2016). Entre las estrategias descritas en la literatura se encuentran la adaptación del lenguaje al nivel de comprensión de la persona, el uso de apoyos visuales o multimodales, la validación emocional y distintos recursos que facilitan el mantenimiento del tema conversacional (Schaffer & Henry, 2021).

La relevancia de este enfoque radica en que no centra la intervención exclusivamente en las limitaciones cognitivas o lingüísticas de la persona, sino que también considera el papel que desempeña el entorno comunicativo. En este sentido, Olivares-Matus et al. (2025) señalan que las habilidades del compañero comunicativo y las condiciones ambientales pueden influir de manera importante en la efectividad de la interacción, favoreciendo o limitando las oportunidades de participación.

En el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas, el CPT busca responder a las necesidades comunicativas que aparecen como consecuencia del deterioro progresivo de las funciones cognitivas y lingüísticas. A través del entrenamiento de los interlocutores habituales, se pretende facilitar interacciones más efectivas y satisfactorias para ambos miembros de la díada comunicativa. De esta manera, el CPT puede

contribuir a mantener la participación social, favorecer la calidad de vida y apoyar el bienestar emocional tanto de las personas que presentan dificultades comunicativas como de quienes forman parte de su entorno cercano (Burton et al., 2025; McKenzie et al., 2024; Simmons-Mackie et al., 2016; Schaffer & Henry, 2021).

Evidencia científica sobre CPT en enfermedades neurológicas

En los últimos años, diversas investigaciones han mostrado resultados prometedores respecto al uso de programas basados en CPT en personas con daño cerebral adquirido y otras condiciones neurológicas. Algunos estudios reportan mejoras en la calidad de las interacciones conversacionales, mayor uso de estrategias comunicativas y experiencias positivas en las díadas comunicativas (Clay et al., 2023; Mc Menamin, Tierney, & Mac Farlane, 2015; Palmer et al., 2025; Simmons-Mackie et al., 2016). Asimismo, investigaciones recientes han identificado necesidades de apoyo comunicativo que frecuentemente no son abordadas en las PcD, lo que refuerza la importancia de desarrollar e implementar intervenciones centradas en la comunicación funcional y la participación social (Hockley et al., 2025).

Estado actual de la evidencia

A pesar de que en los últimos años se han desarrollado múltiples intervenciones en relación con el Communication Partner Training dirigidas a PcD y sus compañeros de comunicación, la evidencia disponible continúa siendo limitada y heterogénea (Folder et al., 2024). Los estudios se enfocan en diferentes poblaciones, el tipo de compañero comunicativo, los componentes de la intervención, la modalidad de implementación, la duración y las medidas de resultado utilizadas, lo que dificulta la comparación entre investigaciones y la identificación de los elementos que sustentan su efectividad. Además, las revisiones publicadas se han centrado principalmente en intervenciones

fonoaudiológicas generales, comunicación en afasia o aspectos específicos de la calidad de vida, sin ahondar de manera específica en la evidencia sobre programas de CPT dirigidos a PcD y sus compañeros de comunicación. En este contexto, una revisión de alcance resulta pertinente para mapear la evidencia disponible, describir las características de estas intervenciones e identificar áreas prioritarias para el desarrollo de la investigación y la práctica clínica.

En consideración de los antecedentes expuestos, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué evidencia se ha reportado sobre el entrenamiento de compañeros comunicativos en personas con demencia, en relación con la comunicación funcional, la participación social, la calidad de vida, la experiencia de las diadas y la implementación de los programas?

METODOLOGÍA

Aprobación Ética

La aprobación ética de este artículo no fue requerida debido a que el estudio fue una revisión de alcance con el objetivo de analizar investigaciones previamente publicadas y no implicó la participación directa de personas ni el uso de datos de identificación.

Protocolo

La presente investigación corresponde a una revisión de alcance de la literatura orientada a identificar y analizar la evidencia disponible sobre programas de CPT en PcD. El desarrollo y la presentación de esta revisión se realizaron siguiendo las recomendaciones de la extensión PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018). El protocolo de la revisión fue registrado retrospectivamente en Open Science Framework (OSF). doi:10.17605/OSF.IO/FQ24B

Previo al inicio de la búsqueda bibliográfica se definieron la pregunta de investigación, los criterios de elegibilidad, las fuentes de información, la estrategia de búsqueda, el procedimiento de selección de estudios

y el plan de síntesis de los resultados.

La formulación de la pregunta de investigación y la estrategia de búsqueda se estructuraron utilizando el modelo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes*) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007), definido de la siguiente manera:

- **Población (P):** Personas con diagnóstico de demencia o trastorno neurocognitivo mayor, incluyendo estudios sobre afasia progresiva primaria (APP).
- **Intervención (I):** Programas de Communication Partner Training (CPT) o entrenamiento de compañeros comunicativos.
- **Comparación (C):** Atención habitual, ausencia de intervención, lista de espera u otras modalidades terapéuticas.

doi:10.17605/OSF.IO/FQ24B

- **Resultados (O):** Comunicación funcional, participación social, calidad de vida, bienestar, desempeño conversacional, experiencia de los participantes e implementación de programas de entrenamiento comunicativo.

A partir de estos componentes se construyó la estrategia de búsqueda bibliográfica y se establecieron los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la presente revisión.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios publicados entre los años 2020 y 2025, en idioma inglés o español, que abordaran intervenciones basadas en CPT dirigidas a personas con diagnóstico de demencia, trastorno neurocognitivo mayor o afasia progresiva primaria.

Los participantes debían presentar un diagnóstico confirmado según criterios clínicos establecidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 o DSM-5-TR) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE-10 o CIE-11).

Asimismo, los estudios debían describir programas de entrenamiento comunicativo orientados a familiares, cuidadores o interlocutores habituales y reportar resultados relacionados con comunicación funcional, desempeño conversacional, participación social, bienestar o calidad de vida.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en trastornos neurocognitivos leves, deterioro cognitivo subjetivo, otras patologías neurológicas no relacionadas con procesos neurodegenerativos y publicaciones que no evaluaran intervenciones basadas en CPT.

Proceso de búsqueda

El proceso de búsqueda bibliográfica se realizó entre septiembre y diciembre de 2025 en las bases de datos electrónicas PubMed (MEDLINE), Web of Science Core Collection y ScienceDirect, seleccionadas por su cobertura de literatura biomédica, de rehabilitación, neurología, geriatría y ciencias de la comunicación, además del acceso libre a ellas. El objetivo de la búsqueda fue identificar estudios primarios que evaluaran intervenciones de CPT dirigidas a las PcD y sus compañeros de comunicación.

La estrategia de búsqueda fue diseñada previamente utilizando los componentes del modelo PICO y adaptada a la sintaxis específica de cada base de datos. Se combinaron términos libres relacionados con la población (por ejemplo, dementia, neurocognitive disorder, primary progressive aphasia), la intervención (communication partner training, communication partner, communicative partner, language therapy) y los resultados de interés (quality of life, social participation, communication), mediante los operadores booleanos AND y OR.

Como estrategia general se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda:

("dementia" OR "neurocognitive disorder" OR "primary progressive aphasia") AND ("communication partner training" OR "communication partner" OR "communicative partner" OR "language therapy") AND ("quality of life" OR "social participation" OR communication)

La búsqueda se restringió a estudios publicados entre 2020 y 2025, disponibles en inglés o español. No se aplicaron restricciones adicionales relacionadas con el diseño metodológico. Posteriormente, los registros recuperados fueron exportados en formato CSV a Microsoft Excel para su organización, eliminación de duplicados y proceso de selección. Además, se realizó una revisión manual de las listas de referencias de los estudios incluidos con el propósito de identificar publicaciones potencialmente relevantes no recuperadas mediante la búsqueda electrónica. La estrategia completa utilizada en cada base de datos se presenta en la tabla n°2.

Tabla 2.

Estrategias de búsqueda utilizadas según base de datos.

Base de datos	Fecha de búsqueda	Estrategia de búsqueda	Límites aplicados	Resultados
PubMed	Septiembre–diciembre de 2025	("Dementia"[MeSH] OR dementia OR "primary progressive aphasia") AND ("communication partner training" OR "conversation coaching")	Publicaciones entre 2020 y 2025; idiomas inglés y español	127
Web of Science	Septiembre–diciembre de 2025	TS=(dementia OR "primary progressive aphasia") AND TS=("communication partner training" OR "conversation coaching")	Publicaciones entre 2020 y 2025; idiomas inglés y español	44
ScienceDirect	Septiembre–diciembre de 2025	("dementia" OR "major neurocognitive disorder" OR "neurocognitive disorder" OR "primary progressive aphasia") AND ("communication partner training" OR "conversation partner training" OR "communication partner intervention" OR "communication partner program" OR "conversation coaching") AND ("quality of life" OR "social participation" OR "communicative participation" OR "communication confidence" OR communication)	Publicaciones entre 2020 y 2025; idiomas inglés y español	205
Total de artículos recuperados				376

Fuente: Elaboración propia.

Selección de fuentes de evidencia

La selección de las fuentes de evidencia se desarrolló en etapas sucesivas. Inicialmente, se eliminaron los registros duplicados; posteriormente, se realizó el cribado de títulos y resúmenes según los criterios de elegibilidad previamente establecidos. Finalmente, los artículos potencialmente elegibles fueron evaluados a texto completo para definir su inclusión en la revisión.

La revisión de los títulos, resúmenes y textos completos fue realizada de manera independiente

por dos de los autores, aplicando los criterios de elegibilidad definidos previamente. En los casos en que existieron discrepancias respecto a la inclusión o exclusión de algún estudio, estas fueron resueltas mediante discusión y consenso entre los mismos autores, asegurando que la decisión final fuera consistente con la pregunta de investigación y los criterios de inclusión establecidos. El proceso de selección de los estudios se documentó mediante un diagrama de flujo PRISMA-ScR, que resume el número de registros identificados, excluidos e incluidos en cada etapa de la revisión.

Extracción de información

Se diseñó una matriz de extracción de datos en Microsoft Excel para sistematizar la información relevante de cada estudio incluido en la revisión. La extracción se realizó considerando los objetivos de la investigación y las características metodológicas de las publicaciones seleccionadas.

Las variables extraídas incluyeron:

- Año de publicación.
- Diagnóstico de la población estudiada.
- Tipo y diseño del estudio.
- Características de la intervención basada en CPT.
- Tipo de compañero comunicativo participante.
- Instrumentos de evaluación utilizados.
- Resultados principales reportados.
- Limitaciones metodológicas identificadas por los autores.

La selección de los estudios (cribado por título, resumen y texto completo) y la extracción de datos fueron realizadas por dos investigadores, siguiendo criterios de elegibilidad previamente definidos en el protocolo de la revisión. Con el fin de minimizar errores y mantener la consistencia del proceso, se utilizaron formularios estandarizados para la selección y extracción de la información.

Evaluación Metodológica

La evaluación metodológica y, complementariamente, de posibles fuentes de sesgo fue realizada por dos de los autores de la presente investigación por medio del Mixed Methods Appraisal Tool, versión 2018 (MMAT) (Hong et al., 2018). El MMAT es un instrumento para la evaluación crítica de la metodología implementada en revisiones con estudios mixtos (cuantitativos, cualitativos y ambos). Particularmente, en esta investigación dos de los autores realizaron su propia evaluación y, posteriormente, se analizaron en conjunto los resultados obtenidos, los cuales fueron incorporados en el análisis de resultados con el propósito de favorecer una interpretación de la evidencia disponible.

Síntesis de la evidencia

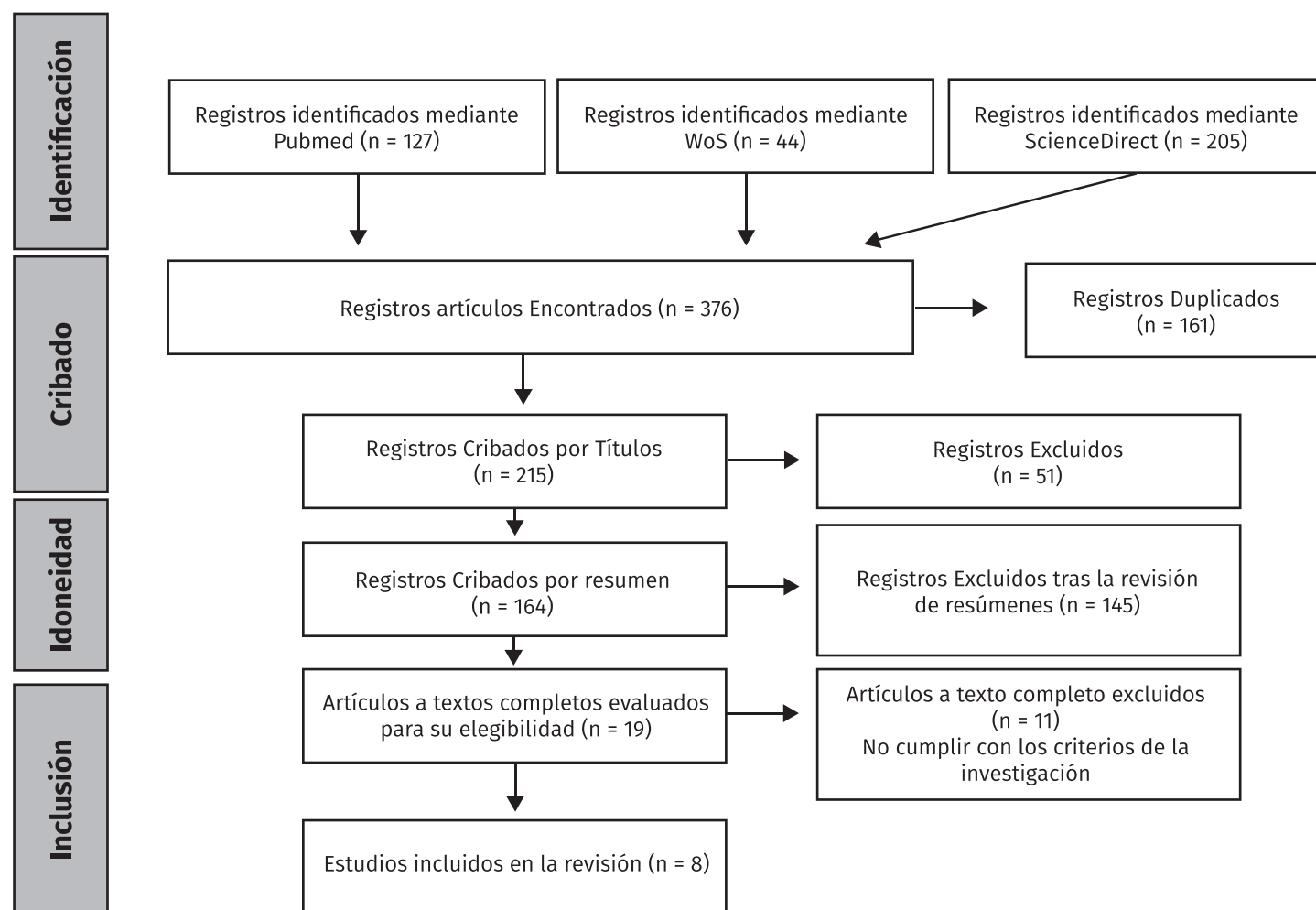
Debido a la heterogeneidad observada entre los estudios incluidos en términos de población, características de las intervenciones, instrumentos de evaluación y variables de resultado, no fue posible realizar un metaanálisis.

Por esta razón, los estudios seleccionados fueron analizados mediante una síntesis narrativa. A partir del análisis, y siguiendo las recomendaciones de PRISMA-ScR, se integró e interpretó la evidencia disponible comparando las características metodológicas, intervenciones implementadas, resultados obtenidos y limitaciones reportadas por los estudios incluidos.

La síntesis se organizó en torno a cuatro ejes principales: tipo de intervención realizada, tipo de compañero comunicativo, metodología de evaluación y resultados reportados. Asimismo, se examinaron las fortalezas y limitaciones metodológicas descritas por los autores, con el propósito de identificar tendencias actuales y desafíos para futuras investigaciones.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA-ScR del proceso de selección de las fuentes de evidencia.



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Selección de fuentes de evidencia. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Web of Science, obteniendo un total de 376 artículos académicos. Se eliminaron 161 artículos duplicados, quedando 215 registros para evaluar su inclusión. Posteriormente, se realizó una revisión de títulos de los artículos, identificando 51 que fueron excluidos por no ser pertinentes para el objetivo de investigación, consolidando un total de 164 artículos.

La revisión de los resúmenes con base en los criterios de idoneidad excluyó 145 artículos. Finalmente, se evaluaron 19 artículos para determinar su elegibilidad, consolidando un total de ocho estudios para la presente investigación.

Características de las fuentes de evidencia. Los estudios incluidos evidenciaron una amplia heterogeneidad en cuanto al diseño metodológico, las poblaciones estudiadas y las modalidades de implementación de los programas de CPT.

De los ocho estudios incluidos en esta revisión,

cuatro se centraron en personas con afasia progresiva primaria (APP) y sus compañeros comunicativos (Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023; Winsnes et al., 2025), mientras que tres abordaron poblaciones con distintos tipos de demencia, incluyendo enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia mixta, demencia frontotemporal y otras demencias neurodegenerativas (Dooley et al., 2024; Morris et al., 2021; Olthof-Nefkens et al., 2023) y un estudio de caso (Volkmer et al., 2022). En conjunto, los estudios evaluaron programas de CPT dirigidos a díadas conformadas por PcD o APP y sus familiares, cuidadores o compañeros comunicativos habituales.

En relación con el diseño metodológico, se aprecia una importante heterogeneidad entre las investigaciones. Dos correspondieron a ensayos clínicos controlados aleatorizados (Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023), dos fueron estudios cuantitativos no aleatorizados (Morris et al., 2021; Rogalski et al., 2022), un estudio de caso único (Volkmer et al., 2022) y tres utilizaron metodologías mixtas, combinando procedimientos cuantitativos y cualitativos para evaluar la factibilidad, aceptabilidad e impacto de los programas (Dooley et al., 2024; Olthof-Nefkens et al., 2023; Winsnes et al.,

2025). Esta diversidad metodológica refleja el carácter aún emergente de la investigación sobre CPT en PcD y APP, donde predominan estudios orientados a evaluar la implementación y viabilidad de las intervenciones, aunque en los últimos años se observa un aumento de ensayos clínicos con mayor rigor metodológico.

En cuanto a la población estudiada, las investigaciones incluyeron personas con enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia mixta, demencia frontotemporal y las variantes logopénica, no fluente y semántica de la afasia progresiva primaria, siempre en conjunto con un compañero comunicativo, generalmente un familiar o cuidador principal. Asimismo, los programas fueron implementados tanto de forma presencial como mediante telesalud, utilizando diversas estrategias de entrenamiento comunicativo centradas en la díada, tales como análisis de conversaciones reales, establecimiento de objetivos funcionales y entrenamiento en estrategias conversacionales.

La tabla 3 consiste en la descripción y caracterización de los estudios incluidos en este artículo, detallando fecha de investigación, objetivos, Metodología (M), Modalidad (MO), Población (P) e Instrumento de Evaluación (IE).

Tabla 3.
Descripción y caracterización de los artículos seleccionados.

Autores	Objetivos	Metodología (M) Modalidad (MO) Población (P) Instrumentos de Evaluación (IE)
Dooley et al. 2024	Este estudio tuvo por objetivo examinar los efectos del programa “Conversation Coaching Intervention” con el fin de potenciar las habilidades de comunicación y el bienestar de las PcD y sus cuidadores.	M: Mixta (Cuantitativa - Cualitativa). MO: Presencial. P: PcD por EA, Vascular y Mixta. IE: Para PcD se valoró el perfil comunicativo (Profiling Communication Ability in Dementia), bienestar y calidad de vida (ICEpop CAPability Measure for Older People). Para la díada se establecieron y midieron objetivos terapéuticos comunes (Goal Attainment Scaling).

Morris et al. 2021	Se realizó una investigación para determinar mediante el programa CPT, " <i>Communication Empowerment</i> ", el impacto del programa sobre las habilidades comunicativas, estrés, capacidad de mentalización de los cuidadores y necesidades de la PcD.	M: Cuantitativa. MO: Presencial. P: PcD por EA, Vascular, Mixta, DFT, DPCL u otras. IE: En cuanto al cuidador, se evaluó percepción de estrés (<i>Perceived Stress Scale</i>), comprensión y habilidades comunicativas (<i>Carer Communication Questionnaire</i>) y comprensión del estado de otros o mentalización (<i>Reflective functioning questionnaire</i>) y percepción de satisfacción y valoración del programa de intervención (<i>instrumento diseñado en el estudio</i>).
Olthof-Nefkens et al. 2023	El objetivo del estudio fue valorar la viabilidad e impacto de un programa de intervención (<i>Com-mens</i>) que busca mejorar la comunicación positiva y potenciar pertenencia, inclusión y comodidad en la comunicación.	M: Mixta (Cuantitativa - Cualitativa). MO: Presencial. P: PcD por EA, Vascular, Mixta, DFT, APP u otras. IE: Respecto a la PcD, se evaluó calidad de vida (<i>EuroQol-5D</i>), salud mental (<i>Rand-36</i>). En cuanto al cuidador, se valoró sobrecarga (<i>CarerQol-7D</i>) y felicidad (<i>CarerQol-VAS</i>). Para la díada se exploró la experiencia comunicativa (<i>Experienced Communication in Dementia Questionnaire</i>) y percepción de efectividad y satisfacción (<i>entrevista semiestructurada</i>).
Rogalski et al. 2022	La investigación consistió en la segunda fase, etapa dos, del ensayo clínico aleatorizado del programa CPT (<i>Communication Partner Engagement</i>) para medir la participación y seguridad comunicativa en PcD con APP.	M: Cuantitativa. MO: Virtual. P: PcD por APPvL, APPvnF y APPvS. IE: En cuanto a la PcD se valoró la seguridad comunicativa (<i>Communication Confidence Rating Scale for Aphasia</i>).
Rogalski et al. 2025	Este estudio propuso evaluar la viabilidad y efectos en la comunicación por medio del programa CPT (<i>Communication Bridge-2</i>) aplicado en el contexto de atención en modalidad virtual.	M: Cuantitativa. MO: Virtual. P: PcD por APPvL, APPvnF y APPvS. IE: Respecto a la PcD se valoró la seguridad comunicativa (<i>Communication Confidence Rating Scale for Aphasia</i>) y participación comunicativa (<i>Communicative Participation Item Bank</i>). En la díada se establecieron y midieron objetivos terapéuticos comunes (<i>Goal Attainment Scaling</i>).

Volkmer et al. 2022	Estudio de caso enfocado en una intervención basada en CPT (<i>Better Conversations with Primary Progressive Aphasia</i>), para mejorar las habilidades comunicativas secundarias a una ACP.	M: Cuantitativa. MO: Presencial. P: PcD con ACP. IE: Para la PcD se midió experiencia subjetiva con alteraciones de lenguaje (<i>The Aphasia Impact Questionnaire</i>) y seguridad en las habilidades comunicativas (<i>The Communication Confidence Rating Scale for Aphasia</i>). En la díada se realizó una construcción y evaluación de objetivos terapéuticos (<i>Goal Attainment Scaling</i>) y grabaciones audiovisuales de la interacción comunicativa.
Volkmer et al. 2023	El objetivo consistió en aplicar y evaluar la efectividad de un programa basado en los principios del CPT (<i>Better Conversations with Primary Progressive Aphasia</i>) para las personas con APP en comparación con un grupo control para determinar la factibilidad de aplicarlo a mayor escala.	M: Cuantitativa. MO: Presencial. P: PcD por APPvL, APPvnF y APPvS. IE: Para la PcD se evaluó seguridad en la interacción comunicativa (<i>Communication Confidence Rating Scale for Aphasia</i>), experiencia subjetiva de padecer alteraciones del lenguaje (<i>Aphasia Impact Questionnaire-21</i>) y calidad de vida en la persona con demencia (<i>Dementia Quality of Life Measure</i>). Respecto al cuidador, se midió sobrecarga y estrés en el cuidador (<i>Perceived Stress Scale, Zarit Burden Interview</i>). Para la díada se diseñaron objetivos terapéuticos en común (<i>Goal Attainment Scaling</i>) y grabaciones de dinámica comunicativa.
Winsnes, Norvik, & Volkmer, 2025	Esta investigación se propuso realizar la adaptación cultural del programa CPT <i>Better Conversations with Primary Progressive Aphasia</i>, así como el impacto y efectividad en la interacción y calidad comunicativa de la díada.	M: Mixta (Cuantitativa - Cualitativa). MO: Presencial. P: PcD por APPvnF, APP Mixta. IE: Para la PcD se estableció el funcionamiento cognitivo (<i>Comprehensive Aphasia Test, Mini-Mental State Examination</i>) y experiencia subjetiva de presentar alteraciones del lenguaje (<i>Aphasia Impact Questionnaire-21</i>). Respecto al cuidador se evaluó comunicación funcional. A nivel díada se diseñaron objetivos terapéuticos comunes (<i>Goal Attainment Scaling</i>) y grabaciones audiovisuales de la dinámica comunicativa.

SÍNTESIS DE RESULTADOS

Componentes metodológicos

Las investigaciones analizadas dan cuenta de estudios ampliamente heterogéneos en su metodología. Particularmente, dos estudios correspondieron a ensayos controlados aleatorizados (Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023), dos fueron estudios cuantitativos no aleatorizados (Morris et al., 2021; Rogalski et al., 2022), un estudio de caso cuantitativo descriptivo (Volkmer et al., 2022) y tres investigaciones con métodos mixtos (Dooley et al., 2024; Olthof-Nefkens et al., 2023; Winsnes et al., 2025). De los estudios analizados, Rogalski et al. (2025) se identifica con el perfil metodológico más consistente y, en consecuencia, menor riesgo de sesgo, integrando criterios de aleatorización y grupos control. Esto es concordante con el objetivo del ensayo clínico internacional basado en el programa CPT “*The Communication Bridge*”, aleatorizado, con grupo experimental y control y baja tasa de deserción (6%). Por otra parte, Volkmer et al. (2023) realizaron un ensayo piloto controlado y aleatorizado, con dos grupos paralelos y enmascaramiento de los evaluadores de resultados. Las díadas fueron asignadas a una condición control sin tratamiento fonoaudiológico. Además, el estudio incorporó una evaluación de procesos orientada a examinar la factibilidad, aceptabilidad y fidelidad de la intervención mediante formularios, estadísticas descriptivas y datos narrativos. Los estudios no aleatorizados de Morris et al. (2021) y Rogalski et al. (2022) reportaron sobre la viabilidad de los programas e impactos positivos en distintas medidas que se mantuvieron después de la intervención; sin embargo, la ausencia de un grupo control, distribución equitativa de tipos de demencia y uso de medidas autoinformadas pueden limitar la generalización de los resultados.

Referente a los estudios mixtos, tanto Olthof-Nefkens et al. (2023) como Winsnes et al. (2025), integraron distintas medidas para evaluar comunicación, calidad de vida, salud mental y grabaciones de comunicación funcional. Pese a lo anterior, se identifican tamaños muestrales reducidos y tasas de abandono durante el

estudio. Respecto a Dooley et al. (2024), si bien integró distintas medidas para caracterizar el perfil de lenguaje, calidad de vida y metas funcionales; el tamaño de la muestra, heterogeneidad y la evaluación pre y post realizada por el equipo mismo de intervención, pueden sesgar los resultados obtenidos. Finalmente, Volkmer et al. (2022) ofrece una perspectiva de una intervención individualizada, así como su viabilidad y aplicabilidad; sin embargo, al corresponder a un estudio de caso único, la representatividad y generalización de los resultados son restringidas.

En general, los resultados de los estudios se enfocaron en caracterizar y optimizar la comunicación, desarrollar habilidades y estrategias comunicativas compensatorias, así como potenciar la seguridad de su uso (iniciar una conversación, mantener la toma de turnos y el tópico durante una conversación, uso de claves no verbales en la comunicación, como uso de gestos, expresión facial, entre otros). Si bien Winsnes et al. (2025) se orientó a la adaptación cultural de un programa CPT, se evaluó igualmente el efecto de las habilidades comunicativas funcionales. Es interesante señalar que, al fortalecer la comunicación funcional, las díadas reportan una mayor participación en actividades de la vida diaria, sensación de bienestar y calidad de vida, así como una menor percepción de sobrecarga y estrés en el compañero comunicativo. Respecto a los tamaños muestrales, la variabilidad fue desde una sola díada, en un estudio de caso (Volkmer et al., 2022), hasta 95 díadas incorporadas a un ensayo controlado aleatorizado (Rogalski et al., 2025). El periodo de intervención fue variable según el estudio desde cuatro (Morris et al., 2021) hasta 15 sesiones (Rogalski et al., 2025). Las medidas de evaluación fueron igualmente diversas, con cuestionarios enfocados en distintos dominios como perfil comunicativo, experiencia subjetiva de padecer una alteración del lenguaje, sensación de bienestar, estrés y sobrecarga percibida en el cuidador. Por otra parte, se destaca el uso del *Goal Attainment Scaling* (GAS) como un medio para definir y operacionalizar objetivos terapéuticos construidos con base en las necesidades específicas de la díada (Dooley et al., 2024; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2022; Volkmer et al., 2023; Winsnes et al.,

2025), favoreciendo la transferencia de las habilidades y estrategias hacia metas significativas y contextos funcionales de la persona. También se enfatiza en el uso de grabaciones audiovisuales como un medio fundamental para el análisis de la comunicación funcional y conducta, articular objetivos clínicos y resultados, como también potenciar la motivación y cambios en la díada (Olthof-Nefkens et al., 2023; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2022; Volkmer et al., 2023; Winsnes et al., 2025). Finalmente, dos estudios utilizaron una modalidad de telemedicina (Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025) mientras que los demás estudios optaron por una modalidad presencial.

Análisis de estudios

El conjunto de los estudios analizados permite identificar una evolución del entrenamiento de compañeros comunicativos hacia intervenciones cada vez más estructuradas, personalizadas y centradas en la comunicación funcional (Folder et al., 2024). Aunque las investigaciones presentan diferencias metodológicas, existe una alta consistencia respecto a los principios que sustentan las intervenciones, privilegiando la participación activa de la díada, el establecimiento de objetivos individualizados y el entrenamiento de estrategias conversacionales aplicables a situaciones de la vida cotidiana (Folder et al., 2024).

Un aspecto relevante es que, pese a la diversidad de los programas evaluados, los estudios coinciden en incorporar componentes terapéuticos similares, tales como el análisis de conversaciones reales mediante grabaciones audiovisuales, la retroalimentación sistemática del terapeuta y el uso de instrumentos como el GAS para definir objetivos centrados en las necesidades de cada díada (Volkmer et al., 2023; Winsnes et al., 2025). La recurrencia de estos elementos sugiere que corresponden a componentes esenciales del CPT, más allá del nombre o formato específico de cada intervención.

Desde una perspectiva metodológica, la evidencia muestra un desarrollo progresivo de investigaciones con mayor rigurosidad científica (Rogalski et al.,

2022; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023). Sin embargo, continúan predominando estudios piloto, de factibilidad y con muestras reducidas, lo que limita la posibilidad de establecer conclusiones definitivas sobre la efectividad de las intervenciones. Si bien los ensayos controlados aleatorizados aportan evidencia de mayor calidad, la heterogeneidad de los diseños, las características clínicas de los participantes y las medidas de evaluación dificultan la comparación entre estudios y la extrapolación de los resultados.

Otro hallazgo transversal es que los beneficios del entrenamiento no se restringen únicamente a la persona con demencia, sino que también se extienden al compañero comunicativo, observándose mejoras en la comunicación percibida, el afrontamiento y el bienestar emocional, además de una reducción del estrés asociado al cuidado (Morris et al., 2021; Olthof-Nefkens et al., 2023). Los resultados muestran mejoras en la comunicación y en la calidad percibida de las interacciones, una mayor confianza para desenvolverse en diferentes situaciones comunicativas y una reducción del estrés percibido por los compañeros comunicativos, lo que sugiere que el impacto del CPT se extiende a la dinámica de la díada y favorece la participación comunicativa en actividades de la vida diaria (Morris et al., 2021; Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025).

A pesar de los avances observados, todavía existen desafíos importantes para consolidar esta línea de investigación. La baja participación de PcD en etapas avanzadas, la escasa diversidad cultural de las muestras y la ausencia de estudios realizados en Latinoamérica dificultan que los resultados puedan extrapolarse a realidades clínicas y sociales más diversas. En este contexto, la telemedicina se presenta como una alternativa factible y prometedora para acercar estas intervenciones a personas y familias que enfrentan barreras de acceso (Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025). Sin embargo, aún se necesitan estudios que permitan comparar directamente sus resultados con los obtenidos mediante intervenciones presenciales y comprender mejor su utilidad en distintos contextos asistenciales.

En conjunto, los estudios analizados muestran que el entrenamiento de compañeros comunicativos

constituye una intervención con fundamentos consistentes y resultados clínicamente relevantes. Sin embargo, el fortalecimiento de la evidencia dependerá del desarrollo de investigaciones multicéntricas, con diseños metodológicos más robustos, seguimiento a largo plazo y una mayor diversidad de contextos socioculturales.

Síntesis de los hallazgos

Los estudios incluidos muestran una tendencia consistente hacia resultados favorables derivados de la implementación de programas de CPT en PcD y sus compañeros comunicativos. Aunque las intervenciones difieren en su estructura, duración, modalidad de aplicación y población objetivo, la mayoría de los estudios reporta mejoras en la comunicación funcional, la interacción de la díada y el uso de estrategias comunicativas durante situaciones de la vida cotidiana.

En relación con la comunicación funcional, los programas se orientaron al desarrollo de habilidades conversacionales que permitieran afrontar las dificultades comunicativas propias de las enfermedades neurodegenerativas. Entre los resultados reportados se describen una mayor seguridad para iniciar y mantener conversaciones, mejor manejo de los turnos conversacionales, uso más frecuente de estrategias compensatorias y una comunicación más efectiva entre la persona con demencia y su compañero comunicativo. Para ello, las intervenciones incorporaron objetivos terapéuticos individualizados, análisis de conversaciones reales y retroalimentación basada en registros audiovisuales.

Respecto a la participación, diversos estudios señalaron que el fortalecimiento de la comunicación favoreció la continuidad de las interacciones cotidianas y la participación de las PcD en actividades familiares y sociales. Del mismo modo, la intervención permitió que las díadas identificaran situaciones comunicativas relevantes para su vida diaria, estableciendo objetivos terapéuticos orientados a responder a necesidades específicas de cada contexto.

En cuanto a la calidad de vida y experiencia de las

díadas, los estudios reportaron una mayor confianza para enfrentar situaciones comunicativas, una disminución de la frustración asociada a las dificultades de comunicación y una menor percepción de sobrecarga en algunos compañeros comunicativos. Asimismo, varias investigaciones incorporaron instrumentos dirigidos a evaluar bienestar, calidad de vida, experiencia comunicativa y cumplimiento de metas funcionales, evidenciando una aproximación centrada tanto en la persona con demencia como en su entorno cercano.

Un hallazgo común fue la participación activa del compañero comunicativo durante todo el proceso de intervención. En la totalidad de los programas revisados, familiares, cuidadores o parejas participaron en el entrenamiento de estrategias conversacionales, la construcción de objetivos terapéuticos y la aplicación de las estrategias aprendidas en situaciones de la vida cotidiana. Esta característica estuvo presente tanto en intervenciones presenciales como en aquellas desarrolladas mediante telemedicina.

Finalmente, los estudios muestran una importante diversidad en las modalidades de implementación y evaluación de los programas. Sin embargo, se identifican componentes comunes, entre ellos el establecimiento de objetivos individualizados mediante GAS, el uso de grabaciones audiovisuales para el análisis de la comunicación funcional y la incorporación de actividades orientadas a favorecer la transferencia de las estrategias comunicativas a contextos cotidianos. En conjunto, estos resultados permiten caracterizar al CPT como una intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional y al entrenamiento conjunto de la díada comunicativa.

Transferencia a la Práctica Clínica.

Los estudios analizados muestran que el entrenamiento de compañeros comunicativos presenta un alto potencial de transferencia a la práctica clínica, ya que estas intervenciones han sido diseñadas para responder a las necesidades comunicativas de las PcD y sus familias, por medio del uso de intervenciones estructuradas y breves.

Estas intervenciones se centran en actividades funcionales con base en situaciones reales que favorecen la participación comunicativa por sobre la búsqueda de la recuperación exclusiva de las funciones lingüísticas alteradas (Morris et al., 2021; Olthof-Nefkens et al., 2023; Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023).

Un hallazgo consistente es el rol del compañero comunicativo, con una participación activa durante las intervenciones, donde la familia o cuidador identifica los objetivos, adquiere estrategias conversacionales, resuelve problemas comunicativos y sostiene la práctica de las estrategias aprendidas en situaciones cotidianas.

La intervención con base en la díada comunicativa permite llevar la intervención más allá del espacio clínico, favoreciendo la generalización de los aprendizajes a otras actividades de la vida diaria, aspecto especialmente destacado en los programas *Communication Bridge*, *Communication Bridge-2*, *Better Conversations with Primary Progressive Aphasia* y *Comments* (Olthof-Nefkens et al., 2023; Rogalski et al., 2022; Rogalski et al., 2025; Volkmer et al., 2023).

Planificación Terapéutica. La planificación de las sesiones contempló entre cuatro y ocho sesiones, con una duración promedio de una hora, con excepción de *Communication Bridge-2* (Rogalski et al., 2025), que desarrolló un protocolo de mayor intensidad compuesto por quince sesiones. Todas las intervenciones fueron lideradas por logopedas o fonoaudiólogos con formación específica en comunicación funcional, análisis conversacional o rehabilitación cognitivo-comunicativa, lo que resalta la importancia de la capacitación profesional para garantizar la fidelidad de los programas.

Diseño Terapéutico: un elemento transversal fue el alto grado de personalización de las intervenciones. Los programas utilizaron objetivos individualizados, análisis de conversaciones reales, retroalimentación basada en videos, materiales adaptados a cada díada y tareas domiciliarias, permitiendo que las estrategias aborden dificultades comunicativas específicas identificadas por las propias PcD y sus compañeros comunicativos. Esta característica probablemente contribuyó a la elevada aceptabilidad y adherencia descritas en la mayoría de

los estudios (Winsnes et al., 2025).

Modalidad Terapéutica: la evidencia respalda la incorporación de la telemedicina como modalidad de intervención. Los programas *Communication Bridge*, *Communication Bridge-2* y *Better Conversations with Primary Progressive Aphasia* demostraron que este tipo de atención se presenta como una alternativa para proporcionar entrenamiento especializado, ampliar el acceso a profesionales con experiencia y facilitar la participación de personas que viven en zonas alejadas o presentan limitaciones de desplazamiento o movilidad reducida. Estos hallazgos sugieren que la telemedicina puede contribuir a reducir barreras geográficas sin comprometer la calidad de la intervención.

Desafíos. La implementación clínica de este modelo también presenta desafíos asociados principalmente con la participación activa y sostenida de un compañero comunicativo, el cual debe estar disponible y motivado para asistir a las sesiones, así como a implementar las estrategias fuera del contexto terapéutico. También se debe considerar que los estudios incluyeron a PcD en etapas leves o moderadas, por lo que la evidencia de este tipo de intervenciones en personas en etapas avanzadas continúa siendo limitada. Finalmente, la ausencia de investigaciones desarrolladas en Latinoamérica restringe la extrapolación de los resultados a contextos socioculturales diferentes de aquellos donde se originó la evidencia.

En conjunto, los estudios analizados en esta revisión sugieren que el entrenamiento de compañeros de comunicación constituye una intervención clínicamente transferible, factible y compatible con modelos contemporáneos de rehabilitación centrados en la persona (Eggen & Thuesen, 2022). Su implementación requiere recursos relativamente accesibles, favorece la continuidad del tratamiento en los contextos donde ocurre la comunicación cotidiana y posiciona al compañero comunicativo como un facilitador activo de la participación comunicativa.

Discusión

A partir de la evidencia revisada, es posible plantear que el CPT representa una forma de intervención coherente con enfoques contemporáneos de rehabilitación en demencia. Su principal aporte no radica únicamente en entrenar estrategias conversacionales, sino en comprender la comunicación como un proceso compartido, donde las posibilidades de participación dependen tanto de la persona con demencia como de las respuestas de su entorno. Desde esta perspectiva, la rehabilitación deja de centrarse exclusivamente en el déficit individual y amplía su foco hacia la interacción cotidiana y las condiciones que pueden favorecerla (Alsawy et al., 2017; Folder et al., 2024).

Esta orientación permite concluir que la comunicación funcional cumple un papel central dentro del proceso de rehabilitación, ya que constituye un medio para expresar necesidades, tomar decisiones, mantener relaciones y continuar participando en actividades significativas. Por lo tanto, el valor del CPT no debería entenderse solo en términos de desempeño lingüístico, sino también por su potencial contribución a la conservación de roles, vínculos y espacios de participación en la vida diaria. Esto resulta especialmente relevante en demencia, donde las dificultades comunicativas pueden profundizar el aislamiento y reducir progresivamente las oportunidades de interacción social (Levasseur et al., 2010; Cohen-Mansfield, 2025).

Asimismo, la revisión permite sostener que incorporar al compañero comunicativo como parte activa de la intervención amplía el alcance terapéutico. En lugar de considerar al familiar o cuidador únicamente como apoyo externo, el CPT lo integra como agente de cambio dentro de la interacción. Esto implica que la rehabilitación no se dirige solo a modificar las capacidades de la persona con demencia, sino también a transformar la forma en que se construyen los intercambios cotidianos. En este sentido, el CPT se relaciona con una práctica más centrada en la diada y en el entorno comunicativo (O'Rourke et al., 2018).

Desde una mirada interdisciplinaria, este enfoque resulta pertinente porque articula dimensiones

comunicativas, ocupacionales, psicológicas y sociales. La comunicación puede entenderse como una herramienta que sostiene la participación, mientras que la calidad de la interacción influye en el bienestar emocional, la percepción de autonomía y la mantención de relaciones significativas. Por ello, la incorporación del CPT en rehabilitación podría favorecer intervenciones más integrales, siempre que se adapte a las necesidades, capacidades y contexto de cada diada.

Sin embargo, su implementación clínica presenta barreras importantes. La necesidad de contar con un compañero comunicativo disponible y comprometido puede limitar el acceso de algunas personas. También se requieren profesionales con formación específica, tiempo terapéutico suficiente y condiciones que permitan trabajar con situaciones reales de comunicación. A esto se suma la variabilidad existente entre los programas, lo que dificulta establecer criterios comunes respecto a duración, intensidad y componentes mínimos. En contextos con alta demanda asistencial o recursos limitados, estas exigencias pueden dificultar su incorporación sostenida. La escasez de estudios en Latinoamérica también obliga a ser prudentes respecto de su aplicabilidad directa en realidades culturales y sanitarias distintas.

Las conclusiones deben moderarse de acuerdo con la evidencia disponible. Aunque el conjunto de estudios permite identificar una dirección favorable, todavía no es posible afirmar de manera concluyente que el CPT sea efectivo en todas las PcD ni en todos los contextos clínicos. La heterogeneidad metodológica, los tamaños muestrales reducidos, la presencia de estudios piloto y la diversidad de instrumentos limitan la solidez de las inferencias. Por lo tanto, esta revisión permite reconocer una línea de intervención prometedora y clínicamente pertinente, pero no establece recomendaciones definitivas para su implementación generalizada.

En conclusión, el CPT puede comprenderse como una estrategia con potencial para fortalecer la comunicación funcional y apoyar la participación de las PcD dentro de sus contextos cotidianos. Su principal aporte parece estar en intervenir sobre la diada y no únicamente sobre el déficit individual. No obstante, la evidencia aún es insuficiente para sostener afirmaciones firmes sobre su

efectividad. Se requieren investigaciones más robustas, con mayor diversidad clínica y cultural, seguimiento a largo plazo y criterios de intervención más comparables, antes de recomendar su incorporación amplia en la práctica clínica.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores del presente artículo declaran que este estudio fue realizado en ausencia de cualquier tipo de financiación que pudiese generar un conflicto de interés.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente artículo no dispone de una fuente de financiamiento.

REFERENCIAS

Acevedo, F., Delgado, C., & Farías, G. (2021). Estrategias no farmacológicas en personas con Demencia Avanzada: reporte de un caso. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 368-374. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400368>

Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International psychogeriatrics*, 29(11), 1785-1800. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001429>

Alzheimer's Association. (2025). 2025 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 21(4), e70235. <https://doi.org/10.1002/alz.70235>

Banovic, S., Zunic, L. J., & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia socio-medica*, 30(3), 221-224. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224>

Burton, B., Shrubsole, K., Manchha, A., King, M., & Wallace, S. J. (2025). Communication partner training for aged-care workers: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 60(2), e70016. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70016>

Clay, P., Beeke, S., Volkmer, A., Dangerfield, L., & Bloch, S. (2023). A Communication Partner Training Program Delivered via Telehealth for People Living With Parkinson's (Better Conversations With Parkinson's): Protocol for a Feasibility Study. *JMIR research protocols*, 12, e41416. <https://doi.org/10.2196/41416>

Cohen-Mansfield, J. (2025). The association between loneliness, social isolation and dementia – What does it mean?. *International Psychogeriatrics*, 37(2), 100003. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2024.100003>

Conca, F., Esposito, V., Giusto, G., Cappa, S. F., & Catricalà, E. (2022). Characterization of the logopenic variant of Primary Progressive Aphasia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 82, 101760. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101760>

Davies, K., & Howe, T. (2020). Experiences of Living With Primary Progressive Aphasia: A Scoping Review of Qualitative Studies. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 35, 1533317519886218. <https://doi.org/10.1177/1533317519886218>

Dening, T., & Sandilyan, M. B. (2015). Dementia: definitions and types. *Nursing standard*, 29(37), 37-42. <https://doi.org/10.7748/ns.29.37.37.e9405>

De Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25(4), 30-37. <https://doi.org/10.7748/nop2013.05.25.4.30.e429>

Donoso, A., Arecheta, P., & González, R. (2009). Lenguaje oral en demencias frontotemporales: Experiencia personal y revisión del tema. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(2), 114-123. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200003>

Dooley, S., & Walshe, M. (2018). Management of cognitive communication difficulties in dementia: a cross-sectional survey of speech & language therapists in Ireland. Sin publicar. Dublin: Trinity College Dublin.

Dooley, S., Furey, S., O'Hanlon, S., & Walshe, M. (2024). Conversation coaching in dementia: a feasibility study. *European geriatric medicine*, 15(1), 209–216. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00908-5>

Dooley, S., Hopper, T., Doyle, R., Gilheaney, O., & Walshe, M. (2025). Profiling Communication Ability in Dementia: Validation of a new cognitive-communication assessment tool. *International journal of language & communication disorders*, 60(1), e13153. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13153>

Eggen, L., & Thuesen, J. (2022). Goals and Action Plans Across Time and Place-A Qualitative Study Exploring the Importance of “Context” in Person-Centered Rehabilitation. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 3, 788080. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.788080>

Folder, N., Power, E., Rietdijk, R., Christensen, I., Togher, L., & Parker, D. (2024). The Effectiveness and Characteristics of Communication Partner Training Programs for Families of People With Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 64(4). <https://doi.org/10.1093/geront/gnad095>

Geraudie, A., Battista, P., García, A. M., Allen, I. E., Miller, Z. A., Gorno-Tempini, M. L., & Montembeault, M. (2021). Speech and language impairments in behavioral variant frontotemporal dementia: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 131, 1076–1095. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.015>

Gianfredi, V., Nucci, D., Pennisi, F., Maggi, S., Veronese, N., & Soysal, P. (2025). Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 125. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03021-8>

González, R., Rojas, M., Rosselli, M., & Ardila, A. (2022). Linguistic profiles of variants of primary progressive aphasia. *Journal of communication disorders*, 97, 106202. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106202>

Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006–1014. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6>

Hartigan, I., Park, G., Timmons, S., Foley, T., Jennings, A., Cornally, N., & Müller, N. (2019). *Dementia and loneliness: Policy position paper*. The Alzheimer Society of Ireland.

Hockley, A., Moll, D., Littlejohns, J., Collett, Z., & Henshall, C. (2025). Access to communication support for community-dwelling people with dementia: A mixed methods study exploring local perspectives within the United Kingdom context. *Age and Ageing*, 54(6), afaf150. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf150>

Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018*. Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

Kagan, A., Black, S. E., Duchan, F. J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). *Training volunteers as conversation partners using “Supported Conversation for Adults with Aphasia” (SCA): A controlled trial*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624–638. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/051\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/051))

Kemper, S., & Altmann, L. (2009). Dementia and Language. *Encyclopedia of Neuroscience*, 409-414. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.01884-8>

Kempler, D., & Goral, M. (2008). Language and Dementia: Neuropsychological Aspects. *Annual review of applied linguistics*, 28, 73–90. <https://doi.org/10.1017/S0267190508080045>

Klaassen, G., Werlinger, E., Contreras, L., González, A., Vera, A., Juica, S., & Fuentealba, M. (2021). Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 361-367. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400361>

Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J., & Kuca, K. (2015). Alzheimer’s disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical interventions in aging*, 10, 1401–1407. <https://doi.org/10.2147/CIA.S89714>

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). *Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities*. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141–2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).

Macoir, J. (2024). Language Impairment in Vascular Dementia: A Clinical Review. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 37(2), 87–95. <https://doi.org/10.1177/08919887231195225>

Marshall, C. R., Hardy, C. J. D., Volkmer, A., Russell, L. L., Bond, R. L., Fletcher, P. D., Clark, C. N., Mummery, C. J., Schott, J. M., Rossor, M. N., Fox, N. C., Crutch, S. J., Rohrer, J. D., & Warren, J. D. (2018). Primary progressive aphasia: a clinical approach. *Journal of neurology*, 265(6), 1474–1490. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8762-6>

Mc Menamin, R., Tierney, E., & Mac Farlane, A. (2015). Addressing the long-term impacts of aphasia: how far does the Conversation Partner Programme go? *Aphasiology*, 29(8), 889–913. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1004155>

McKenzie, C., Smith-Tamaray, M., Conway, E., & Flanagan, K. (2024). “Time is a Big Factor”: Aged-Care Workforce Perspectives on Communication Partner Training for Working With Residents With Dementia. *Journal of Applied Gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 43(12), 1824-1834. <https://doi.org/10.1177/07334648241255080>

Meade, G., Machulda, M., Clark, M., Duffy, J. R., Botha, H., Whitwell, J. L., Josephs, K. A., & Utianski, R. L. (2024). Identifying and addressing functional communication challenges in patients with behavioral variant frontotemporal dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 33(4), 1573–1589. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-23-00346

Morris, L., Horne, M., McEvoy, P., & Williamson, T. (2018). Communication training interventions for family and professional carers of people living with dementia: a systematic review of effectiveness, acceptability and conceptual basis. *Aging & mental health*, 22(7), 863–880. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399343>

Morris, L., Innes, A., Smith, E., Williamson, T., & McEvoy, P. (2021). A feasibility study of the impact of a communication-skills course, ‘Empowered Conversations’, for care partners of people living with dementia. *Dementia (London, England)*, 20(8), 2838–2850. <https://doi.org/10.1177/14713012211018929>

Niccoli, T., & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor for disease. *Current biology: CB*, 22(17), 741–752. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.07.024>

Olivares-Matus, C., Matus-Rosas, P., Barahona-Fuentes, F., Bravo-Guerrero, F., Gálvez-Orellana, N., & Valdebenito-Medel, J. (2025). Determinación de las habilidades de compañeros de comunicación y características ambientales y emocionales que promueven una comunicación efectiva en personas con afasia. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 24, 1–24. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2025.73994>

Olthof-Nefkens, M. W. L. J., Derksen, E. W. C., Debets, F., de Swart, B. J. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Kalf, J. G. (2023). Com-mens: a home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers - a single-group mixed-methods pilot study. *International journal of language & communication disorders*, 58(3), 704–722. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12811>

Ortiz, G., González-Usigli, H., Nava-Escobar, E. R., Ramírez-Jirano, J., Mireles-Ramírez, M. A., Orozco-Barajas, M., Becerra-Solano, L., & Sánchez-González, V. (2025). Primary Progressive Aphasias: Diagnosis and Treatment. *Brain Sciences*, 15(3), 245. <https://doi.org/10.3390/brainsci15030245>

O’Rourke, A., Power, E., O’Halloran, R., & Rietdijk, R. (2018). Common and distinct components of communication partner training programmes in stroke, traumatic brain injury and dementia. *International journal of language & communication disorders*, 53(6), 1150–1168. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12428>

Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2023). Global aging and health determinants in a changing world. In Oliveira, P. & Malva, J. (Ed), *Aging* (pp. 3-30). Academic Press.

Palmer, R., Hilari, K., Magdalani, C., Coster, J., Beeke, S., Gibbs, E., Witts, H., Sudworth, K., Jagoe, C., & Cruice, M. (2025). Aphasia partnership training: What outcomes do people with aphasia, family members and speech and language therapists expect?”. *International journal of language & communication disorders*, 60(2), e70015. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70015>

Perkins, L., Felstead, C., Stott, J., & Spector, A. (2022). Communication training programmes for informal caregivers of people living with dementia: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 31(19-20), 2737–2753. <https://doi.org/10.1111/jocn.16175>

Rogalski, E., Bona, M., Esparza, M., Fegter, O., Schafer, R., Mooney, A., Fried-Oken, M., Rademaker, A., & Roberts, A. (2025). Efficacy of Communication Bridge-2 for primary progressive aphasia: A randomized controlled trial of communication intervention. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(3), e70088. <https://doi.org/10.1002/alz.70088>

Rogalski, E., Roberts, A., Salley, E., Saxon, M., Fought, A., Esparza, M., Blaze, E., Coventry, C., Mesulam, M. M., Weintraub, S., Mooney, A., Khayum, B., & Rademaker, A. (2022). Communication Partner Engagement: A Relevant Factor for Functional Outcomes in Speech-Language Therapy for Aphasic Dementia. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 77(6), 1017–1025. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab165>

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>

Schaffer, K., & Henry, M. (2021). Counseling and care partner training in primary progressive aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(4), 1015–1025. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00296

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

Small, J. A., Geldart, K., & Gutman, G. (2000). Communication between individuals with dementia and their caregivers during activities of daily living. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 15(5), 291–302. <https://doi.org/10.1177/153331750001500511>

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., ... 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>

Valles, B. (2009). Intercambios comunicativos en la afasia y en la demencia: un estudio comparativo del uso de las reparaciones conversacionales. *Letras*, 51(78), 249–273.

Volkmer, A., Farrington-Douglas, C., Crutch, S., Beeke, S., Warren, J., & Yong, K. (2022). Better conversations: a language and communication intervention for aphasia in posterior cortical atrophy. *Neurocase*, 28(4), 356–363. <https://doi.org/10.1080/13554794.2022.2125326>

Volkmer, A., Walton, H., Swinburn, K., Spector, A., Warren, J. D., & Beeke, S. (2023). Results from a randomised controlled pilot study of the Better Conversations with Primary Progressive Aphasia (BCPPA) communication partner training program for people with PPA and their communication partners. *Pilot and feasibility studies*, 9(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01301-6>

Wahl, D., Solon-Biet, S. M., Cogger, V. C., Fontana, L., Simpson, S. J., Le Couteur, D. G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiology of disease*, 130, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2019.104481>

Williams, T. (2024). Dementia: Understanding, diagnosis, and management. *Journal of Multiple Sclerosis*, 11(4), 001–002.

Winsnes, I., Norvik, M., & Volkmer, A. (2025). Adaptation of Better Conversations with Primary Progressive Aphasia to Norwegian. *Brain Sciences*, 15(9), 994. <https://doi.org/10.3390/brainsci15090994>

Psicoeducación parental en el TDAH adolescente: Revisión comparativa de guías clínicas y desarrollo de una estrategia basada en evidencia

Camila Meza Villarroel¹, Sandra Meza Cavazos², Alvaro Aliaga Moore³

Correspondencia:

Álvaro Aliaga Moore

alvaro.aliagam@mail.udp.cl

RECIBIDO: 10 DE ABRIL 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

El trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) en la adolescencia genera desafíos significativos para las familias, especialmente en el manejo de conductas, organización académica y regulación emocional. La psicoeducación dirigida a familias constituye un elemento relevante dentro del abordaje multimodal del trastorno, ya que favorece la comprensión de los síntomas, reduce el estrés parental y promueve estrategias de manejo conductual. Desarrollar una estrategia psicoeducativa dirigida a madres, padres y cuidadores de adolescentes con TDAH basada en evidencia científica, orientada a la comprensión del trastorno y a la mejora del funcionamiento familiar y social. Se realizó una revisión de literatura científica sobre el TDAH en la adolescencia y la psicoeducación parental, identificando estrategias de intervención y recomendaciones utilizadas en programas de apoyo familiar evaluados mediante criterios de elegibilidad y de calidad de evidencia utilizando el sistema GRADE. Tras el análisis comparativo se diseñó una guía psicoeducativa a partir de sus componentes en común que integra información sobre el trastorno, estrategias de intervención y herramientas prácticas para el manejo del TDAH. Los hallazgos evidencian una limitada integración de las necesidades de la adolescencia, por lo que la propuesta busca aportar una herramienta accesible y basada en evidencia para el apoyo familiar.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), psicoeducación, adolescencia, entrenamiento parental, intervención familiar.

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adolescence presents significant challenges for families, particularly in managing behavior, academic organization, and emotional regulation. Psychoeducation for families is a key component of a multimodal approach to the disorder, as it fosters understanding of the symptoms, reduces parental stress, and promotes behavioral management strategies. To develop a scientifically evidence-based psychoeducational strategy for mothers, fathers, and caregivers of adolescents with ADHD, aimed at understanding the disorder and improving family and social functioning. A review of the scientific literature on ADHD in adolescence and parental psychoeducation was conducted, identifying intervention strategies and recommendations used in family support programs. These were evaluated using eligibility criteria and evidence quality criteria via the GRADE system. Following the comparative analysis, a psychoeducational guide was designed based on their common components, integrating information about the disorder, intervention strategies, and practical tools for managing ADHD. The findings indicate limited consideration of adolescent-specific needs; therefore, this proposal aims to provide an evidence-based tool for family support.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), psychoeducation, adolescence, parental training, family intervention.

¹ Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Escuela de Psicología, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.

³ Unidad de Neuropsicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los diagnósticos más frecuentes entre niños, niñas y adolescentes, el cual se caracteriza por un patrón constante de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere en el funcionamiento diario o en el desarrollo del niño/a o adolescente (Polanczyk et al., 2007). Este cuadro tiene tres presentaciones clínicas, en el que: 1) predomina la falta de atención, 2) predomina la hiperactividad e impulsividad y 3) combinada, es decir, presenta criterios de inatención incluyendo los criterios de hiperactividad-impulsividad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

La prevalencia global estimada del TDAH es del 5% en niños y niñas, mientras que en adultos es de un 2.5% (APA, 2014). En Europa, se estima que su ocurrencia varía entre el 2.5% y el 4.4% en la población adulta (Kooij et al., 2019). Datos más recientes sugieren una prevalencia superior, situando el TDAH en alrededor del 7.6% de la población infantil, mientras que la cifra alcanza un 5.6% en adolescentes entre 12 y 18 años (Salari et al., 2023). Este aumento puede atribuirse a la evolución de la metodología diagnóstica que actualmente se utiliza (Salari et al., 2023). En Latinoamérica, la evidencia epidemiológica con instrumentos estandarizados es más escasa (Miranda-Castillo et al., 2026), un estudio realizado en cuatro provincias de Chile con una muestra de 1.558 niños, niñas y adolescentes reportó una prevalencia del 10% sin diferencias significativas por sexo (De la Barra et al., 2012). Estudios más recientes en escolares chilenos según datos entregados por el Ministerio de Educación han estimado una prevalencia general del 3.43%, con una variación comunal entre el 1.88% y 6.84% (Gatica-Ferrero & Rössner-Mejías, 2025), lo que destaca la necesidad de contar con estudios epidemiológicos estandarizados sobre TDAH en la región. Ahora bien, la prevalencia del TDAH es diferente según el género, ya que revisiones sistemáticas indican que existe un sesgo al momento de diagnosticar el TDAH en niñas y mujeres adolescentes debido a la predominante manifestación inatenta que suele pasar desapercibida, al contrario de la manifestación hiperactiva en varones que suele ser notoriamente disruptiva (Antoniou et al.,

2021). Esto sugiere la presencia de un infradiagnóstico en mujeres (Rodríguez-Ramos, 2025). Además, el TDAH presenta altas tasas de comorbilidad con trastornos de la conducta, trastorno del espectro autista, trastorno específico del aprendizaje, ansiedad y depresión mayor, lo que incrementa su impacto funcional (APA, 2014; Barkley, 2006).

El TDAH genera un impacto funcional amplio que compromete el rendimiento académico, la regulación emocional, la organización cotidiana y las relaciones sociales (Barkley, 2006; Barkley, 2011). Las dificultades en planificación y memoria de trabajo afectan el desempeño escolar y la gestión de rutinas, mientras que la impulsividad y los problemas de autorregulación favorecen conflictos interpersonales y baja autoestima (Barkley, 2006; Barkley, 2011). Desde el modelo de Barkley (2011), el trastorno no solo implica inatención, sino una alteración en la capacidad de anticipar y organizar la conducta en función de metas futuras.

La adolescencia representa una de las etapas más desafiantes para los y las jóvenes con TDAH, debido a la convergencia de cambios internos y al aumento de exigencias sociales. En este sentido, la pubertad naturalmente involucra cambios físicos, una reevaluación de la identidad y la autoimagen, mientras que el entorno exige una conducta más independiente y responsable, sobre todo en lo académico y social, la gestión de las amistades, citas, la aceptación de pares y expectativas sobre el o la adolescente (Barkley, 2006). A esto se le suma que los adolescentes con TDAH pueden manifestar impedimentos sociales significativos debido a algunos comportamientos tales como dificultades para mantener o esperar turnos de conversación o la tendencia a responder antes de que se complete una pregunta (Martínez Martínez, 2024). Estos comportamientos pueden provocar que los y las demás (incluidos los pares) reaccionen con aversión, rechazo y críticas, lo que interfiere con la capacidad de mantener interacciones sociales recíprocas y eficientes (Spender et al., 2023). Diversos estudios demuestran que adolescentes con TDAH presentan dificultades significativas en las habilidades sociales, las cuales pueden perdurar hasta la adultez. El estudio de Milwaukee sobre el seguimiento de la hiperactividad en

la infancia hasta la adultez encontró que personas con TDAH reportaron consistentemente un menor número de amistades íntimas y mayores dificultades para mantener amistades estables (Barkley, 2006). Además, se ha observado una mayor inestabilidad en las relaciones de pareja, posiblemente vinculada a la alta comorbilidad del TDAH con problemas conductuales y emocionales como la desregulación emocional, que suele presentarse como una reactividad aumentada o reducida, falta de conciencia emocional e incluso a través de una expresión emocional intensa (Rowney-Smith et al., 2026). Según menciona Roney-Smith et al. (2026), se considera que la desregulación emocional puede ser un elemento clave ante los problemas psicosociales que enfrentan frecuentemente las personas con TDAH. Por ello, el desarrollo de la competencia social, específicamente en el fortalecimiento de la asertividad y de las habilidades sociales, constituye un eje importante en la intervención, con el fin de mitigar el impacto funcional del TDAH en la vida adulta y fomentar relaciones más estables y satisfactorias.

Por otro lado, el impacto de las consecuencias del TDAH en adolescentes también se extiende al sistema familiar, en el que la severidad del cuadro se asocia con un mayor estrés parental, deterioro en la calidad de vida y aumento de las dinámicas disfuncionales (Barkley, 2015; Peñuelas-Calvo et al., 2021). En esta línea, el programa Family Training de Barkley (2015) señala que las dificultades propias del TDAH pueden interferir en el progreso adecuado de los hitos propios de la adolescencia, como la búsqueda de autonomía y adquisición de nuevas responsabilidades. Esto puede desembocar en consecuencias importantes para el o la adolescente como fracaso escolar, aislamiento social o disminución de la autoestima en el área personal. Mientras que en la esfera familiar, las consecuencias pueden abarcar un aumento de conflictos familiares frente al incumplimiento de normas. Estas tensiones pueden dar lugar a un intercambio coercitivo en el que tanto madres, padres como hijos e hijas reaccionan desde la frustración, perpetuando un ambiente poco favorable para el desarrollo.

El abordaje del TDAH requiere un enfoque multimodal, que combine intervenciones farmacológicas

y no farmacológicas (Kooij et al., 2019). Dentro de estas últimas, la psicoeducación dirigida a madres, padres y cuidadores se posiciona como un componente fundamental, al mejorar la comprensión del trastorno, reducir creencias disfuncionales, disminuir el estrés parental y favorecer la adherencia terapéutica (Bai et al., 2015). La psicoeducación en el TDAH trabaja como una intervención terapéutica que une la psicología y la educación, con el fin de promover la calidad de vida del paciente y de su entorno abarcando aspectos tanto emocionales como sociales (Syed et al., 2024). Al proporcionar herramientas concretas para la regulación conductual y emocional, la psicoeducación transforma el entorno familiar en un contexto más estructurado y empático, favoreciendo la autonomía progresiva en la adolescencia (Zwi et al., 2011).

A pesar del reconocimiento de la psicoeducación parental como un componente central del abordaje multimodal del TDAH, la literatura evidencia una considerable heterogeneidad en los contenidos, formatos y fundamentos teóricos de las intervenciones dirigidas específicamente a familias de adolescentes. Asimismo, persiste una limitada integración entre los modelos neuropsicológicos del trastorno, las demandas evolutivas propias de la adolescencia y las estrategias concretas de apoyo familiar. Esta dispersión dificulta la sistematización de componentes esenciales y la elaboración de propuestas estructuradas basadas en evidencia. En consecuencia, resulta necesario analizar comparativamente las guías existentes y desarrollar una estrategia psicoeducativa coherente y fundamentada que responda de manera específica a las necesidades de las familias de adolescentes con TDAH.

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio busca desarrollar una estrategia psicoeducativa dirigida a padres, madres y cuidadores de adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), fundamentada en la evidencia empírica disponible, orientada al manejo de la sintomatología y a la mejora del funcionamiento familiar y social en el contexto de familias hispanohablantes. Para lograr este objetivo, se trazaron cuatro objetivos específicos: 1) identificar y sistematizar las guías, manuales y programas psicoeducativos dirigidos

a familias de adolescentes con TDAH, 2) analizar comparativamente las guías y programas identificados, 3) diseñar y estructurar una nueva guía psicoeducativa basada en evidencia, que integre contenidos informativos, estrategias prácticas y herramientas aplicables al contexto familiar y 4) adaptar el contenido resultante al contexto lingüístico y cultural de las familias hispanohablantes.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio que busca realizar una revisión y análisis de la literatura sobre guías clínicas para familias de adolescentes que tienen TDAH, con el propósito de elaborar material psicoeducativo adaptado a la población hispanoparlante. Cabe precisar que las guías clínicas utilizadas como fuente principal, fueron desarrolladas principalmente en países de altos ingresos, por lo que la adaptación al contexto hispanohablante que se propone en este trabajo constituye una primera aproximación general, donde su aplicabilidad a subgrupos culturales dentro de Latinoamérica requerirá de estudios de validación cultural posteriores. Para responder a este objetivo, este trabajo está organizado en tres fases secuenciales: (I) búsqueda y selección de los estudios, (II) análisis descriptivo-comparativo de contenidos observados en las guías clínicas, y (III) confección de la guía psicoeducativa. El proceso metodológico señalado tuvo como propósito asegurar la transferencia del conocimiento empírico hacia un producto aplicable en el contexto familiar.

Búsqueda y selección de los estudios

Esta fase incluye tres procesos: la estrategia de búsqueda, los criterios de elegibilidad y la calificación de la evidencia. La estrategia de búsqueda siguió los lineamientos de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que consistió en

una búsqueda bibliográfica sistematizada en bases de datos Google Scholar y PubMed, seleccionadas por su complementariedad metodológica: PubMed facilita la recuperación de literatura clínica indexada y de alto rigor en salud mental, mientras que Google Scholar amplía la cobertura hacia literatura gris frecuentemente ausente en bases biomédicas (Haddaway et al., 2015). En conjunto, ambas plataformas han demostrado cubrir entre un 85% y un 98% de la literatura en ciencias de la salud, superando la cobertura que brinda PubMed de forma única (Teo & Ling, 2020). Se excluyeron bases de datos adicionales por razones de factibilidad dado el volumen ya elevado de registros obtenidos y la naturaleza del material buscado. El objetivo de este proceso fue identificar guías de práctica clínica, manuales de intervención, programas de entrenamiento parental y recursos psicoeducativos orientados al manejo del TDAH en adolescentes.

Adicionalmente, se incorporaron documentos provenientes de literatura gris, incluyendo guías institucionales y manuales clínicos disponibles públicamente. Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones de los siguientes descriptores en inglés y español: *ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, hyperkinesis, inattention, impulsivity, parent guide, psychoeducation, training manual, toolkit, guía para padres, psicoeducación, manual de entrenamiento*, combinando los descriptores mediante los operadores booleanos AND y OR, siguiendo las recomendaciones de reporte de la extensión PRISMA para estrategias de búsqueda (Rethlefsen et al., 2021). La búsqueda se realizó utilizando los descriptores señalados en todos los campos disponibles de cada plataforma, sin restringirse exclusivamente a título y resumen, lo que permitió una cobertura más amplia de los registros indexados en cada base de datos. Este procedimiento permitió la identificación de 3,182 artículos; además, se agregaron seis documentos de literatura gris. Se eliminaron todos los artículos que estuvieron duplicados y no atingentes a los objetivos de este estudio (ver figura 1).

El presente estudio no contó con un protocolo de investigación registrado previamente, lo cual se reconoce

como una limitación que restringe la replicabilidad exacta del proceso de búsqueda y selección descrito.

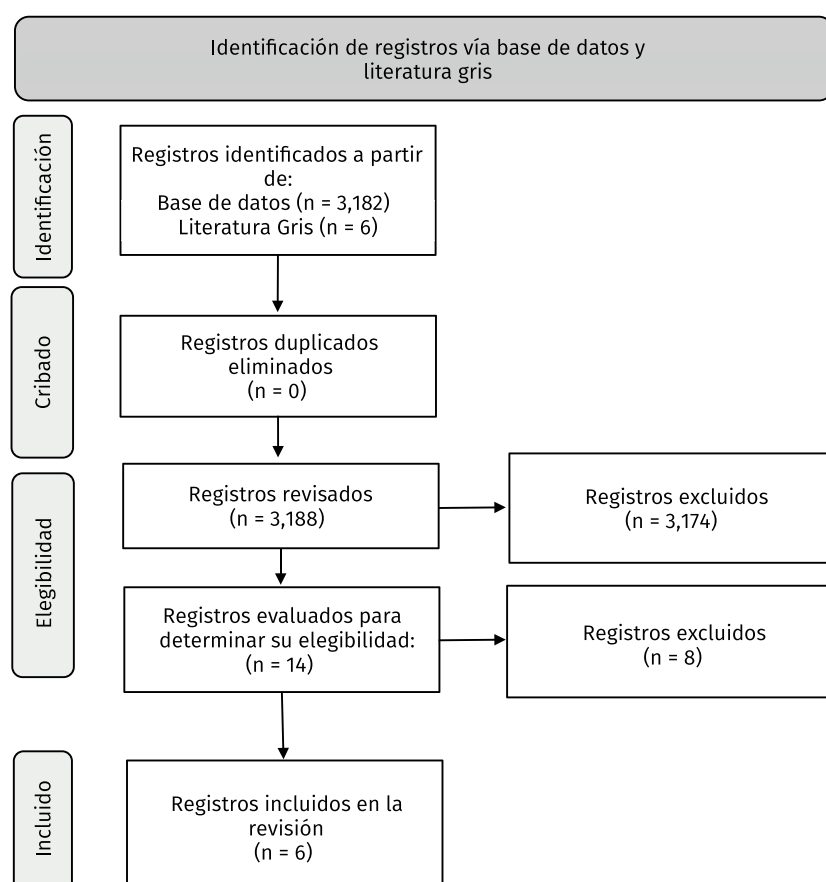
Criterios de elegibilidad

Respecto a los criterios de elegibilidad de los estudios, se consideraron: i) documentos publicados entre los años 2005 y 2025, ii) publicaciones en español o inglés, iii) guías, manuales o programas cuyo público objetivo fuera específicamente madres, padres o cuidadores de adolescentes con TDAH de edades entre 12 y 21 años, iv) intervenciones cuyo contenido fuera dirigido al entendimiento y aplicación al menos a uno de los padres, v) materiales que incorporan estrategias prácticas de manejo conductual, emocional o familiar. Por otro lado, se descartaron documentos

centrados exclusivamente en tratamiento farmacológico, protocolos dirigidos únicamente a infancia temprana, publicaciones predominantemente teóricas sin herramientas prácticas, materiales con barreras de acceso o fragmentación que impidiera su evaluación completa. Tras la aplicación de estos criterios, se seleccionaron catorce guías clínicas para el proceso de extracción de la información y posterior análisis. Toda la información fue recolectada por un investigador (CM) y revisada por un segundo (AA). Cabe señalar que la extracción de información fue realizada por un único investigador, lo que contribuye a una fuente potencial de sesgo de selección. Las guías aprobadas fueron las ingresadas posteriormente al proceso de calificación GRADE.

Figura 1.

Proceso de búsqueda de registros.



Nota: Elaboración propia.

Evaluación de la calidad

Finalmente, para realizar la evaluación sobre la calidad de la evidencia, las guías seleccionadas fueron evaluadas mediante el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), el cual fue seleccionado por su enfoque en la certeza de la evidencia que respalda recomendaciones específicas, lo que resultó pertinente para el propósito de la construcción de una nueva guía psicoeducativa basada en el nivel de evidencia de cada recomendación individual más que en evaluar el proceso editorial de las guías fuente. Su objetivo principal es estimar la certeza de la evidencia que respalda sus recomendaciones (Schünemann et al., 2013). El sistema GRADE distingue entre: Certeza de la evidencia, que refleja el grado de confianza en la estimación de los efectos y Fuerza de la recomendación, que considera el balance entre beneficios, riesgos y valores. El proceso incluyó la formulación de preguntas estructuradas bajo el modelo PICO (Población, Intervención, Comparación y Outcome), permitiendo analizar de manera sistemática las recomendaciones contenidas en cada guía. Finalmente, este sistema de calificación permite calificar la evidencia en cuatro niveles: Alta, Moderada, Baja y Muy Baja. La calificación de la evidencia fue realizada por un investigador (CM), y posteriormente fue revisada por el segundo (AA). Los desacuerdos en la calificación fueron resueltos mediante discusión conjunta hasta alcanzar consenso. Este análisis fue optimizado mediante el uso de la herramienta NotebookLM, a la cual se cargaron los documentos completos en su formato original de las catorce guías seleccionadas. Lo anterior, permitió evaluar con mayor precisión la solidez de las recomendaciones presentadas. El resultado de esta evaluación permitió excluir ocho documentos que si bien constituían materiales de apoyo psicoeducativo relevantes para familias, no cumplían con los requisitos metodológicos necesarios para ser calificados por el sistema GRADE (Tabla 1). Entre las principales razones se encuentran la ausencia de una revisión sistemática de la literatura propia, falta de formulación de preguntas PICO y una estructura de consejo clínico, divulgación

o material de apoyo en vez de una guía de práctica clínica normativa.

Análisis de datos

El proceso de análisis y organización de los contenidos incluyó: a) extracción de la información contenida en cada una de las guías, registro de la información en una base de datos, que posteriormente fue analizada mediante un marco de análisis de conceptos que permite especificar tanto definiciones teóricas como operacionales para su utilización en la teoría y la investigación (Walker & Avant, 2011). b) comparación sistemática de los fundamentos teóricos, organización modular, estilo comunicativo, herramientas prácticas y estrategias de implementación, c) identificación de componentes comunes y elementos diferenciadores, d) adaptación específica de los contenidos al contexto evolutivo de la adolescencia, considerando las demandas propias de esta etapa (autonomía, regulación emocional, negociación de normas).

Finalmente, el proceso de análisis dio paso a la confección de una guía psicoeducativa. Esta etapa consistió en la integración de los componentes mejor evaluados de las herramientas analizadas en etapas previas. El diseño prioriza claridad, aplicabilidad práctica y coherencia con los fundamentos neuropsicológicos del TDAH en la adolescencia.

Resultados

Tras la aplicación del sistema GRADE para evaluar la calidad de la evidencia, se seleccionaron seis guías que cumplieron con niveles de certeza moderada y alta, descartando aquellas con evidencia baja o muy baja (ver Tabla 1). A partir del proceso de evaluación, se seleccionaron las siguientes guías: NICE (2019), AAP (Wolraich et al., 2019), Australian ADHD Guideline Development Group (AADPA, 2022), GPC (GPC TDAH España, 2010), CADTH (2011) y SASOP (Belsham et al., 2025).

Tabla 1.

Evaluación de las guías de acuerdo con los criterios GRADE.

Guía	País	Evaluación según Criterios GRADE respecto a la calidad de evidencia	Observaciones
1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2019)	Reino Unido	Alta	Presenta una alta rigurosidad metodológica y transparencia en sus recomendaciones fundamentadas en manuales técnicos precisos.
2. American Academy of Pediatrics (AAP) (Wolraich et al., 2019)	Estados Unidos	Alta	Destaca por su enfoque en medicina personalizada e integra formalmente el asentimiento del adolescente en el proceso de toma de decisiones.
3. Australian ADHD Professionals Association (AADPA) (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022)	Australia	Alta	Evidencia un bajo riesgo de sesgo y un manejo óptimo de la inconsistencia. Basa sus conclusiones en el análisis de 14 revisiones sistemáticas.
4. Guía de práctica clínica sobre el TDAH (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes [GPC TDAH España], 2010)	España	Moderada	Aunque posee recomendaciones fuertes basadas en evidencia de calidad, su calificación se ve afectada por una posible obsolescencia técnica dada su fecha de publicación.
5. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH, 2011)	Canadá	Moderada	Posee una alta calidad técnica en su elaboración; sin embargo, emite recomendaciones a partir de la evaluación de otros documentos y no de pacientes directos.
6. South African Society of Psychiatrists (SASOP) (Belsham et al., 2025)	Sudáfrica	Moderada	Genera evidencia indirecta, ya que utiliza guías internacionales (NICE/ CADDRA) como fuente primaria en lugar de producir evidencia propia.
7. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA, 2018)	Canadá	Baja	A pesar de su utilidad clínica en algoritmos de manejo, carece de una búsqueda bibliográfica sistemática y criterios de selección explícitos, limitando su solidez científica

8. Manual para padres de niños con TDAH (Scandar, s. f.)	Argentina	No aplica	Es un material de psicoeducación. Aunque está escrito por un experto y se basa en teorías científicas, su estructura es de consejo clínico y guía para el hogar, no una revisión sistemática de literatura médica con niveles de certeza.
9. Takeda Pharmaceutical Company (Takeda Pharmaceuticals Australia, 2020)	Australia	No aplica	Recursos de apoyo orientados a la educación familiar y del paciente. Carecen de una estructura de revisión sistemática o formulación de preguntas PICO, requisitos indispensables para la calificación GRADE.
10. Leadership Education in Neurodevelopmental and Related Disabilities (LEND) (Danko, 2023)	Estados Unidos	No aplica	El propósito es la navegación del sistema de salud y la entrega de consejos conductuales prácticos ("tips"), no la creación de estándares de medicina basada en la evidencia.
11. Boston Children's Hospital (Fogler & Stein, s. f.)	Estados Unidos	No aplica	Es una lista de "tips" o consejos prácticos conductuales. No es una guía clínica normativa, sino un material de apoyo para la terapia de comportamiento en el hogar.
12. Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional (Espina & Ortego, 2006)	España	No aplica	Es un texto académico/clínico descriptivo. Explica modelos, diagnósticos y comorbilidades, pero no utiliza un sistema de calificación de la fuerza de recomendación como lo hacen NICE o AADPA.
13. Fundación FAROS Hospital Sant Joan de Deu (Dolz et al., 2021)	España	No aplica	Es un cuaderno de divulgación de salud mental. Su objetivo es "una mirada a la salud mental de los adolescentes", enfocándose en la comprensión y el acompañamiento, no en la creación de estándares de medicina basada en evidencia.

14. Fondation Elisabeth
d’Ornano (Association Elisabeth
d’Ornano, s. f.) España No aplica

Es un material psicoeducativo para familias y no una guía clínica; carece de una revisión sistemática de literatura, no define preguntas PICO ni asigna niveles de certeza de evidencia técnica, requisitos indispensables según el manual GRADEpro para validar recomendaciones científicas.

Nota: Elaboración propia.

Análisis comparativo de las guías clínicas conceptuales, criterios diagnósticos y recomendaciones de intervención para el TDAH en la adolescencia (ver Tabla 2).

Al analizar los seis documentos seleccionados, se observa un consenso respecto a los fundamentos

Tabla 2.
Tabla resumen de elementos en común entre guías clínicas sobre TDAH.

Contenido	NICE (NICE, 2019))	AAP (Wolraich et al., 2019)	AADPA (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022)	GPC TDAH (GPC TDAH España, 2010)	CADTH (CADTH, 2011)	SASOP (Belsham et al., 2025)
Descripción del TDAH	X	X	X	X	X	X
Criterios diagnósticos (DSM / CIE)	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico clínico (sin pruebas de laboratorio o imagen confirmatorias)	X	X	X	X		X

Contenido	NICE (NICE, 2019))	AAP (Wolraich et al., 2019)	AADPA (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022)	GPC TDAH (GPC TDAH España, 2010)	CADTH (CADTH, 2011)	SASOP (Belsham et al., 2025)
Persistencia de síntomas ≥ 6 meses y deterioro funcional	X	X	X	X	X	X
Presencia de síntomas en dos o más contextos	X	X	X	X		X
Evaluación de comorbilidades	X	X	X	X	X	X
Uso de informantes múltiples	X	X	X	X		X
Farmacoterapia	X	X	X	X	X	X
Entrenamiento parental y familiar	X	X	X	X	X	X
Intervenciones y apoyos escolares	X	X	X	X	X	X
Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)	X	X	X	X		X
Psicoeducación	X	X	X	X	X	X
Estilo de vida saludable	X	X	X	X	X	X

Nota: Elaboración propia.

Descripción del TDAH: El TDAH se define de manera unánime como un trastorno del neurodesarrollo de curso crónico, caracterizado por una triada persistente de síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad. Además, reconocen un origen biológico del trastorno, con una heredabilidad que fluctúa entre el 70% y el 80%.

Criterios diagnósticos: Todas las guías seleccionadas validan el diagnóstico basándose en criterios internacionales estandarizados basados en el DSM-IV-TR o DSM-5 de la APA o la CIE-10 o CIE-11 de la OMS. Generalmente se requiere la presencia de al menos 5 de 9 síntomas en adolescentes mayores y adultos para poder realizar el diagnóstico. Además, destacan que el diagnóstico debe ser realizado por clínicos con entrenamiento específico en TDAH y trastornos del neurodesarrollo.

Diagnóstico clínico: Coinciden en que el diagnóstico debe ser exclusivamente clínico, basado en la historia del desarrollo y la observación directa. Además, refieren que no existen pruebas de laboratorio, de imagen o genéticas que por sí solas confirmen el trastorno. Destacan que estas técnicas solo se utilizan para descartar otras causas de la sintomatología. De igual manera, coinciden en que la sintomatología debe haber persistido por al menos 6 meses y causar un deterioro funcional moderado a grave. Adicionalmente, refieren que estas dificultades deben estar presentes en dos o más entornos importantes como el hogar, escuela y trabajo, incluyendo lo psicosocial y funcional del paciente.

Evaluación de comorbilidades: Las guías reconocen que hay condiciones que coexisten con el TDAH como la ansiedad, depresión, problemas de aprendizaje, autismo, tics o trastornos de la conducta. Refieren también que estas comorbilidades pueden alterar de manera significativa el plan de apoyo y pronóstico.

Uso de informantes múltiples: Las guías identifican que el proceso de generación de hipótesis diagnóstica y de creación de intervenciones útiles requiere de recolectar información de diversas fuentes tales como el paciente, las familias, personas cuidadoras y fundamentalmente, profesorado o personal escolar según corresponda. Esto con el objetivo de cruzar

información y confirmar la influencia de los síntomas.

Farmacoterapia: Si bien, las técnicas farmacológicas no serán contempladas en el propósito de creación de la guía para este proyecto de intervención, es importante mencionar que existe un acuerdo en que los estimulantes son la intervención farmacológica de primera elección debido a su alta eficacia y reducción de sintomatología. El metilfenidato es el fármaco de primera línea para adolescentes. La lisdexanfetamina y la dexanfetamina se recomiendan como alternativas de primera línea o tras el fallo de un estimulante inicial. Los medicamentos de segunda línea son denominados no estimulantes, específicamente la atomoxetina y la guanfacina se utilizan para casos de intolerancia o falta de respuesta a estimulantes.

Entrenamiento parental y familiar: Las guías coinciden en que estas intervenciones deben centrarse en dotar a las familias de estrategias de modificación de conducta, refuerzo positivo y el establecimiento de límites consistentes, lo cual no solo mejora el funcionamiento adaptativo del niño o niña, sino que reduce significativamente el estrés familiar. El foco del entrenamiento parental se centra en la negociación, comunicación y en el apoyo a la autonomía.

Intervenciones y apoyos escolares: Las guías analizadas enfatizan la necesidad de implementar ajustes ambientales y educativos a través de la creación de planes individualizados y la ejecución de modificaciones ambientales en el aula como la ubicación preferencial del estudiante para minimizar distracciones y el uso sistemático de apoyos visuales para compensar dificultades atencionales y en la memoria de trabajo.

Psicoterapia: La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es recomendada transversalmente en las guías analizadas. En adolescentes y adultos jóvenes, esta intervención se orienta hacia el desarrollo de funciones ejecutivas como la planificación, organización y regulación emocional.

Psicoeducación: El objetivo principal de la psicoeducación en las guías revisadas es transversal al definirlo como un proceso para empoderar al paciente y a su familia fomentando la autonomía y participación activa en la toma de decisiones clínicas. Este proceso de brindar información clara y basada en la evidencia

sobre el TDAH busca instalar esperanza y motivación, enfocándose no solo en los déficits, sino que también en identificar y construir sobre las fortalezas individuales del paciente. Además, lo califican como un proceso continuo a través de un diálogo recurrente que debe ser actualizado y adaptado a medida que el paciente crece y sus circunstancias cambian. Para facilitar el acceso y comprensión a la información brindada a través de la psicoeducación, es necesario que el lenguaje sea sencillo, libre de tecnicismos y ajustado a la cultura del lector. Finalmente, posterior al diagnóstico, las guías coinciden que es de suma importancia proveer información y educación a la familia y al paciente sobre la naturaleza del trastorno, sus causas y el pronóstico para reducir el estigma.

Estilo de vida saludable: Se destaca la importancia de integrar hábitos de vida saludables en el plan de tratamiento integral. Se enfatiza en la higiene del sueño debido a que las dificultades para dormir son una comorbilidad recurrente. De igual manera, se promueve una dieta equilibrada y la práctica regular de actividad física como factores principales en el control de la impulsividad y la mejora del bienestar general.

A continuación, se resumen las recomendaciones y el nivel de certeza de la evidencia de las intervenciones analizadas basándose en los criterios del sistema de evaluación GRADE aplicado a las guías seleccionadas.

Tabla 3.

Jerarquización de intervenciones según criterios GRADE.

Intervención	Grado de Recomendación	Certeza de evidencia GRADE	Observación
Farmacológica (Estimulantes)	Fuerte	Alta	Las guías (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022; NICE, 2019; Wolraich et al., 2019) coinciden en que los beneficios (mejora en concentración, reducción de impulsividad) superan con creces los riesgos de efectos secundarios
Psicoeducación	Fuerte	Moderada	La certeza se mantiene en moderada debido a que es difícil medir el impacto de la psicoeducación de forma aislada en ensayos clínicos. Pero el consenso de expertos y la baja carga de recursos la sitúan como una recomendación fuerte e indispensable.
Entrenamiento Parental	Fuerte	Moderada	Guías como la de Australia (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022) y NICE (2019) señalan que el entrenamiento en estrategias conductuales para padres y madres reduce el estrés familiar y mejora el funcionamiento en la adolescencia. Se califica como "Moderada" en adolescentes porque a menudo requiere la participación activa del joven para no afectar su autonomía.

TCC (Funciones Ejecutivas)	Fuerte	Moderada	Se recomienda fuertemente para adolescentes que necesitan mejorar habilidades de organización y planificación, pero GRADE la sitúa como moderada porque su eficacia es menor que la medicación para los síntomas de hiperactividad pura.
Ajustes Escolares	Fuerte	Baja/Moderada	Aunque la recomendación es fuerte por su necesidad lógica y clínica, la "certeza" es más baja debido a que hay mucha variabilidad en cómo se aplican los ajustes (tiempo extra, asientos preferenciales) y pocos estudios aleatorios a gran escala que los midan de forma aislada. Sin embargo, el balance beneficio-daño es claramente favorable.
Higiene del sueño	Fuerte	Moderada	Existe una alta correlación entre el TDAH y trastornos del sueño. Las guías (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022; NICE, 2019) recomiendan rutinas estrictas antes de considerar fármacos para el insomnio.
Actividad Física Regular	Fuerte	Moderada	El ejercicio aeróbico muestra beneficios consistentes en la función ejecutiva y la liberación de dopamina, con riesgo nulo y beneficios sistémicos.
Dieta Equilibrada	Fuerte	Baja	Se recomienda una dieta saludable para el bienestar general, pero no como tratamiento curativo. Las dietas de eliminación tienen evidencia muy baja.
Suplementación (Omega-3)	Débil	Baja	Guías como la de Sudáfrica (Belsham et al., 2025) mencionan que podría ayudar en casos muy específicos, pero no sustituye al tratamiento de primera línea.

Nota: Elaboración propia.

Criterios diferenciadores entre guías

Los criterios diferenciadores entre las guías seleccionadas varían en función del país en el que fueron desarrolladas, ya que responden tanto a necesidades como a desafíos específicos de cada población y sistema de salud. Por un lado, en países con una gran disponibilidad de recursos, como por ejemplo Australia, es posible aplicar metodologías precisas, incluyendo criterios de sensibilidad cultural para poblaciones aborígenes e isleñas como un requisito para el manejo del TDAH en el país, considerando que

las herramientas occidentales no siempre son válidas para estos grupos. Por otro lado, países como Sudáfrica, señalan que alcanzar este tipo de estándares ideales y especializados es inalcanzable para la mayoría de sus ciudadanos debido a la escasez de especialistas.

Otra diferencia identificada entre las guías se relaciona con el nivel de profundidad con que se abordan ciertos aspectos clínicos. En particular, en la guía CADTH no se desarrollan de manera explícita elementos centrales del proceso diagnóstico, tales como la relevancia de la neuroimagen para descartar otras afecciones, la presencia de síntomas en dos o más contextos de la vida diaria o el uso de múltiples informantes como el entorno escolar. Asimismo, la guía

mencionada tampoco incorpora de forma explícita la terapia cognitivo conductual dentro de las estrategias de intervención recomendadas.

Confección de una guía psicoeducativa

A partir de los elementos en común y diferenciadores identificados, se diseñó un nuevo recurso, que integra la estructura de las tres guías con mejores puntuaciones: Australia (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022), España (GPC TDAH España, 2010) y Canadá (CADTH, 2011). En este proceso se integró el contenido esencial que fue común. Las tres guías restantes fueron utilizadas como material complementario para fortalecer y ampliar la información del producto final. La nueva guía aborda la naturaleza neurobiológica del TDAH en la adolescencia, déficits asociados a través de metáforas para facilitar su comprensión, comorbilidades más comunes, estrategias de intervención familiar y diversas herramientas para el manejo en el día a día (ver Anexos).

La guía resultante se organiza en cuatro secciones principales: 1. una introducción conceptual del TDAH desde un modelo neuropsicológico, que explica el trastorno a través de metáforas accesibles para un lector no especializado; 2. una sección sobre comorbilidades frecuentes en la adolescencia y su reconocimiento temprano; 3. un módulo de estrategias de intervención centradas en la negociación, la comunicación y el apoyo a la autonomía progresiva del o la adolescente; 4. un conjunto de herramientas prácticas de aplicación cotidiana como listas de verificación visuales y apoyos externos que considera la implementación de calendarios visibles, pizarras o alarmas para organizar el día y tareas para compensar dificultades en la memoria de trabajo. Por otro lado, la estrategia de las “3 canastas” permite a las familias priorizar conflictos diarios y elegir las batallas de manera eficiente: la Canasta A agrupa aspectos innegociables de seguridad y conducta grave que exigen una autoridad firme; la Canasta B engloba hábitos relevantes pero susceptibles de negociación mediante el diálogo y acuerdos (como la organización

escolar); y la Canasta C reúne comportamientos menores e inofensivos que conviene ignorar de forma selectiva para evitar la sobreintervención y preservar el vínculo afectivo.

Finalmente, el contenido de la Guía para Padres de Adolescentes con TDAH fue revisado de manera preliminar a la luz de los criterios del sistema GRADE, como un ejercicio piloto realizado por el mismo equipo, orientado a estimar la consistencia general de las recomendaciones incorporadas, obteniendo un nivel de certeza moderado/alto, lo que sugiere una consistencia preliminar del contenido.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar una guía psicoeducativa dirigida a padres, madres y cuidadores de adolescentes con TDAH a partir de una revisión comparativa de guías clínicas y materiales de apoyo. En conjunto, los hallazgos de este estudio evidencian en primer lugar, un alto grado de convergencia entre las guías revisadas respecto a los principios fundamentales del abordaje del TDAH, particularmente en la conceptualización del trastorno como una condición del neurodesarrollo, la necesidad de una evaluación clínica multimodal, la consideración de las diferentes comorbilidades y la inclusión de intervenciones combinadas que integren componentes farmacológicos y psicosociales. En esta línea, guías ampliamente utilizadas como NICE y AAP coinciden en subrayar la importancia del diagnóstico clínico, la participación de múltiples informantes, la evaluación de posibles comorbilidades y la necesidad de ofrecer información y apoyo tanto al o la adolescente como a su familia (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019; Wolraich et al., 2019).

No obstante, uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación es que esta convergencia temática no implica necesariamente una equivalencia metodológica entre las guías. La revisión sistemática de Wahyu et al. (2025), basada en el instrumento AGREE II, mostró que la calidad metodológica de las guías clínicas actuales sobre el TDAH es heterogénea y que solo una parte de ellas alcanza un nivel alto de recomendación global.

Además, las dimensiones que tendieron a obtener puntuaciones más bajas fueron el rigor del desarrollo y la aplicabilidad, lo que sugiere que una guía puede contener recomendaciones clínicamente plausibles sin necesariamente ofrecer el mismo grado de transparencia metodológica o de herramientas prácticas para su implementación. Este punto es particularmente importante, ya que respalda la necesidad de analizar las guías no solo por los contenidos que incluyen, sino por la solidez de los procesos mediante los cuales fueron elaboradas (Wahyu et al., 2025).

Otro aporte central del presente trabajo radica en identificar una brecha estructural en la literatura: la insuficiente especificidad de las intervenciones psicoeducativas cuando se orientan a la etapa adolescente. Si bien la psicoeducación y el entrenamiento parental son consistentemente recomendados como componentes esenciales (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022; NICE, 2019), la mayoría de los programas revisados han sido diseñados originalmente para población infantil, trasladando sus principios a la adolescencia sin una adaptación explícita a sus demandas evolutivas. Este hallazgo es particularmente relevante considerando que la adolescencia implica una reorganización del funcionamiento ejecutivo, una mayor sensibilidad a la influencia de pares y un incremento en la búsqueda de autonomía, factores que modifican sustantivamente la dinámica de intervención familiar (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022; NICE, 2019).

Desde una perspectiva neuropsicológica, los hallazgos también permiten señalar una desarticulación entre los modelos explicativos del TDAH y su traducción práctica al trabajo con familias. Las guías revisadas reconocen implícitamente déficits en funciones ejecutivas, regulación emocional y control inhibitorio; sin embargo, estas dimensiones no siempre se operacionalizan en herramientas concretas para el contexto familiar. En este sentido, la propuesta desarrollada en el presente estudio avanza hacia una mayor coherencia entre teoría y práctica, al integrar contenidos psicoeducativos con estrategias aplicadas que consideran procesos como la planificación, la anticipación conductual y la autorregulación emocional en escenarios cotidianos.

Adicionalmente, los resultados permiten discutir la naturaleza de la evidencia que respalda la psicoeducación y el entrenamiento parental. Aunque esta intervención presenta una recomendación fuerte en las guías analizadas, su nivel de certeza se mantiene en rangos moderados, lo que refleja una dificultad metodológica inherente: el impacto de la psicoeducación es complejo de aislar experimentalmente, dado que suele implementarse como parte de intervenciones multimodales. Esto sugiere que su valor clínico no debe interpretarse exclusivamente desde métricas tradicionales de eficacia, sino también desde su rol como intervención facilitadora, que mejora la adherencia, la comprensión del trastorno y la calidad de la interacción familiar (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022; Syed et al., 2024).

Otro elemento relevante identificado en el análisis comparativo es la influencia del contexto sociocultural y del sistema de salud en la estructuración de las guías. Las diferencias observadas entre países con alta disponibilidad de recursos y aquellos con limitaciones estructurales evidencian que la implementación de intervenciones psicoeducativas no puede ser considerada independiente de variables contextuales. En este sentido, el desarrollo de una guía adaptada al contexto hispanohablante constituye un aporte significativo, al favorecer la accesibilidad, pertinencia cultural y aplicabilidad clínica del material.

En términos de implicancias clínicas, los hallazgos refuerzan la necesidad de que las intervenciones dirigidas a familias de adolescentes con TDAH evolucionen desde modelos centrados en el control conductual hacia enfoques que integren procesos de negociación, co-regulación y apoyo a la autonomía. Esto implica un cambio de paradigma desde una lógica directiva hacia una perspectiva colaborativa, donde madres, padres y cuidadores actúan como facilitadores del desarrollo de habilidades autorregulatorias en el o la adolescente.

Respecto a las limitaciones, el estudio presenta algunas consideraciones relevantes. En primer lugar, el número de guías incluidas con niveles de evidencia moderados y altos fue reducido, lo que restringe la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, la

heterogeneidad entre guías, manuales y materiales psicoeducativos dificulta establecer comparaciones completamente homogéneas. Asimismo, el proceso de selección y análisis fue realizado principalmente por un número limitado de revisores, lo que podría introducir sesgos en la interpretación de los contenidos. Igualmente, la revisión piloto GRADE de la guía resultante fue realizada por el mismo equipo de autores, sin participación de un evaluador independiente, lo que constituye una fuente adicional de posible sesgo.

Finalmente, en relación con las proyecciones futuras, resulta fundamental avanzar hacia estudios que evalúen empíricamente la efectividad de la guía propuesta, mediante diseños experimentales o cuasi-experimentales que permitan analizar su impacto en variables clínicas y familiares, tales como el estrés parental, la calidad de la interacción familiar, la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicosocial en la adolescencia. Asimismo, futuras investigaciones deberían explorar la incorporación de formatos digitales e intervenciones basadas en tecnologías, considerando su potencial para mejorar el acceso y la adherencia en contextos reales.

En conjunto, los resultados del presente estudio contribuyen a la literatura al ofrecer una integración sistemática de evidencia y una propuesta aplicada que responde a una necesidad clínica específica: la adaptación de la psicoeducación parental a las características del desarrollo adolescente en el contexto del TDAH.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que el presente estudio se realizó en ausencia de cualquier relación financiera o comercial que pudiese significar un potencial conflicto de interés.

REFERENCIAS

Antoniou, E., Rigas, N., Orovou, E., Papatrechas, A., & Sarella, A. (2021). ADHD symptoms in females of childhood, adolescent, reproductive and menopause period. *Materia Socio-Medica*, 33(2), 114–118. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.114-118>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.; T. Borbón Boscá, P. Suárez Pinilla, P. L. García & A. Báez Arteaga, Trads.; E. Arango López, Ed. en español; L. A. Mateu, Ed. en jefe). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en 2013).

Association Elisabeth d'Ornano pour le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité. (s. f.). *TDAH: Guide récapitulatif pour les parents*. Association Elisabeth d'Ornano.

Australian ADHD Guideline Development Group (AADPA). (2022). *Australian evidence-based clinical practice guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Australasian ADHD Professionals Association.

Bai, G.-n., Wang, Y.-f., Yang, L., & Niu, W.-y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2721–2735. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Paidós.

Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.

Belsham, B., Kelly, L., & Schoeman, R. (2025). The SASOP/PsychMg child and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder guidelines. *South African Journal of Psychiatry*, 31, Article a2357. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v31i0.2357>

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). (2018). *Canadian ADHD practice guidelines* (4th ed.).

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2011, octubre). *Guidelines and recommendations for ADHD in children and adolescents: Summary of current evidence*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174625/>

Danko, C. (2023). *The parent ADHD survival guide* (LEND Capstone Project). Pittsburgh Leadership Education in Neurodevelopmental and Related Disabilities (LEND).

De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521–529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)

Dolz, M., Camprodon, E., & Tarbal, A. (Coords.). (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes: Claves para comprenderlos y acompañarlos* (Cuaderno FAROS N.º 12). Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Espina, A., & Ortego, A. (2006). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Janssen-Cilag.

Fogler, J. M., & Stein, D. S. (s. f.). *ADHD: Practical tips for parents*. Institute for Community Inclusion; LEND Boston; Boston Children's Hospital.

Gatica-Ferrero, S., & Rössner-Mejías, C. (2025). Prevalencia del TDAH en una muestra de estudiantes chilenos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 12(3), 215–221. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2025.12.3.8>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2007/18). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.

Haddaway, N. R., Collins, A. M., Coughlin, D., & Kirk, S. (2015). The role of Google Scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching. *PLOS ONE*, 10(9), e0138237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138237>

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Saito, T. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14–34.

Martínez Martínez, J. (2024). Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH: Revisión Sistemática. *Acta De Investigación Psicológica*, 14(1), 1–17. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2024.1.523>

Miranda-Castillo, C., Paddick, S.-M., León-Campos, M. O., Molleda, P., Rosell, J., & Valenzuela, M. (2026). Psychometric evidence of instruments for assessing mental health in older adults from Latin America and the Caribbean: A scoping review. *Healthcare*, 14(2), Artículo 265. <https://doi.org/10.3390/healthcare14020265>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE Guideline NG87). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porras-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar Tello, I., Perez-Colmenero, S., Delgado-Gómez, D., Carballo, J. J., & Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., & Koffel, J. B. (2021). PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>

Rodríguez-Ramos, P. J. (2025). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, XXIX(6), 412–419.

Rowney-Smith, A., Sutton, B., Quad, L., & Eccles, J. A. (2026). The lived experience of rejection sensitivity in ADHD: A qualitative exploration. *PLOS ONE*, 21(1), e0314669. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314669>

Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>

Scandar, R. O. (s. f.). *Manual para padres de niños con TDAH* (2.ª ed.). Fundación de Neuropsicología Clínica.

Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación* (1.ª ed. en español; P. A. Orrego & M. X. Rojas, Trans.). (Obra original publicada en 2013). <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>

Spender, K., Chen, Y.-W. R., Wilkes-Gillan, S., Parsons, L., Cantrill, A., Simon, M., Garcia, A., & Cordier, R. (2023). The friendships of children and youth with attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(8), e0289539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289539>

Syed, A., Morandini, H. A. E., Barbaro, P., Watson, P., & Rao, P. (2024). A narrative review of the effects of psychoeducation on children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 61(9), 3465–3496. <https://doi.org/10.1002/pits.23228>

Takeda Pharmaceuticals Australia. (2020). *Understanding ADHD: A guide for teenagers*. Takeda Pharmaceuticals Australia.

Teo, Y. H., & Ling, M. H. T. (2020). A systematic review on the sufficiency of PubMed and Google Scholar for biosciences. *Acta Scientific Medical Sciences*, 4(12), 3–8.

Wahyu, M. D., Sugimoto, T., Zain, M. M., Parawansa, K. M. S., Kasahara, Y., Yoshinaga, N., & Egawa, J. (2025). Quality appraisal of clinical practice guidelines for attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review using the appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE II) instrument. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1576538>

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Pearson.

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., & Lehmann, C. U. (2019). AAP clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), Artículo e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(12), CD003018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

Proyecto de vida, vulnerabilidad social y envejecimiento: una propuesta conceptual de neuropsicología comunitaria

Life Course, Social Vulnerability, and Aging: A Conceptual Proposal from Community Neuropsychology

Patricio Quezada Cancino¹

Correspondencia:

Patricio Quezada Cancino

patricioq.cancino@gmail.com

RECIBIDO: 1 DE ABRIL 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

El envejecimiento se configura mediante la interacción de condiciones sociales, ambientales y neurocognitivas que generan trayectorias diferenciadas a lo largo del curso de vida. Este artículo propone un modelo conceptual que sitúa el proyecto de vida como eje articulador entre vulnerabilidad social, oportunidades comunitarias, conducta orientada hacia metas y funcionamiento neurocognitivo durante la vejez. Se plantea que construir, sostener y reorientar proyectos vitales puede favorecer la participación, el aprendizaje, la estimulación cognitiva y el funcionamiento ejecutivo, constituyendo una vía potencial para promover un envejecimiento saludable. Desde la neuropsicología comunitaria, se enfatiza la interacción entre capacidades neurocognitivas y contexto.

Palabras clave: proyecto de vida; envejecimiento; vulnerabilidad social; neuropsicología comunitaria.

Abstract

Aging is shaped by the interaction of social, environmental, and neurocognitive conditions that generate differentiated trajectories across the life course. This article proposes a conceptual model that positions the life project as an articulating axis between social vulnerability, community opportunities, goal-directed behavior, and neurocognitive functioning in later life. It is proposed that building, sustaining, and reorienting life projects may foster participation, learning, cognitive stimulation, and executive functioning, constituting a potential pathway for promoting healthy aging. From a community neuropsychology perspective, the interaction between neurocognitive capacities and context is emphasized.

Keywords: life project; healthy aging; social vulnerability; community neuropsychology; neurocognitive functioning.

¹ Independiente.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye una de las transformaciones demográficas más relevantes de las sociedades contemporáneas. En Chile, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad han modificado la estructura etaria del país, incrementando la relevancia social de las personas mayores. Este fenómeno constituye también un desafío para las formas en que la sociedad organiza las oportunidades de participación, desarrollo y bienestar durante la vejez. En este contexto, las condiciones sociales y los vínculos disponibles adquieren especial relevancia para comprender la heterogeneidad de las trayectorias de envejecimiento (Observatorio del Envejecimiento UC, 2023).

Los avances en neurociencias han permitido comprender con mayor precisión los procesos asociados al envejecimiento cerebral y las enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, la salud cerebral no se configura exclusivamente a partir de procesos biológicos individuales. La evidencia sobre envejecimiento y demencia muestra que las exposiciones ambientales y sociales interactúan con factores biológicos a lo largo del curso de vida, adquiriendo particular relevancia en contextos latinoamericanos caracterizados por desigualdades sociales (Ibáñez & Slachevsky, 2024; Migeot et al., 2025).

El concepto de exposoma social permite comprender esta relación al considerar la acumulación de exposiciones sociales y ambientales que acompañan las trayectorias vitales. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad social comprende no solo condiciones económicas desfavorables, sino también desigualdades en acceso a educación, redes, participación y otros recursos relevantes para la salud (Marmot, 2005).

Esta problemática adquiere particular importancia durante la vejez. En etapas anteriores, la educación, la incorporación laboral, la formación de pareja, la crianza y otros hitos suelen estructurar decisiones y metas orientadas hacia el futuro. Durante la vejez, transformaciones como la jubilación y los cambios en los roles familiares y sociales pueden modificar los escenarios disponibles para formular nuevas metas.

No obstante, esto no implica la desaparición de la capacidad de proyectarse. Gonçalves y Segovia (2018) muestran que las personas mayores pueden continuar construyendo proyectos vinculados con competencias, aprendizaje y motivaciones. El problema, por tanto, no radica en las capacidades individuales, sino en las oportunidades sociales y materiales disponibles para ejercerlas.

La psicología histórico-cultural permite situar esta relación en condiciones sociales y culturales concretas. Vygotsky (2000) plantea que los procesos psicológicos se encuentran mediados por las relaciones sociales y culturales. Aplicado al envejecimiento, este enfoque permite considerar que formular nuevas metas depende también de los contextos que posibilitan participar, aprender, asumir roles y establecer vínculos significativos.

D'Angelo (2000) conceptualiza el proyecto de vida como una estructura que integra identidad, valores, motivaciones, expectativas y orientación hacia el futuro. Su carácter dinámico permite comprender que los proyectos pueden reformularse frente a transformaciones personales y contextuales. Coscioni et al. (2023) profundizan esta perspectiva al vincular los proyectos de vida con las características motivacionales y el campo de posibilidades, destacando que transformar metas en acciones depende de la interacción entre la persona y las condiciones disponibles.

Esta conceptualización permite diferenciar el proyecto de vida de la reserva cognitiva. Stern et al. (2020) utilizan este último concepto para referirse a diferencias individuales relacionadas con la capacidad de mantener un funcionamiento cognitivo relativamente eficiente frente a cambios cerebrales asociados al envejecimiento o la enfermedad. El proyecto de vida, en cambio, corresponde a una organización dinámica de metas, valores y acciones orientadas hacia el futuro (D'Angelo, 2000; Coscioni et al., 2023). Ambos constructos pueden relacionarse, pero no son equivalentes.

Esta distinción establece un puente con la neuropsicología. La construcción y mantenimiento de metas de largo plazo requieren organizar la conducta, mantener información relevante, monitorear el progreso y ajustar las acciones frente a cambios en el entorno.

Miyake et al. (2000) plantearon que el funcionamiento ejecutivo comprende procesos como la actualización, la inhibición y la flexibilidad cognitiva, mientras Diamond (2013) destaca su papel en la regulación de la conducta, la resolución de problemas y la adaptación. Desde esta perspectiva, la continuidad de un proyecto vital puede implicar la utilización recurrente de procesos neurocognitivos vinculados con la planificación, la regulación y el ajuste de la conducta dirigida hacia metas.

La evidencia reciente también aporta antecedentes sobre la relevancia del proyecto de vida durante la vejez. Pedrosa et al. (2026), mediante un estudio cualitativo en estructuras residenciales para personas mayores en Portugal, identificaron el proyecto de vida como una herramienta vinculada con autonomía, continuidad de la identidad y sentido de propósito, destacando la importancia de condiciones organizacionales que permitan la participación de las personas mayores en la definición de sus objetivos. Estos antecedentes respaldan su comprensión como un proceso situado y dependiente de las oportunidades contextuales.

Por otra parte, Wei et al. (2024), mediante una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones basadas en interacción social en personas mayores sin demencia, encontraron efectos favorables principalmente sobre las funciones ejecutivas, aunque no de manera consistente en todos los dominios cognitivos. Estos resultados sitúan la participación social como un contexto potencialmente relevante para la movilización de procesos neurocognitivos durante la vejez.

En consecuencia, el problema teórico que orienta este trabajo consiste en articular, dentro de un mismo modelo conceptual, la relación entre vulnerabilidad social, oportunidades de participación, construcción de proyectos de vida y funcionamiento neurocognitivo durante el envejecimiento. Se plantea que las condiciones de vulnerabilidad pueden restringir las oportunidades disponibles para construir y sostener proyectos vitales; estos, a su vez, pueden organizar conductas orientadas hacia metas, favoreciendo la participación en actividades significativas que requieren la utilización recurrente de procesos neurocognitivos relevantes para la adaptación y salud durante la vejez

(Coscioni et al., 2023; Wei et al., 2024).

El presente trabajo corresponde a una propuesta conceptual sustentada en una revisión de literatura. Su objetivo es integrar aportes de la psicología histórico-cultural, la neuropsicología, la gerontología y los determinantes sociales de la salud para proponer un modelo en el que el proyecto de vida articula condiciones sociales, organización de la conducta y trayectorias de envejecimiento. Desde esta integración se plantea una aproximación de neuropsicología comunitaria, entendida aquí como una perspectiva que sitúa los procesos neurocognitivos en interacción con las condiciones sociales y ambientales donde se desarrolla la vida cotidiana.

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA

La principal contribución del modelo consiste en plantear el proyecto de vida como un mecanismo articulador entre las condiciones sociales, la conducta orientada hacia metas y los procesos neurocognitivos implicados en el envejecimiento. Las condiciones materiales, educativas, relacionales y comunitarias configuran un campo de posibilidades que puede ampliar o restringir las alternativas disponibles para construir y sostener proyectos vitales (Marmot, 2005; Coscioni et al., 2023; Migeot et al., 2025).

En este marco, la vulnerabilidad social adquiere especial relevancia, dado que las desigualdades acumuladas pueden condicionar las oportunidades de participación, aprendizaje y desarrollo. Esta perspectiva es coherente con el concepto de exposoma, que permite comprender cómo las exposiciones ambientales y sociales contribuyen a configurar trayectorias diferenciadas de salud y envejecimiento (Ibanez & Slachevsky, 2024). Estas condiciones delimitan el campo de posibilidades dentro del cual las personas construyen sus proyectos de vida, vinculando contexto, metas y acciones orientadas al futuro. Así, personas con capacidades similares pueden enfrentar oportunidades diferentes ante recursos desiguales (Coscioni et al., 2023).

Las personas mayores pueden continuar desarrollando proyectos vinculados con aprendizaje

y nuevas competencias cuando existen oportunidades para realizarlos (Gonçalves & Segovia, 2018). Por ello, los espacios comunitarios pueden constituir un nivel de intervención cuando permiten integrar actividades en trayectorias personales con objetivos, continuidad y sentido (Beard et al., 2016).

De este modo, el modelo propone que el posible efecto protector no reside en el proyecto de vida considerado aisladamente, sino en el proceso que puede desencadenarse cuando existen condiciones para construirlo y llevarlo a la práctica (Coscioni et al., 2023). Las oportunidades comunitarias permiten desarrollar actividades vinculadas con objetivos personales; estas requieren participación y organización conductual, involucrando procesos ejecutivos relacionados con la regulación y adaptación de la conducta (Miyake et

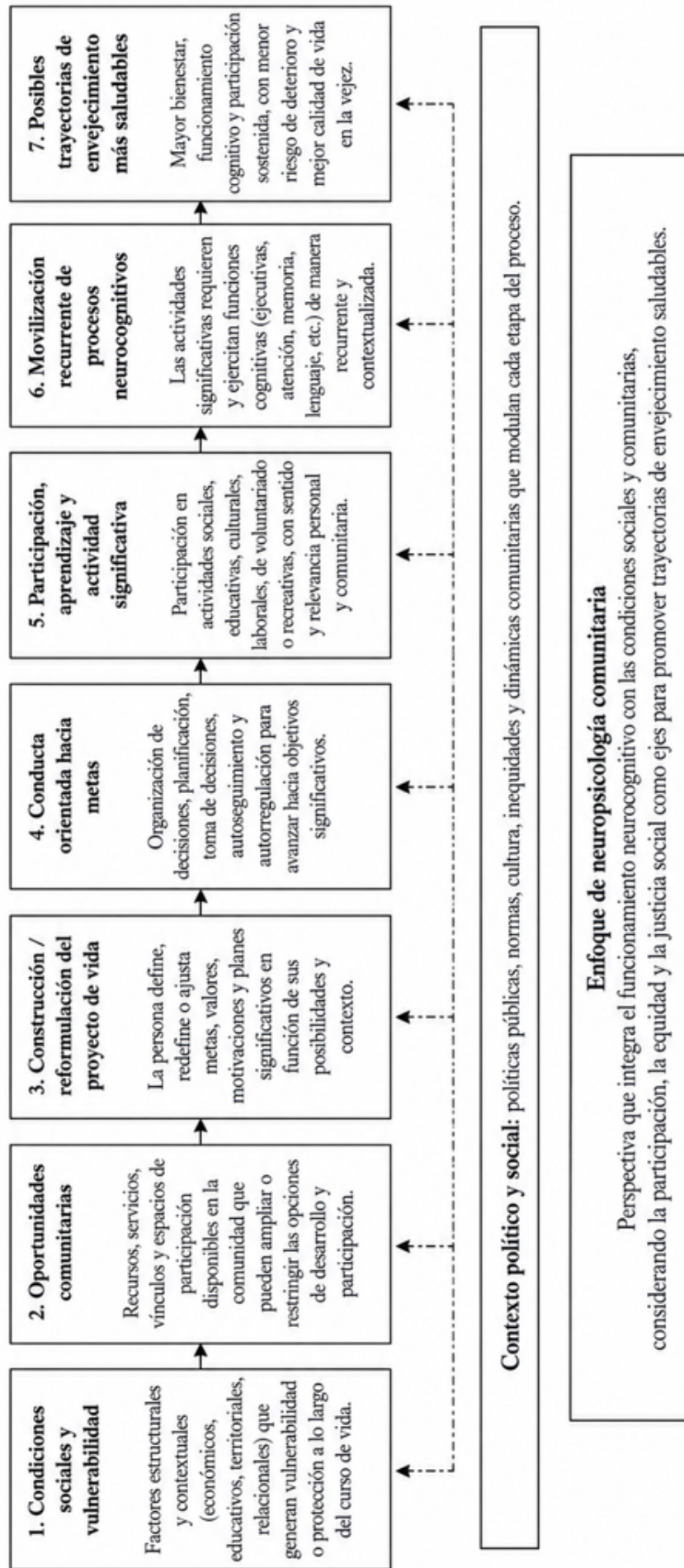
al., 2000; Diamond, 2013). A su vez, la participación social puede constituir un contexto para la utilización recurrente de procesos neurocognitivos durante la vejez (Wei et al., 2024).

La hipótesis, por tanto, no es que tener un proyecto preserve directamente la cognición, sino que crear condiciones para proyectarse, haciendo que los proyectos tengan sentido y sean alcanzables, puede favorecer formas de participación que mantengan en ejercicio procesos neurocognitivos relevantes, particularmente en contextos donde las oportunidades sociales se encuentran restringidas (Coscioni et al., 2023; Migeot et al., 2025).

La secuencia propuesta puede representarse de la siguiente manera:

Figura 1.

Modelo conceptual: proyecto de vida, condiciones sociales y trayectorias de envejecimiento.



Nota. El modelo representa una secuencia dinámica y bidireccional; las experiencias en cada etapa pueden retroalimentar y modificar las oportunidades, la construcción del proyecto de vida y las trayectorias de envejecimiento. Elaboración propia.

Esta secuencia no debe interpretarse como una cadena causal lineal, sino como un sistema de relaciones bidireccionales, en el que las condiciones sociales influyen sobre las oportunidades disponibles y las experiencias de participación pueden, a su vez, modificar las necesidades, objetivos y proyectos de las personas.

El aporte conceptual del modelo consiste, finalmente, en integrar estos niveles dentro de una perspectiva de neuropsicología comunitaria. Esta aproximación incorpora una mirada ecológica del funcionamiento neurocognitivo, pero desplaza el foco desde la capacidad individual aislada hacia las condiciones que permiten utilizarla en actividades significativas y socialmente situadas. De este modo, la promoción de la salud cerebral no se limita a intervenir directamente sobre las capacidades de la persona, sino que considera también los entornos que posibilitan su participación, aprendizaje y desarrollo (Beard et al., 2016; Livingston et al., 2024). La propuesta no pretende establecer una relación causal demostrada entre proyecto de vida y funcionamiento cognitivo, sino ofrecer un modelo integrador que permita generar hipótesis susceptibles de evaluación mediante estudios longitudinales e intervenciones comunitarias.

RELEVANCIA

La relevancia del modelo consiste, en primer lugar, en ampliar la comprensión del envejecimiento desde una perspectiva centrada predominantemente en el individuo y sus déficits hacia otra que considera las condiciones sociales, comunitarias y ambientales que permiten desarrollar, utilizar y sostener sus capacidades. Beard et al. (2016) destacan la importancia de considerar las fortalezas de las personas y los entornos donde viven dentro del envejecimiento saludable. De manera convergente, Livingston et al. (2024) identifican múltiples factores potencialmente modificables asociados al riesgo de demencia, reforzando la necesidad de intervenciones que trasciendan la atención clínica del deterioro establecido.

Desde esta perspectiva, el proyecto de vida puede constituir un eje para repensar las políticas dirigidas a

las personas mayores. Si la posibilidad de proyectarse depende parcialmente del campo de oportunidades disponible, las políticas de envejecimiento deberían favorecer condiciones para construir metas, aprender, participar y asumir nuevos roles, ampliando las oportunidades para tomar decisiones y desarrollar capacidades (Livingston et al., 2024).

De este modo, la vejez puede ser comprendida como una etapa abierta al desarrollo y la proyección, y no únicamente como un período progresivamente asociado al retiro, la dependencia y la pasividad. Esta orientación resulta coherente con Marmot (2005), quien plantea que las desigualdades sociales producen diferencias sistemáticas en las oportunidades y resultados de salud.

En Chile, esta dimensión adquiere particular relevancia. El Observatorio del Envejecimiento UC (2023) destaca la importancia de los vínculos sociales y la participación en la experiencia de las personas mayores. Por ello, generar espacios para construir proyectos vitales implica fortalecer entornos donde puedan mantenerse vínculos, adquirir competencias y participar activamente en la comunidad.

Las intervenciones podrían orientarse hacia espacios sistemáticos de construcción y reformulación de proyectos de vida vinculados con oportunidades reales de acción. Talleres de planificación vital, programas educativos, iniciativas intergeneracionales, voluntariado, participación cultural y proyectos comunitarios pueden ampliar el campo de posibilidades para el desarrollo de proyectos durante la vejez (Coscioni et al., 2023; Goncalves & Segovia, 2018). La evidencia sobre participación social y funcionamiento cognitivo sugiere que estas experiencias pueden constituir contextos relevantes para la actividad cognitiva y la interacción social (Wei et al., 2024).

Aquí se encuentra la contribución específica de una perspectiva de neuropsicología comunitaria. La evaluación neuropsicológica tradicional se concentra en las capacidades individuales; el modelo agrega una pregunta contextual: ¿qué condiciones permiten que esas capacidades continúen siendo utilizadas de manera significativa? Desde esta perspectiva, la promoción de la salud cerebral también implica intervenir sobre los ambientes en que las personas

participan, aprenden, toman decisiones y desarrollan actividades significativas. La evidencia sobre exposoma social y salud cerebral en Latinoamérica fundamenta la necesidad de considerar estas interacciones (Ibanez & Slachevsky, 2024; Migeot et al., 2025).

Esta mirada también permite comprender que una misma oferta comunitaria no genera necesariamente las mismas oportunidades para todas las personas. Las desigualdades económicas, educativas y relacionales pueden condicionar el acceso a recursos y participación, generando trayectorias diferenciadas de salud y envejecimiento (Marmot, 2005; Migeot et al., 2025). En consecuencia, el campo de posibilidades para construir proyectos vitales depende tanto de las motivaciones individuales como de las condiciones sociales disponibles (Coscioni et al., 2023). Las políticas deberían incorporar criterios de accesibilidad y equidad, evitando trasladar exclusivamente a las personas mayores la responsabilidad de mantenerse activas (Marmot, 2005; Beard et al., 2016).

El modelo también abre una agenda de investigación. Estudios longitudinales podrían examinar si las oportunidades comunitarias se relacionan con cambios en la construcción y continuidad de proyectos vitales y, posteriormente, con participación y trayectorias neurocognitivas. Esta hipótesis resulta coherente con la evidencia sobre participación social y funcionamiento cognitivo (Wei et al., 2024) y con la relevancia de factores modificables en prevención de demencia (Livingston et al., 2024). Asimismo, intervenciones comunitarias podrían comparar programas centrados en actividades con aquellos que incorporen explícitamente la construcción de proyectos vitales, permitiendo evaluar si la orientación hacia metas añade beneficios sobre participación y funcionamiento cognitivo.

Finalmente, esta propuesta contribuye a una concepción de la vejez que reconoce a las personas mayores como sujetos capaces de continuar construyendo futuro, desarrollando nuevos proyectos y aprendiendo (Goncalves & Segovia, 2018). La promoción de proyectos vitales significativos puede ampliar las oportunidades de participación cuando se acompaña de condiciones sociales que permitan transformar metas en acciones (Coscioni et al., 2023; Observatorio

del Envejecimiento UC, 2023). La relevancia política radica así en desplazar parte de la responsabilidad desde el individuo hacia los entornos que pueden ampliar o restringir las oportunidades de participación y desarrollo (Marmot, 2005; Beard et al., 2016).

CONCLUSIÓN

Como conclusión, es posible plantear que el proyecto de vida constituye un elemento relevante para comprender el envejecimiento desde una perspectiva social, psicológica y neurocognitiva. Las condiciones sociales acumuladas pueden generar oportunidades diferenciadas para participar, aprender, asumir roles y construir objetivos, mientras que el proyecto de vida puede articular dichas oportunidades con conductas orientadas hacia metas (Marmot, 2005; Migeot et al., 2025; D'Angelo, 2000; Coscioni et al., 2023). Esta perspectiva resulta coherente con enfoques de envejecimiento saludable que reconocen la importancia de los entornos para el desarrollo y mantenimiento de capacidades durante la vejez (Beard et al., 2016; Livingston et al., 2024).

En consecuencia, el carácter potencialmente protector del proyecto de vida no radicaría en su mera existencia, sino en las posibilidades reales de construirlo y llevarlo a la práctica. Desde una perspectiva neuropsicológica, construir, sostener y reorientar proyectos vitales implica planificación, toma de decisiones, monitoreo y adaptación de la conducta, por lo que puede constituir un espacio para la movilización recurrente de funciones ejecutivas. La relación entre proyecto de vida y funcionamiento neurocognitivo puede entenderse, así, como potencialmente dinámica: las capacidades ejecutivas favorecen la conducta orientada hacia metas y, a su vez, su ejercicio cotidiano podría contribuir a mantener activos estos procesos (Miyake et al., 2000; Diamond, 2013; D'Angelo, 2000; Wei et al., 2024).

La principal implicancia del modelo es que promover un envejecimiento saludable requiere intervenir no solo sobre las capacidades individuales, sino también sobre las condiciones que permiten utilizarlas y desarrollarlas. La dificultad para construir o sostener un proyecto de vida no debería interpretarse exclusivamente como

una característica individual, pues en contextos de vulnerabilidad también podría constituir una señal de oportunidades insuficientes para proyectarse, participar, asumir nuevos roles o transformar metas en acciones. Así, la ausencia o debilitamiento de proyectos vitales puede orientar la atención hacia las condiciones sociales y comunitarias disponibles, desplazando el análisis desde un supuesto déficit individual hacia la relación entre capacidades y oportunidades del entorno (Marmot, 2005; Coscioni et al., 2023; Ibáñez & Slachevsky, 2024; Migeot et al., 2025).

Estas desigualdades también pueden expresarse territorialmente, condicionando el acceso a servicios, recursos y espacios comunitarios. Por ello, las intervenciones requieren considerar criterios de accesibilidad y equidad. De este modo, la neuropsicología comunitaria propuesta desplaza el foco desde la evaluación aislada del individuo hacia la relación entre sus capacidades y los contextos sociales y territoriales en que pueden expresarse y desarrollarse (Beard et al., 2016; Ibáñez & Slachevsky, 2024).

No obstante, esta formulación constituye una propuesta teórica y no una relación causal demostrada. Aunque la evidencia permite sustentar los distintos componentes del modelo, aún es necesario determinar si ampliar las oportunidades para construir y sostener proyectos vitales se relaciona con cambios en participación, actividad cognitiva y trayectorias neurocognitivas. Estudios longitudinales e intervenciones comunitarias permitirán evaluar esta hipótesis y determinar si incorporar explícitamente la construcción de proyectos de vida produce beneficios adicionales respecto de programas centrados exclusivamente en actividad social o estimulación cognitiva (Wei et al., 2024; Livingston et al., 2024).

En definitiva, la promoción de la salud cerebral durante la vejez puede ser comprendida como una tarea que excede la intervención sobre el individuo. Crear condiciones para que las personas mayores puedan continuar proyectándose, tomar decisiones, aprender, participar y orientar su conducta hacia objetivos significativos constituye una posible vía para favorecer trayectorias de envejecimiento más saludables. Desde esta perspectiva, la dificultad para

construir un proyecto de vida no debería conducir únicamente a preguntarse qué capacidades individuales se encuentran comprometidas, sino también qué oportunidades sociales existen para imaginar un futuro y convertirlo en acciones posibles. La pregunta neuropsicológica, por tanto, no es solamente qué capacidades conserva una persona mayor, sino también qué condiciones sociales y territoriales existen para que pueda utilizarlas, desarrollarlas y ponerlas al servicio de una vida con sentido (Observatorio del Envejecimiento UC, 2023; Marmot, 2005; Migeot et al., 2025).

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no presentar conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO

No existió financiamiento para este artículo.

REFERENCIAS

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)

Coscioni, V., Teixeira, M. A. P., Cassarino-Perez, L., & Paixão, M. P. (2023). Life projects, motivational and volitional features, and field of possibilities: A theoretical model. *Self and Identity*, 22(5), 783–808. <https://doi.org/10.1080/15298868.2023.2174177>

D'Angelo Hernández, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270–275. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v17n3/08.pdf>

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Gonçalves, L. M., & Segovia, S. (2018). La generación de proyectos de vida en adultos mayores: Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 9(1), 53–76. <https://doi.org/10.18175/vys9.1.2018.04>

Ibanez, A., & Slachevsky, A. (2024). Environmental–genetic interactions in ageing and dementia across Latin America. *Nature Reviews Neurology*, 20, 571–572. <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00998-0>

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., Shirai, K., Singh-Manoux, A., Schneider, L. S., Walsh, S., Yao, Y., Sommerlad, A., & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Migeot, J., Pina-Escudero, S. D., Hernandez, H., Gonzalez-Gomez, R., Legaz, A., Fittipaldi, S., de Paula França Resende, E., Duran-Aniotz, C., Avila-Funes, J. A., Behrens, M. I., Bruno, M. A., Cardona, J. F., Custodio, N., García, A. M., Godoy, M. E., Hu, K., Lanata, S., Lawlor, B., Lopera, F., Maito, M. A., Matallana, D. L., Miller, B., Miranda, J. J., Okada de Oliveira, M., Reyes, P., Santamaria-Garcia, H., Slachevsky, A., Sosa, A. L., Takada, L. T., Torres, J. M., Vanneste, S., Valcour, V., Wen, O., Yokoyama, J. S., Possin, K. L., & Ibanez, A. (2025). Social exposome and brain health outcomes of dementia across Latin America. *Nature Communications*, 16, 8196. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-63277-6>

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100.

<https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>

Observatorio del Envejecimiento UC. (2023). Los vínculos sociales de las personas mayores en Chile (Año 4, v24). *Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento, Pontificia Universidad Católica de Chile, & Compañía de Seguros Confuturo*. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2023/10/Reporte-Los-Vi%CC%81nculos-Sociales-de-las-Personas-Mayores-en-Chile.pdf>

Pedrosa, B., Pocinho, R., Margarido, C., & Torrijos, P. (2026). Projetos de vida em estruturas residenciais para pessoas idosas: Estudo qualitativo com profissionais técnicos em Portugal. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 12(1), 1–26. <https://doi.org/10.31211/rpics.2026.12.1.423>

Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Milner, B., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Sikkes, S. A. M., Vemuri, P., & Hohman, T. J. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305–1311.

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

Vygotsky, L. S. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.

Wei, C.-C., Hsieh, M.-J., & Chuang, Y.-F. (2024). The effects of social interaction intervention on cognitive functions among older adults without dementia: A systematic review and meta-analysis. *Innovation in Aging*, 8(10), igae084 <https://doi.org/10.1093/geroni/igae084>

Rehabilitación neuropsicológica: reflexiones desde la práctica clínica

Neuropsychological Rehabilitation: Meditations from Clinical Practice

Alberto García-Molina^{1,2,3,4}

Correspondencia:

Alberto García-Molina

agarciam@guttmann.com

RECIBIDO: 11 DE MAYO 2026 | PUBLICADO: SEPTIEMBRE 2026

Resumen

La rehabilitación neuropsicológica es el proceso terapéutico mediante el cual las personas con lesiones neurológicas (u otras patologías que afectan al sistema nervioso central), y sus familias, trabajan juntamente con profesionales para poder alcanzar una vida satisfactoria, significativa y útil. Esta intervención pivota en torno a diferentes ejes que pueden estar afectados tras la lesión: desde la cognición hasta la identidad, pasando por la conducta o la emoción. En este trabajo el autor plantea algunas reflexiones en torno a la rehabilitación neuropsicológica, desde su experiencia como neuropsicólogo en un hospital monográfico de neurorrehabilitación durante más de dos décadas. El trabajo aborda los siguientes temas: la persona como sujeto del tratamiento, el concepto de recuperación y su reinterpretación, la evaluación neuropsicológica en neurorrehabilitación, la relación entre lesiones neurológicas y sintomatología neuropsicológica, la evolución post-lesional y el concepto de cronicidad, la familia como elemento clave del proceso de recuperación, tópicos erróneos en neurorrehabilitación y el autocuidado del profesional.

Palabras clave: Persona. Lesiones neurológicas. Evaluación. Intervención. Recuperación.

Abstract

Neuropsychological rehabilitation is the therapeutic process by which individuals with neurological injuries (or other pathologies affecting the central nervous system), and their families, work together with professionals to achieve a fulfilling, meaningful, and useful life. This intervention focuses on different areas that may be affected by the injury (behavior, cognition, emotion or identity). In this work, the author offers some meditations on neuropsychological rehabilitation, based on his experience as a neuropsychologist in a specialized neurorehabilitation hospital for over two decades. The work addresses the following topics: the individual as the subject of treatment, the concept of recovery and its reinterpretation, neuropsychological assessment in neurorehabilitation, the relationship between neurological injuries and neuropsychological symptoms, post-injury evolution and the concept of chronicity, the family as a key element in the recovery process, common misconceptions in neurorehabilitation, and the professional's self-care.

Keywords: Person. Neurological injuries. Assessment. Intervention. Recovery.

¹ Guttmann Hospital de Neurorehabilitació, Badalona, Barcelona, España.

² Institut Universitari de Neurorehabilitació Guttmann adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España.

³ Institut de Recerca Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

⁴ Centro de Estudios en Neurociencia Humana y Neuropsicología. Facultad de Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile, Chile.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

INTRODUCCIÓN

Durante la formación en neuropsicología tenemos la oportunidad de aprender junto a los mejores profesores y leer los manuales esenciales sobre qué es la rehabilitación neuropsicológica. Cuando nos iniciamos en el mundo laboral creemos que seremos capaces de afrontar cualquier situación. Pero la práctica clínica en rehabilitación neuropsicológica es compleja y uno se percató de que no está tan preparado como creía: una cosa es leer sobre alteraciones y trastornos en los libros de texto y otra bien distinta es tener cara a cara a una persona con una determinada patología. En 1914, el médico canadiense William Osler escribe en su obra *Aequanimitas*: “Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es navegar un mar inexplorado, mientras que estudiar libros sin pacientes es no ir al mar en absoluto.” (p. 220)

Con el tiempo, tras años de experiencia laboral, puedes caer en un exceso de confianza: creer que ya lo has visto todo, que nada te puede sorprender. Que saber mucho significa saberlo todo. Sin embargo, la actividad asistencial te puede descolocar en el momento menos pensado. Este exceso de confianza puede hacer que caigas en lo que Christian Salas (2023) denomina el *sesgo del experto*. La experiencia clínica genera, según este neuropsicólogo chileno, categorías mentales muy consolidadas, inquebrantables, filtros con los que lees a cada sujeto particular. Estas categorías pueden llevarte a cometer errores y dejar de indagar, porque consideras que ya has encontrado lo que buscabas.

En ocasiones, la práctica clínica es desconcertante y plantea situaciones que exigen poner en tela de juicio el modelo teórico que utilizas para entender cómo funciona el cerebro –y por extensión el comportamiento humano–. Te obliga a aprender constantemente, a reciclarte, a explorar nuevos enfoques, a no bajar nunca la guardia. Este aprendizaje no se limita a la lectura de textos científicos, realizar cursos o asistir a eventos profesionales. También comporta aprender de las personas que atendemos y de nuestros propios errores –todos cometemos errores en nuestro día a día de los cuales podemos extraer valiosas lecciones–. Tal y como señalan Turnbull et al. (2023) “no hay nada

malo en cometer errores, sobre todo porque los errores pueden ser educativos y (...) pueden representar una verdadera oportunidad de aprendizaje” (p. 123).

En este trabajo se plantean algunas reflexiones en torno a la rehabilitación neuropsicológica. En ningún momento pretenden sentar cátedra. No son más que opiniones, y como tales son cuestionables y rebatibles. Estas reflexiones abordan los siguientes temas: la persona como sujeto del tratamiento, el concepto de recuperación y su reinterpretación, la evaluación neuropsicológica en neurorrehabilitación, la relación entre lesiones neurológicas y sintomatología neuropsicológica, la evolución post-lesional y el concepto de cronicidad, la familia como elemento clave del proceso de recuperación, tópicos erróneos en neurorrehabilitación y el autocuidado del profesional. Estas reflexiones derivan de mi práctica clínica como neuropsicólogo en Guttman – Hospital de Neurorrehabilitación (hospital monográfico especializado en el tratamiento médico-quirúrgico y la rehabilitación integral de personas con daño cerebral adquirido, lesión medular u otra discapacidad de origen neurológico). En este centro asistencial he desarrollado mi actividad laboral desde 2004. Primero como investigador pre-doctoral (2004-2008) y posteriormente como neuropsicólogo adjunto del Área de Neuropsicología (2008-actualidad).

La persona como sujeto del tratamiento

Los Grados en Psicología de diversas universidades españolas incluyen la asignatura de “Neuropsicología”. Un análisis superficial de los planes docentes de esta asignatura muestra que su objetivo principal de aprendizaje es el conocimiento de las bases biológicas de los procesos cognitivos y las principales patologías que pueden ocasionar alteraciones en su funcionamiento. Esta forma de entender la Neuropsicología hunde sus raíces en la tradición médica del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Desde esta perspectiva, las personas con lesiones neurológicas son conceptualizadas como huéspedes de patologías; patologías que son objeto

de observación, análisis y clasificación. Interesan las patologías, no las personas que las presentan.

Todavía hoy en día, algunos profesionales de la neurorrehabilitación consideran válido este marco de trabajo, y centran sus intervenciones en aproximaciones cognitivo-céntricas que tienen como propósito revertir los efectos provocados por los cambios cognitivos derivados de las lesiones neurológicas. Desde una perspectiva holística, la rehabilitación neuropsicológica es el proceso terapéutico mediante el cual las personas con lesiones neurológicas (u otras patologías que afectan al sistema nervioso central) trabajan conjuntamente con profesionales para recuperar el sentido de su vida (García-Molina, 2026). Esta intervención pivota en torno a diferentes ejes: cognición, conducta, emoción e identidad. La persona, en sus múltiples facetas, es el sujeto del tratamiento. La forma en como las personas responden a los cambios derivados de las lesiones neurológicas está influida por sus historias vitales y los métodos de afrontamiento pre-lesionales. No hay que olvidar que las lesiones neurológicas se instauran en personas con una historia propia que se desarrolla en un contexto sociocultural determinado.

La reconstrucción de la identidad post-lesional en una identidad organizada, convincente y razonablemente realista es un elemento central de la rehabilitación neuropsicológica. Cuando la reconstrucción no es posible, y la persona ha de reinventar su identidad, el profesional debe asistirle y acompañarle en el complejo, y desafiante, proceso de aprender a vivir con las restricciones que impone la lesión neurológica, sin resentimiento ni pérdida de esperanza (Prigatano, 1999, 2020).

Redefiniendo el concepto de recuperación

El objetivo último de todo proceso de neurorrehabilitación es tratar de devolver a la persona a su estado pre-lesional (en restituir ad *integrum* su capacidad funcional). Desafortunadamente esto no siempre es factible y la persona tiene que enfrentarse a una nueva realidad marcada por los cambios,

incertidumbres y limitaciones impuestos por la lesión.

Como profesionales muchas veces pensamos que la recuperación parcial es una opción válida. En algunos casos lo es. En otros no, ya que puede desencadenar un sentimiento crónico de pérdida y desesperanza en la persona afectada. En este segundo escenario, el proceso de recuperación debe reconceptualizarse y transformarse en un proceso de adaptación. Proceso en el que, pese a la presencia de limitaciones funcionales (derivadas de la lesión neurológica), la persona ha de ser capaz de reconstruir una vida plena y establecer una continuidad entre su vida pre-lesional y su vida post-lesional.

El neurólogo alemán Kurt Goldstein (1942), precursor de la rehabilitación neuropsicológica contemporánea, indica que uno de los principales objetivos de la intervención neuropsicológica es ayudar a la persona a que acepte las limitaciones que impone la lesión neurológica y darle un nuevo sentido a su vida. De tal manera, a pesar de la presencia de limitaciones físicas, motoras, sensoriales o cognitivas, hemos de ayudar a la persona a que valore lo que ha logrado mediante la rehabilitación, a aceptar la necesidad de vivir con restricciones –sin sentirse victimizada– y a entender que su vida actual tiene sentido y que vale la pena vivirla. Cuando no es posible la restitución completa del estado pre-lesional, el proceso terapéutico debe tener entre sus objetivos acompañar a la persona en la construcción de su nueva realidad. Este proceso de adaptación comporta adecuar sus actitudes, valores y metas para poder alcanzar una vida post-lesional satisfactoria, significativa y útil.

Evaluar para rehabilitar

Las evaluaciones con finalidad diagnóstica acostumbran a tener como objetivo detectar áreas deficitarias que contribuyen a caracterizar el perfil cognitivo de la persona evaluada. Tales déficits, ayudan al profesional a establecer un diagnóstico. Las evaluaciones en neurorrehabilitación tienen que ir un paso más allá (Lezak et al., 2012). Paralelamente a la identificación de déficits, también son una herramienta

para determinar las capacidades (y recursos) de la persona. No es lo mismo trabajar con una persona que únicamente tiene déficits mnésicos, que hacerlo con alguien que también presenta alteraciones en su capacidad para resolver problemas. El primero dispone de recursos cognitivos que, a priori, plantea un escenario terapéutico diferente del segundo. Y es que las intervenciones no deben centrarse exclusivamente en lo que la persona no puede hacer, sino también en lo que sí puede hacer.

Con frecuencia, se cae en el error de equiparar la evaluación neuropsicológica con la administración de pruebas psicométricas (ya sean tests, cuestionarios o escalas) (Wilson & Betteridge, 2019). Sin embargo, para poder recopilar, organizar e interpretar la mayor cantidad de información posible sobre la persona evaluada, has de *conocerla*: para poder interpretar su comportamiento es crítico entender sus circunstancias vitales. Desde esta perspectiva, la evaluación debe fundamentarse en dos principios básicos: contextualizar y razonar. La contextualización permite interpretar las respuestas de la persona en función de su contexto vital, historia pre-lesional y características específicas. Mientras que el acto de razonar ayuda a reflexionar sobre el porqué de los diferentes actos que conforman el proceso e interpretar los hallazgos de la evaluación a la luz de las particularidades de la persona evaluada.

La evaluación neuropsicológica en el ámbito de la neurorrehabilitación debe integrar tres fuentes complementarias de información:

- Entrevista clínica: técnica de recogida de datos basada en la comunicación verbal. Su función esencial es obtener información relevante para identificar y comprender los problemas que afectan a la persona.
- Evaluación psicométrica: administración de instrumentos que proporcionan datos medibles y objetivos sobre las capacidades y los déficits de la persona.
- Observación conductual: apreciación directa de la conducta de la persona en un entorno específico (p. ej., durante la evaluación o bien en otros entornos clínicos –tanto su comportamiento

respecto a las actividades propuestas, como la interacción con el evaluador u otros profesionales asistenciales–).

En la entrevista clínica se establece un diálogo entre el profesional y la persona evaluada. Este diálogo, que muchas veces adopta la forma de conversación –aparentemente informal–, permite construir una narrativa en torno a preguntas simples, pero existencialmente relevantes: ¿Qué está experimentando durante el proceso rehabilitador? ¿Cómo se ve a sí misma ahora en comparación con antes de la lesión? ¿Cómo se relaciona actualmente, y cómo la hacía en el pasado, con sus personas significativas? ¿Cómo se siente respecto a sus limitaciones y la necesidad de ayuda por parte de terceros? ¿Qué quería de la vida antes de la lesión? ¿Han cambiado esas aspiraciones después de la lesión? Preguntas que sitúan a la persona como centro de atención de la intervención. Asimismo, no hay que olvidar estar atentos tanto al contenido de sus respuestas, como de las palabras que emplea u otras fuentes de información colaterales (p. ej., vacilaciones, silencios, pausas, expresiones faciales, gestos).

El diálogo con la familia también brinda la oportunidad de recabar información sobre la persona evaluada, ayudando a comprender mejor su personalidad y características premórbidas, cómo afronta la persona afectada el estrés y la adversidad o cuál es su respuesta ante la situación actual.

Lesiones y sintomatología

En la década de 1860, el médico francés Paul Pierre Broca obtiene la primera evidencia empírica de la correspondencia entre un proceso cognitivo y una región cortical (Broca, 1861, 1865). Este hito inaugura la época dorada del localizacionismo cortical, tendencia hegemónica en el estudio de la fisiología cerebral que ha utilizado la histología y la clínica –y más recientemente la neuroimagen– para tratar de asignar funciones específicas a partes, arquitectónicamente distintas, de la corteza cerebral.

Sería ingenuo defender que no existe localización funcional en la corteza cerebral y que todas sus regiones

son equipotenciales. La práctica clínica nos demuestra que la ubicación de la lesión determina, de manera más o menos precisa, la sintomatología que manifiesta la persona afectada. Así, por ejemplo, nos permiten hipotetizar que tras una lesión hemisférica izquierda es probable observar una alteración del lenguaje; que la presencia de una lesión parietal derecha puede comportar una heminegligencia; o que tras lesiones en regiones orbitofrontales es habitual observar cambios comportamentales.

Cuando una región o estructura neurológica se ve alterada o dañada, y deja de funcionar de forma total o parcial, no solo el tejido dañado ocasiona sintomatología, sino que también lo hace el tejido cerebral restante. Tanto o más que lo destruido, en neurorrehabilitación es necesario valorar el papel de las estructuras no dañadas. Igualmente, hay que considerar que las estructuras sanas funcionan en unas condiciones particulares de déficit funcional: parte de la sintomatología es fruto de un intento patológico de las estructuras no afectadas por compensar los déficits derivados de las estructuras dañadas o alteradas. De tal forma, debemos entender el sistema nervioso dañado como un nuevo sistema que trata de adaptarse a los cambios derivados de la lesión (García-Molina, 2026).

Una última apreciación. La investigación básica con técnicas de neuroimagen proporciona valiosa información sobre la fisiología cerebral, aportando localizaciones funcionales más precisas que la práctica clínica; así como de la conectividad entre diferentes regiones cerebrales (Fornito et al., 2015; Herbet & Duffau, 2020). Aunque no siempre este tipo de investigación tiene una aplicabilidad directa en la práctica clínica, sus hallazgos contribuyen a cuestionar las hipótesis que muchos profesionales asistenciales utilizan para entender el funcionamiento del encéfalo –hipótesis que, con frecuencia, parten de marcos conceptuales basados en planteamientos modulares-estáticos que obvian la naturaleza conexionista-dinámica del sistema nervioso-. Tal es el caso del área de Broca y su contribución en la producción del lenguaje hablado (Ardila et al., 2016; Gajardo-Vidal et al., 2021). O bien la representación motora cortical. Clásicamente, tal y como sostenía el neurocirujano estadounidense Wilder Penfield,

se consideraba que esta representación cortical era continua. Actualmente, Gordon et al. (2023) proponen que entre las zonas efectoras (p. ej., pie, mano y boca) hay áreas inter-efectoras que forman parte de una red de acción somato-cognitiva para el control integrador y alostático de todo el cuerpo.

Evolución post-lesional y cronicidad

El encéfalo, y por extensión el sistema nervioso central, es una estructura viva. Gracias a su capacidad plástica, va moldeándose en respuesta a experiencias –lo que pensamos, lo que hacemos, el entorno social en el que vivimos-. En condiciones patológicas, como, por ejemplo, una lesión neurológica, el encéfalo dispone de mecanismos plásticos que posibilitan su recuperación funcional sin la participación directa de profesionales de la neurorrehabilitación (Lendrem & Lincoln, 1985; Farnè et al., 2004). Las intervenciones terapéuticas deben diseñarse con el propósito de facilitar (o potenciar) estos cambios plásticos.

Tradicionalmente, los modelos explicativos dominantes en neuropsicología han defendido una concepción estática del encéfalo, con los modelos localizacionistas-conexionistas como paradigma de referencia. El proceso de recuperación post-lesional, en constante cambio y transformación, plantea un desafío a estos modelos y deja entrever que es más acertado pensar en una concepción cerebral dinámica. Al igual que el sistema nervioso central evoluciona a lo largo de la vida, también lo hace tras una lesión neurológica.

Durante años he equiparado cronicidad con invariabilidad. Pensamiento que no defiende actualmente. Si bien es cierto que tras una lesión neurológica la capacidad de mejora va menguando con el tiempo, aun en fases crónicas es posible intervenir para generar cambios (Gil-Pagés et al., 2022). Esta idea la retomaré, desde otra perspectiva, en el apartado que lleva por título “desmontando mitos”.

Familia

La persona afectada por una lesión neurológica es la protagonista del proceso neurorrehabilitador. Es un hecho irrefutable. Pero los programas rehabilitadores que se centran únicamente en la persona no siempre funcionan. No porque carezcan de validez terapéutica, sino porque *olvidan* integrar a su familia. Las lesiones neurológicas afectan tanto a la persona que las presenta como a sus allegados.

La familia no solo es un agente receptor de tratamiento (como lo es la persona afectada), sino que también puede actuar como agente emisor de tratamiento o facilitador del proceso rehabilitador. Comparte un sinfín de horas con su ser querido, situándose en una posición excepcional para fomentar el uso de estrategias compensatorias o actuar como control externo; así como para favorecer la generalización de los aprendizajes adquiridos en las sesiones terapéuticas.

Al igual que le sucede a la persona afectada, la familia evoluciona a lo largo del proceso de recuperación. El shock inicial da paso a la negación, que es sustituida por un proceso de duelo, eventual aceptación y reanudación de la vida (Klonoff, 2014). No obstante, la realidad es obstinadamente compleja, y este patrón no siempre se cumple. Algunas familias experimentan todas las etapas, pero a ritmos muy distintos y en un orden diferente. Otras pueden pasar por alto alguna de ellas o quedar estancadas en una determinada etapa; habitualmente la negación.

La negación es un mecanismo de defensa psicológico destinado a sustituir una realidad inaceptable por otra fundamentada en fantasías poco realistas. Según Romano (1974), este fenómeno encierra tres patrones de conducta:

- **Fantasías comunes.** En la fase aguda post-lesional, una de las fantasías más frecuentes es aquella en la que la familia cree que la persona se despertará del coma como si nada hubiera ocurrido –retomando su vida en el punto en el que la había dejado–.

- **Negativas verbales.** Reflejan la dificultad de la familia para aceptar que su ser querido puede no volver a ser la misma persona que era antes de la lesión (p. ej., “está dispersa porque toma demasiada medicación”, “siempre ha tenido mala memoria” o “sus modales en la mesa nunca han sido demasiado buenos”).
- **Respuestas inapropiadas.** Estas contestaciones surgen ante la incapacidad de la familia para modificar los planes vitales pre-lesionales trazados por la persona afectada (p. ej., matricularlo en el siguiente curso académico, cuando su capacidad de estudio estará comprometida por las alteraciones cognitivas que presenta).

Las familias (y sus actitudes) cambian a lo largo del proceso de recuperación. Pero no siempre en la dirección esperada. Existen momentos críticos en los que las discrepancias entre los objetivos de la familia y los de los profesionales nos convierten en personas indeseables, en chivos expiatorios o adversarios. Para las familias somos los responsables de que su ser querido no mejore. Esto es más que evidente en el momento que en su discurso afloran frases del tipo “Si le dieras más terapia, mejoraría”, “No estás haciendo lo suficiente” o “Estás siendo pesimista sobre su evolución, no me ayudas”.

Estas expresiones pueden generar malestar e incomodidad entre los profesionales. No obstante, hemos de asumir que son consecuencia directa de la dificultad de la familia para asumir los cambios que ha experimentado su ser querido –y que no le permitirán volver a ser la misma persona que conocían y querían–. En este contexto, es vital que las ayudemos a aclarar las expectativas sobre la evolución (y resultados), así como sustituir su optimismo extremo por un realismo acorde a la situación.

Desmontando mitos

En 2013 la neuropsicóloga Teresa Roig y yo publicamos un artículo en el que describíamos algunas de las ideas erróneas más comunes sobre

las lesiones neurológicas de origen traumático, su proceso de recuperación y evolución. Más de una década después, continuo oyéndolas en boca de personas afectadas, familiares y personal sanitario ajeno a la neurorrehabilitación. Todavía queda mucho camino por recorrer. A continuación, recojo algunos ejemplos.

“La recuperación depende de la implicación de la persona en el proceso rehabilitador”

Este perverso mensaje encierra la idea de que la recuperación está en manos de la persona afectada y que por tanto obedece a su nivel de implicación, esfuerzo y constancia. Cuando la evolución es positiva se produce el fenómeno de la profecía autocumplida –predicción que, una vez hecha, es en sí misma la causa de que se haga realidad–. Los eslóganes del tipo “querer es poder” o “con esfuerzo todo es posible” atribuyen a la persona el control de la recuperación, haciéndole responsable único de los resultados obtenidos. El problema surge cuando la recuperación no sigue el curso esperado o deseado –y la predicción no se cumple–. Entonces, la persona se convierte en la única responsable del fracaso; se la acusa de que está desmotivada, que no se esfuerza lo suficiente, o que es perezosa. Obviando que en la recuperación participan múltiples factores que no están bajo su control.

“Lo que no recupere en un año, no se recuperará”

Entre los profesionales asistenciales, que no tienen experiencia en el tratamiento de personas con lesiones neurológicas, está ampliamente extendida la idea de que la recuperación es prácticamente nula un año después de la lesión –algunos profesionales sitúan este límite en los dos años–. Estas sentencias generan un intenso malestar emocional en las personas afectadas, y sus familias, cuando “el año” está próximo a cumplirse. Sin embargo, tanto la literatura como la experiencia clínica, constatan que, en algunos casos, es posible conseguir cambios positivos años después de la lesión (Millis et al., 2001; Himanen et al., 2006; Green et al., 2023).

“Las evidencias dicen que no habrá cambios, que el déficit persistirá”

Algunos profesionales basan sus pronósticos clínicos únicamente en las evidencias científicas. Estas evidencias derivan de los resultados de uno o varios ensayos clínicos que estudian si el tratamiento X mejora la capacidad Y en personas con un deterioro en dicha capacidad. Por ejemplo, cuando se quiere investigar la eficacia de una determinada intervención, se compara el rendimiento de dos grupos de personas, de características socio-demográficas y clínicas similares, en una batería de pruebas psicométricas. Uno de los grupos realiza el tratamiento, mientras que el otro no. Si no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos, concluimos que el tratamiento no es eficaz. Ahora bien, podría darse el caso que el resultado grupal enmascare el resultado individual. Es decir, que alguna persona del grupo que ha realizado el tratamiento se beneficie del mismo –aunque el análisis de los datos agregados no muestra diferencias estadísticas entre ambos grupos–. También puede producirse el caso inverso. Que existan diferencias intergrupales no implica, obligatoriamente, que el tratamiento tenga el efecto esperado en todos los integrantes del grupo que lo ha recibido.

A pesar de la innegable utilidad de las evidencias, no hay que perder de vista que nuestra obligación como profesionales es tratar de ofrecer respuestas de acuerdo con soluciones individuales y específicas para cada caso concreto. Así pues, en neurorrehabilitación la toma de decisiones debe realizarse a partir de la suma de la evidencia derivada de la investigación científica y de las certezas clínicas. Una correcta práctica asistencial implica utilizar tanto la experiencia clínica del profesional como la mejor evidencia científica disponible, ya que ninguna de las dos es suficiente por sí sola. Sin experiencia clínica, la práctica corre el riesgo de verse tiranizada por la evidencia, y sin la mejor evidencia disponible, la práctica se queda obsoleta (García-Molina, 2026).

El autocuidado del profesional

Los profesionales que trabajamos en neurorrehabilitación no somos inmunes al sufrimiento ajeno –como tampoco lo son otros profesionales asistenciales–. La exposición continuada a las incertidumbres y miedos de las personas con lesiones neurológicas (y sus familias) puede hacernos experimentar niveles elevados de estrés. Situación que puede desembocar en lo que la Organización Mundial de la Salud (2019) denomina “Síndrome de Desgaste Ocupacional” (CIE-11; código: QD85). Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones: (1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; (2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y (3) una sensación de ineficacia y falta de realización.

Este tema no acostumbra a incluirse en la formación en neuropsicología. Craso error. Al igual que insistimos a las familias que deben cuidarse para poder atender adecuadamente a sus seres queridos, los profesionales tenemos que cuidarnos para poder cuidar. La neuropsicóloga norteamericana Pamela Klonoff (2010) identifica diversas señales de alerta que anteceden a un catastrófico desgaste emocional como agotamiento emocional, abrumador sentido de responsabilidad, sobreimplicación o excesivo compromiso laboral, descomunal idealismo y expectativas poco realistas, minimizar los resultados obtenidos aumentando la sensación de impotencia, desapego, o incluso odio, hacia las personas que atendemos o profundo sentimiento de inutilidad respecto a la eficacia del trabajo que se está desarrollando.

No llegar a presentar estas señales de alerta es vital para desarrollar correctamente nuestro trabajo –y salvaguardar nuestra salud mental–. ¿Y qué puedes hacer para evitarlas? Debes tener claras tus funciones y tareas. Ser consciente de tus limitaciones y reconocer tu incapacidad para poder resolver los problemas de todas las personas (y familias) que atiendes en tu lugar de trabajo. Céntrate en el proceso y no en el resultado: a pesar del esfuerzo, el resultado deseado no siempre se alcanza. Encuentra un equilibrio entre trabajo y vida

personal. Autoevalúate y determina si estás viviendo un momento vital estresante que limita tu capacidad laboral y aumenta tu vulnerabilidad emocional (p. ej. la presencia de una patología relevante, una importante pérdida personal o material...). No olvides cuidar tu salud y mantener tu red de apoyo social y laboral. Expresa y comparte tus emociones. Pide ayuda si la necesitas. Incluso las personas más formadas y preparadas pueden claudicar emocionalmente. Somos humanos.

CONCLUSIONES

Este artículo compila algunas reflexiones sobre la rehabilitación neuropsicológica, surgidas del contacto diario con personas con lesiones neurológicas –en un entorno asistencial particular: un hospital de neurorrehabilitación–. Reflexiones que persiguen mostrar algunas realidades que no siempre son consideradas durante la formación en neuropsicología. Esto da pie a una *última* reflexión: ¿Cómo podemos mejorar nuestra capacidad para ayudar a las personas que atendemos? Existen diversas respuestas posibles. Me focalizaré en una de las que creo, personalmente, que es clave para la consecución de tal propósito: la formación.

Las necesidades clínico-asistenciales actuales han propiciado que los profesionales de la neuropsicología no solo se centren en la evaluación y el diagnóstico, sino que también incluyan entre sus funciones la rehabilitación y el tratamiento. Este escenario implica que la formación de los futuros neuropsicólogos debe incorporar aspectos como el desarrollo e implementación de planes de intervención, la evaluación de objetivos y necesidades, la identificación de barreras y facilitadores o la efectividad de los tratamientos. Es fundamental que los programas de estudios en neuropsicología incluyan asignaturas sobre intervención neuropsicológica. A su vez, estos programas deben incorporar formación teórica y formación práctica supervisada (integrada en la actividad clínico-asistencial). La formación práctica permite transformar los conocimientos teóricos en competencias aplicadas en un entorno real¹. Esta herramienta de aprendizaje debería ser obligatoria

¹ Actualmente existen ofertas formativas que ofrecen prácticas con pacientes virtuales. No dispongo del conocimiento suficiente para poder opinar al respecto. No obstante, intuyo que pueden convertirse en una excelente herramienta de aprendizaje.

en todo programa de formación en neuropsicología. Desafortunadamente no siempre es así. En una encuesta realizada en España a 339 neuropsicólogos, prácticamente la mitad de ellos indica que durante su etapa formativa no recibieron entrenamiento clínico (47,5%, n=161) (Olabarrieta-Landa et al., 2016).

Sin una formación especializada en neuropsicología, que integre teoría y práctica, no es posible un ejercicio profesional de calidad. Del mismo modo, los neuropsicólogos en activo deben actualizar sus conocimientos y habilidades para mantener y mejorar sus competencias y adaptarse a las cambiantes necesidades de la profesión. Como señala Peña-Casanova (2007), mentor y amigo, “La ciencia avanza inexorablemente. (...). Los mitos deben caer, y las ideas caducas deben ser arrinconadas. El culto a los ídolos y a las “verdades” que parecen eternas son un lastre que limita el avance”.

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Ardila, A., Bernal, B., & Rosselli, M. (2016). Why Broca's Area Damage Does Not Result in Classical Broca's Aphasia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 249. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00249>
- Broca, P. (1861). Perte de la parole; ramollissement chronique et destruction partielle du lobe antérieure gauche du cerveau. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 2, 235-238.
- Broca, P. (1865). Sur le siège de la faculté du langage articulé. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 6, 337-393.
- Farnè, A., Buxbaum, L.J., Ferraro, M., Frassinetti, F., Whyte J., Veramonti, T., Angli, V., et al. (2004). Patterns of spontaneous recovery of neglect and associated disorders in acute right brain damaged patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75(10), 1401-1410. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2002.003095>
- Fornito, A., Zalesky, A., & Breakspear, M. (2015). The connectomics of brain disorders. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(3), 159-172. <https://doi.org/10.1038/nrn3901>
- Gajardo-Vidal, A., Lorca-Puls, D.L, Team, P., Warner, H., Pshdary, B., Crinion, J.T., Leff, A.P., et al. (2021). Damage to Broca's area does not contribute to long-term speech production outcome after stroke. *Brain*, 144(3), 817-832. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa460>
- García-Molina, A. (2026). *Rehabilitación Neuropsicológica. Enfoque integral*. Editorial Síntesis.
- García-Molina, A., & Roig-Rovira, T. (2013). Ideas erróneas sobre rehabilitación neuropsicológica y traumatismo craneoencefálico. *Cuadernos de Neuropsicología*, 7(2), 19-28. <https://doi.org/10.7714/cnps/7.2.201>
- Gil-Pagés, M., Solana, J., Sánchez-Carrión, R., Tormos, J.M., Enseñat-Cantallos, A., & García-Molina, A. (2022). Functional improvement in chronic stroke patients when following a supervised home-based computerized cognitive training. *Brain Injury*, 36(12-14), 1349-1356. <https://doi.org/10.1080/02699052.2022.2140832>
- Goldstein, K. (1942). *After effects of brain injuries in war: their evaluation and treatment*. Grune & Stratton.
- Gordon, E.M., Chauvin, R.J., Van, A.N., Rajesh, A., Nielsen, A., Newbold, D.J., Lynch, C.J., et al. (2023). A somato-cognitive action network alternates with effector regions in motor cortex. *Nature*, 617(7960), 351-359. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-05964-2>
- Green, R.E.A., Dabek, M.K., Changoor, A., Rybkina, J., Monette, G.A. & Colella, B. (2023). Moderate-Severe TBI as a Progressive Disorder: Patterns and Predictors of Cognitive Declines in the Chronic Stages of Injury. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 37(11-12), 799-809. <https://doi.org/10.1177/15459683231212861>
- Herbet, G., & Duffau, H. (2020). Revisiting the functional anatomy of the human brain: Toward a meta-networking theory of cerebral functions. *Physiological Reviews*, 100(3), 1181-1228. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2019>

Himanen, L., Portin, R., Isoniemi, H., Helenius, H., Kurki, T. & Tenovuo, O. (2006). Longitudinal cognitive changes in traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Neurology*, 66(2), 187-192. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000194264.60150.d3>

Klonoff, P. S. (2010). *Psychotherapy after brain injury. Principles and techniques*. Guilford Press.

Klonoff, P. S. (2014). *Psychotherapy for families after brain injury*. Springer.

Lendrem, W., & Lincoln, N.B. (1985). Spontaneous recovery of language in patients with aphasia between 4 and 34 weeks after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 48(8), 743-748. <https://doi.org/10.1136/jnnp.48.8.743>

Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5ª edición). Oxford University Press.

Millis, S.R., Rosenthal, M., Novack, T.A., Sherer, M., Nick, T.G., Kreutzer, J.S., High, W.M. & Ricker, J.H. (2001). Long-term neuropsychological outcome after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(4), 343-355. <https://doi.org/10.1097/00001199-200108000-00005>

Olabarrieta-Landa, L., Caracuel, A., Pérez-García, M., Panyavin, I., Morlett-Paredes, A., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). The profession of neuropsychology in Spain: results of a national survey. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1335-1355. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1183049>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (11ª ed.; CIE-11). <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#129180281>

Osler, W. (1914). *Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*. P. Blakiston's Son & Co.

Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Editorial Médica Panamericana.

Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.

Prigatano, G. P. (2020). *Clinical neuropsychology and the psychological care of persons with brain disorders*. Oxford.

Romano, M. (1974). Family response to traumatic head injury. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 6(1), 1-4.

Salas, C. (2023). Las lesiones cerebrales generan crisis existenciales. *Sobre Ruedas*, 112, 34-40.

Turnbull, O., Coetzer, R., & Salas, C. (2023). *Mistakes in Clinical Neuropsychology. Learning from a Case-based Approach*. Routledge.

Wilson, B.A., & Betteridge, S. (2019). *Essentials of neuropsychological rehabilitation*. Guilford Press.