

Newsletter

“
La importancia de la escucha en la
sociedad actual

El miedo que paraliza

La resiliencia cognitiva del
Alzheimer no nació ayer

”

La importancia de la escucha en la sociedad actual

En tiempos en los cuales se va muy rápido, se presta bastante poca atención al otro y predominan la impulsividad de las redes y las necesidades de autovaloración cada vez más exigentes, la escucha cobra un valor central. Resulta fundamental tomar conciencia de la necesidad de escuchar y, al mismo tiempo, advertir la escasez de la escucha como herramienta básica del diálogo. El diálogo no es solamente hablar, sino principalmente escuchar, entender, comprender y encontrar un camino con el otro. La escucha converge como una función neurológica y neurocognitiva central en los procesos de socialización y gregarismo del Homo sapiens.

El diálogo es un instrumento que, a través del lenguaje intersubjetivo, sirve como base de la conducta social del humano. Es decir, comunicar ideas al otro como interlocutor, si bien el pensamiento como idea constituye otro tipo de idioma, interno, que utiliza otros paradigmas y sectores del sistema nervioso. Sin embargo, la ideación necesita de este instrumento para comunicar al otro, emitiendo y escuchando. El diálogo, si bien retrasa la funcionalidad del pensamiento, permite engranar las ideas a través de códigos específicos de cada idioma, pero también de otros componentes universales que se encuentran diseminados en todos los continentes y etnias.

Pues requiere de una estructura más compleja que la gramatical para el entendimiento del otro, que le otorga peso social, ya que carecería totalmente de valor sin la comprensión del interlocutor. Esta funcionalidad es necesaria para el contexto grupal y las relaciones humanas. Este diálogo es esencial para la transmisión de información aprendida y mejorada, como proceso de construcción acumulativo de la cultura, que puede redundar en el crecimiento intelectual e incluso en el crecimiento cerebral en el contexto de la mayor acumulación de información y tecnología. El entendimiento lingüístico entre personas y grupos será esencial en la base de este difícil proceso.

Los especialistas Mark Dingemanse y Nick Enfield, del Departamento de Lenguaje y Cognición del Instituto Max Planck de Psicolingüística de Nimega, plantean que se requieren “turnos”, es decir pensamiento, espera para hablar y prevención de lo que probablemente nos dirán; “aclaraciones”, como pedido de aclaraciones; y “enmienda”, como correcciones que hacemos sobre la compatibilidad entre discurso e ideas. El grupo de Tanya Stivers plantea también que se requieren tiempos en los diálogos, intervenciones que utilizan temporalidad, espera y turno para establecer cada comunicación, cumpliendo una funcionalidad social tácita del lenguaje que pareciera ser universal y que se repite en diferentes idiomas y etnias.

Existe así, en las estructuras del diálogo, este instrumento muy importante que es la temporalidad. Situaciones temporales son centrales para el entendimiento del otro. Por ejemplo, un mínimo silencio más largo de lo acostumbrado entre pregunta y respuesta puede implicar desaprobación o enojo. Pasamos la mitad de nuestra vida de vigilia en actividad social. El lenguaje corresponde a un instrumento clave para la capacidad gregaria. Presenta procesos universales que, si bien aprendidos, vendrían como una base funcional común en humanos.

En cuanto a la espera en la respuesta, es sugestivo que se produce en promedio en 200 milisegundos, es decir, 0,2 segundos para responder, como un componente estructural normal. Durante este mínimo tiempo, que es muy corto, vamos pensando la respuesta. Es decir, pensamos la respuesta mientras el otro habla. Pero si esos 200 milisegundos pasan a ser 500, lo que sería medio segundo, la respuesta en un diálogo puede ser sospechada de falaz o de que existiera algún tipo de duda o falta de sinceridad en lo respondido. Esto ha sido probado en diferentes idiomas, donde se observan características similares sobre la apreciación subjetiva de la temporalidad de la respuesta durante una conversación.

Durante un diálogo, primero sucede la idea en las cortezas cognitivas de asociación, como el lóbulo prefrontal. Segundo, se activan cortezas cerebrales del lenguaje, como Wernicke y Broca. Y tercero, se usarán instancias cerebrales de lo social, como la corteza cingulada posterior, la amígdala que emociona y empatiza, y la corteza del precuneo, que activa funcionalidad sensorial de integración y contexto interno-externo, self y cognición social. Todas estas áreas se prenden en resonancia magnética nuclear de cerebro en el contexto del diálogo social y se activan aún si se imagina una conversación.

El diálogo es entonces un instrumento de lo social, se convierte en un proceso clave y universal del Homo sapiens, como un acuerdo grupal inconsciente. Sirve para acuerdos y desacuerdos, y para la transmisión de la cultura, siendo un componente central de la conducta gregaria. El consenso es dialogar, encontrar y caminar. Implica así dos puntos centrales, más que hablar: escuchar y tolerar; llegar al pensamiento crítico, que implica incluso nuestros propios e inevitables desaciertos.

Hiroaki Kawamichi y colaboradores, del National Institute for Physiological Sciences, Kyushu University, Nagoya University y la University of Tsukuba, publicaron en Social Neuroscience en el año 2014 un interesante estudio donde la escucha activa se asocia con la activación de circuitos cerebrales vinculados al sistema de recompensa. Se puede pensar así, que ser escuchado puede producir una experiencia emocional positiva y cambiar la forma en que una persona valora lo que está contando.

Pero en tiempos de redes sociales, inmediatez y sobreinformación, escuchar y pedir perdón o admitir errores se ha vuelto aún más difícil. Las decisiones, muchas veces, se toman bajo presión, con información parcial, dominadas por lo emocional y reforzadas por algoritmos que fortalecen nuestras propias creencias. Reconocer errores y pedir perdón son actos profundamente humanos, pero también extraordinariamente complejos. No se trata solo de normas sociales o éticas, sino de procesos que involucran nuestras estructuras cerebrales, nuestros sistemas de creencias y la manera en que percibimos el mundo y a nosotros mismos.

Netta Weinstein y Guy Itzhakov, de la University of Reading, Reino Unido, y la University of Haifa, publicaron en el Journal of Experimental Social Psychology en 2025 una investigación que muestra que ser escuchado de manera atenta, comprensiva y no invasiva favorece necesidades psicológicas básicas como la autonomía, la conexión interpersonal y el bienestar subjetivo. Escuchar no es una actitud pasiva, sino una intervención subjetiva que puede modificar el estado emocional de la persona escuchada. Esto permite pensar a la escucha como un recurso relevante para la salud mental y los vínculos sociales asertivos.

La escucha puede considerarse, entonces, una función central del lenguaje. Es decir, hablar no implica solamente establecer una relación interpersonal e intersubjetiva, ni desarrollar la emisión del instrumento gramatical, sino también la posibilidad de entender y escuchar al otro como parte de un proceso de diálogo intersubjetivo que implica pensamiento, pero también emoción. Se puede considerar que el lenguaje es un instrumento que utilizamos para nuestra expresión gregaria y que, sin escucha, ese lenguaje queda realmente afectado. Quizás sea hora de entender que escuchar es tan importante, o incluso más, que hablar o expresarse.

Bibliografía

1. Stivers T, Enfield NJ, Brown P, Englert C, Hayashi M, Heinemann T, et al. Universals and cultural variation in turn-taking in conversation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;106(26):10587-10592. doi:10.1073/pnas.0903616106.
2. Kawamichi H, Yoshihara K, Sasaki AT, Sugawara SK, Tanabe HC, Shinohara R, et al. Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. *Soc Neurosci*. 2015;10(1):16-26. doi:10.1080/17470919.2014.954732.
3. Weinstein N, Itzhakov G. Empathic listening satisfies speakers' psychological needs and well-being, but doesn't directly deepen solitude experiences: a registered report. *J Exp Soc Psychol*. 2025;117:104716. doi:10.1016/j.jesp.2024.104716.

El miedo que paraliza

En tiempos de hiperconexión y revolución tecnológica la exposición a estímulos que generan temor aumentan exponencialmente. El miedo es una función que se acepta existe en los animales inferiores al hombre. Es considerado como una función básica que marca una conducta instintiva de supervivencia. Sin embargo, en el humano puede considerarse que este instinto es modificado por la inteligencia y las funciones cognitivas, asignándole subjetividad.

El temor genera una respuesta emocional y una conducta posterior de supervivencia, pero también puede paralizar... Que puede conducir a la huida o a la detención de una acción que hubiera puesto en riesgo la vida o por lo contrario a una conducta que avanza sobre un objetivo, pero luego de haberlo supervisado. Esto, por ejemplo, se observa en estudios de animales que ante un estímulo aversivo previo, avanzan pero con mayor desconfianza, midiendo cada paso.

Ante este contexto temeroso la conducta puede ser la evitación o la observación y el arribo a la búsqueda, tanto en animales como en los humanos.

En todo caso en situaciones de miedo se plantea un conflicto de aproximación. Pues si se huye se puede perder la recompensa, pero si se continúa la actividad peligrosa se pueden correr riesgos que el huir evitaría.

Aún continuando la acción se producirá una cierta inhibición conductual que aumentará el tiempo de trabajo.

Se investigó por ejemplo que las ratas perciben peligro como cuando se la coloca en un sitio sin recovecos donde refugiarse. Entonces lentifican su andar generando una inhibición conductual y así valoran el riesgo. Algo parecido sucede en los humanos cuando al padecer miedo se retrasan para evaluar el contexto.

La respuesta a las situaciones amenazantes externas puede ser la lucha, pero también la huida, pues en algunos momentos es aconsejable escapara enfrentar una situación agresiva. Tomar la decisión correcta logrará que un animal o un humano sobreviva y deje descendencia o no lo haga. Es así como aparece el dicho “soldado que huye sirve para otra guerra”, es decir que esta frase sintetiza un mensaje de supervivencia del más apto, pues existen casos en los que no se salvará el que combate sino el que emprenda la retirada. Saber retirarse a tiempo, depende el contexto.

Esta codificación de situaciones se realiza a través de una función clave en la conducta humana que es la ansiedad. Que es una actividad fisiológica y normal pero que si se descontrola o se aplica en forma incorrecta generará procesos de enfermedad. Esto sucede con los trastornos de ansiedad que son un exceso de la misma, generando entonces dificultades psicológicas, físicas y sociales. Este disparo desmedido se produce por ejemplo en las fobias y los ataques de pánico, que son dos de las reacciones de temor que denotan una respuesta excesiva de sistemas, que desembocan en ansiedad y huida.

El miedo transcurre ante una situación concreta e inmediata, como una respuesta aguda a situaciones específicas. Este temor se transforma en ansiedad al hacerse más inespecífico, global y con menor riesgo inminente, lo cual probablemente sea algo diferente. La ansiedad en sí es también una función fisiológica que codifica el contexto, aumenta la atención y la flexibilidad cognitiva cuando el sujeto es normal. Pero que al desbordarse puede ser patológica.

El miedo es un proceso realmente primitivo, esto se demuestra con su existencia en un animal muy pequeño como el molusco *Aplysia*, que tiene apenas 20.000 neuronas, aunque gigantes, que sirve para estudiar procesos neuronales. Este

animal elemental presenta reacciones simples de retirada ante una amenaza, que además pueden ser aprendida. Fue estudiado por el Premio Nobel Eric Kandel que ha de investigado los mecanismos de memoria y aprendizaje en este organismo, describiendo algo parecido al miedo básico.

En los animales más grandes el temor se responde con la activación del sistema de lucha (puede ser confrontación o huida). Despertando a sistema autonómico simpático (sudor, taquicardia, aumento de la respiración etc.). Aunque también puede observarse una activación secundaria del sistema parasimpático que es de reposo y de alimentación, que sin embargo se prende desde el comienzo de la respuesta; generando como prevención, la acumulación de energía alimentaria ante el peligro.

Esta respuesta se da por un localizador de peligros. Que se encuentra en nuestro cerebro y que está siempre prendido, así descubre, en forma inconsciente, si algo es adecuado o riesgoso para lo habitual. Este censor permanente es un conjunto de neuronas que conforman un núcleo subcortical del lóbulo temporal del cerebro, que es la amígdala cerebral.

Es decir que en el humano se describe un miedo mucho más complejo y elaborado, concientizado a partir del desarrollo de las cortezas cognitivas. Ese miedo primitivo puede transformarse en temores objetivables fisiológicos o normales. O patológicos como las fobias, donde se genera una reacción desmesurada.

El neurocientífico Dominik Bach de la Universidad de Zurich describe que animales y el hombre comparten una zona cerebral que maneja la valoración de riesgos: la parte anterior del hipocampo. Esta área trabajaría la conducta de evitación o aproximación. Esta zona está relacionada con la memoria (de lo acontecido en este caso) y de la ubicación en el espacio tanto en animales como las personas. Además, linda anatómicamente con la amígdala, que es el sensor que estando cerca hace más rápida y económica la respuesta conductual.

En el viaje cognitivo desde el sensor amigdalino al lóbulo prefrontal en el humano se produce una transformación subjetiva de la persona. En ese proceso se generan procesos de memorización y aprendizaje, que aportan variantes que complejizan ampliamente la toma de decisiones. En el caso de los miedos será huir o hurgar; esto condiciona muy frecuentemente nuestra conducta, desde las situaciones temerosas más simples a las más complejas.

El miedo puede ser un proceso intuitivo de supervivencia y la decisión electoral está atravesada por el mismo generando un temor predictivo muy influyente.

El miedo, esa emoción palpable que se apodera de nosotros en situaciones concretas e inmediatas, actúa como un reflejo agudo ante circunstancias específicas. Sin embargo, cuando este temor se convierte en ansiedad, se transforma en algo más difuso, global y con un menor riesgo inminente. La ansiedad, en su esencia, es una función fisiológica que contextualiza, agudiza la atención y flexibiliza nuestra cognición cuando todo está en orden.

En este estado ansioso, nuestra conducta puede tomar distintos rumbos: la evitación, como un intento de eludir lo desconocido, o la observación, una forma de enfrentar el miedo y transformarlo en conocimiento.

Bibliografía

1. Misslin R. The defense system of fear: behavior and neurocircuitry. *Neurophysiol Clin.* 2003 Apr;33(2):55-66. doi: 10.1016/s0987-7053(03)00009-1.
2. Pittig A, Wong AHK, Glück VM, Boschet JM. Avoidance and its bi-directional relationship with conditioned fear: Mechanisms, moderators, and clinical implications. *Behav Res Ther.* 2020 Mar;126:103550. doi: 10.1016/j.brat.2020.103550. Epub 2020 Jan 11.
3. Daniel-Watanabe L, Fletcher PC. Are Fear and Anxiety Truly Distinct? *Biol Psychiatry Glob Open Sci.* 2021 Oct 6;2(4):341-349. doi: 10.1016/j.bpsgos.2021.09.006.

La resiliencia cognitiva del Alzheimer no nació ayer

Durante mucho tiempo, el Alzheimer fue pensado casi exclusivamente desde su consecuencia más visible: la pérdida de memoria. La enfermedad se asociaba, de manera casi automática, con deterioro progresivo, dependencia y daño cerebral irreversible. Sin embargo, en los últimos años se fue consolidando una pregunta mucho más interesante: ¿por qué algunas personas, aun teniendo lesiones cerebrales compatibles con Alzheimer, conservan funciones cognitivas relativamente preservadas?

Esa pregunta aparece nuevamente en el trabajo “Transcriptional profiles of immature neurons in aged human hippocampus track Alzheimer’s pathology and cognitive resilience”, publicado en Cell Stem Cell por Giorgia Tosoni y colaboradores. El estudio analizó tejido hipocámpal humano envejecido mediante secuenciación de ARN de núcleo único, comparando cerebros sanos, cerebros con enfermedad de Alzheimer y cerebros con patología compatible con Alzheimer pero sin demencia clínica. Los autores observaron poblaciones persistentes de neuronas inmaduras y sugirieron que ciertos perfiles transcripcionales podrían contribuir a la homeostasis del hipocampo envejecido y a la resiliencia cognitiva frente a la patología de Alzheimer.

El trabajo es relevante y aporta evidencia molecular actual sobre un fenómeno de enorme interés: la posibilidad de que el cerebro mantenga funciones cognitivas aun en presencia de daño neuropatológico. Pero conviene hacer una precisión histórica y científica: el concepto de resiliencia cognitiva aplicado al Alzheimer no nace con este artículo. Ya había sido utilizado formalmente en 2012 en el trabajo “Cognitive resilience: APOE-e4 and mixed dementia”, publicado en Alzheimer’s & Dementia, por nuestro grupo del centro de Alzheimer Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Ese antecedente ubicaba la resiliencia cognitiva en el campo de la enfermedad de Alzheimer, el riesgo genético asociado a ApoE-e4 y la demencia mixta, anticipando una línea

conceptual que hoy vuelve a tomar fuerza en la literatura internacional. Siendo los factores metabólicos e inflamatorios tan importantes como la genética de base.

Esta aclaración no es menor. En ciencia, los conceptos tienen historia. No aparecen de la nada. Se construyen, se discuten, se refinan y luego muchas veces son retomados por otros grupos de investigación. Que hoy un grupo europeo utilice la expresión “cognitive resilience” para explicar por qué algunos cerebros toleran mejor el daño neuropatológico es importante; pero también es importante reconocer que ese marco conceptual ya había sido formulado previamente en relación con Alzheimer y demencias.

La resiliencia cognitiva puede entenderse como la capacidad del cerebro para mantener su funcionamiento a pesar de agresiones biológicas, vasculares, metabólicas, traumáticas, ambientales o genéticas. No implica ausencia de daño. Al contrario: su interés radica precisamente en que puede existir daño cerebral y, aun así, no manifestarse clínicamente con la intensidad esperada. En otras palabras, una persona puede tener lesiones compatibles con Alzheimer y, sin embargo, conservar memoria, lenguaje, orientación y autonomía durante más tiempo que otra con un daño similar.

Esta diferencia obliga a abandonar una mirada lineal de la enfermedad. Durante décadas se pensó que a mayor lesión cerebral correspondía necesariamente mayor deterioro cognitivo. La resiliencia cognitiva introduce una corrección fundamental: entre la lesión y el síntoma existe un espacio de mediación. Ese espacio está ocupado por la genética, la educación, la actividad intelectual, la vida social, el control vascular, el sueño, la alimentación, el ejercicio, la historia emocional y las condiciones ambientales de cada persona.

El concepto no es simplemente descriptivo. Tiene una enorme potencia preventiva. Si algunas personas resisten mejor el daño, la gran pregunta médica es por qué. Y si se identifican esos mecanismos, entonces podría ser posible fortalecerlos, imitarlos o estimularlos. Allí la resiliencia cognitiva deja de ser una curiosidad académica y se convierte en una estrategia sanitaria.

El antecedente de 2012 resulta especialmente relevante porque vinculaba la resiliencia cognitiva con ApoE-e4 y el Alzheimer, es decir, con la interacción entre mecanismos degenerativos y vasculares. Ese enfoque era particularmente adelantado, porque no reducía el Alzheimer a una sola causa ni lo entendía como una enfermedad aislada del resto del organismo. Por el contrario, permitía pensar que el riesgo genético, los factores vasculares y la capacidad compensatoria del cerebro podían combinarse de distintas maneras.

En ese sentido, la resiliencia cognitiva no debe confundirse con una simple “reserva cognitiva”. La reserva cognitiva, tradicionalmente asociada a la función cognitiva: educación, ocupación o estimulación mental, que es parte del problema, pero no lo agota. La resiliencia cognitiva incluye también mecanismos biológicos más profundos: respuestas inflamatorias, protección sináptica, capacidad de reparación, redes neuronales alternativas, factores genéticos protectores y una posible tolerancia diferencial frente a proteínas patológicas como beta-amiloide o tau. Es decir, la “resiliencia cognitiva” es la capacidad cerebral de soportar todas las injurias.

La consecuencia práctica es clara: si el Alzheimer comienza décadas antes de los síntomas, entonces la prevención debe comenzar mucho antes del diagnóstico. La resiliencia cognitiva invita a intervenir sobre hipertensión, diabetes, obesidad, colesterol, sedentarismo, sueño, depresión, aislamiento social, hipoacusia, traumatismos de cráneo y hábitos tóxicos. Cada uno de esos factores puede aumentar o disminuir la vulnerabilidad cerebral. El cerebro envejece dentro de un cuerpo, dentro de una biografía y dentro de una sociedad.

La resiliencia cognitiva permite comprender que el riesgo de Alzheimer no depende únicamente de la presencia de lesiones cerebrales o de una

predisposición genética, sino también de la capacidad del organismo para compensar, demorar o modular la expresión clínica de ese daño. En este punto, el concepto se vuelve especialmente importante porque une la biología molecular con la vida cotidiana: aquello que ocurre en los genes, en las sinapsis, en los vasos sanguíneos y en los mecanismos inflamatorios no está completamente separado de la historia vital, los hábitos, la educación, el ambiente y las condiciones sanitarias de cada persona. Esta perspectiva se articula con los criterios de la Comisión Lancet sobre prevención, intervención y cuidado de la demencia, que en su actualización de 2024 sostuvo que hasta un 45% de los casos de demencia podrían ser potencialmente prevenibles o demorables mediante el abordaje de 14 factores de riesgo modificables a lo largo del curso de vida. A los factores ya reconocidos, bajo nivel educativo, hipertensión, hipoacusia, tabaquismo, obesidad, depresión, inactividad física, diabetes, aislamiento social, consumo excesivo de alcohol, traumatismo craneoencefálico y contaminación del aire, se sumaron dos nuevos: colesterol LDL elevado y pérdida visual no tratada. De este modo, la resiliencia cognitiva no debe entenderse como una condición fija o exclusivamente genética, sino como una capacidad que puede ser favorecida o debilitada por factores clínicos, sociales y ambientales acumulados durante décadas. Entre el daño cerebral y el síntoma existe, entonces, un espacio de intervención preventiva, planteado en atención primaria; y es precisamente allí donde los factores modificables adquieren su mayor valor sanitario.

Bibliografía

1. Brusco L, Muchnik C, Azurmendi P, Fezza M, Olivar N. P4-267: Cognitive resilience: APOE-e4 and mixed dementia. *Alzheimers Dement*. 2012;8(4):S752. doi:10.1016/j.jalz.2013.08.048.
2. Tosoni G, Ayyildiz D, Snoeck S, Moreno-Jiménez EP, Penning A, SantiagoMujika E, et al. Transcriptional profiles of immature neurons in aged human hippocampus track Alzheimer's pathology and cognitive resilience. *Cell Stem Cell*. 2026;33(5):763-783.e9. doi:10.1016/j.stem.2026.04.002.
3. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbaek G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

29º CONGRESO ARGENTINO DE NEUROPSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA



25º CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROPSIQUIATRÍA
18º CONGRESO ARGENTINO DE PSICOGERIATRÍA

24 Y 25 DE AGOSTO 2027

Hotel NH Collection Centro Histórico
Bolívar 120 (CABA) Buenos Aires, Argentina

www.neuropsiquiatria.org

Organiza



Auspicia



Neuropsychiatric Global Network