

Habilidades comunicativas para la atención de personas con demencia: una revisión de alcance sobre intervenciones formativas basadas en simulación clínica

TRINIDAD AEDO-ARAYA^{1,2}, RODRIGO TOBAR-FREDES^{2,3}

ABSTRACT

Communication skills for the care of people with dementia: a scoping review of simulation-based training strategies

Introduction: Clinical communication with people with dementia presents complex challenges, largely due to the progression of cognitive-communication disorders. Clinical simulation has been proposed as an effective educational strategy to train communication skills in healthcare settings; however, its implementation still lacks standardization. This scoping review aimed to synthesize the available evidence on simulation-based training interventions targeting communication skills in students and healthcare professionals working with people with dementia. **Materials or Patients and Methods:** A scoping review was conducted across PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO, and Google Scholar. Studies published between 2012 and 2024, in English or Spanish, describing simulation-based interventions focused on communication with people with dementia were included. After screening and full-text analysis, descriptive and thematic analyses of reported outcomes were performed. **Results:** Twelve studies were included, most of them conducted in university settings with nursing students. The interventions involved standardized patients, sensory experiences, structured scenarios, and hybrid models. Reported outcomes included improvements in communication self-efficacy, empathy, and observable skills. Nevertheless, limited use of theoretical frameworks, poor long-term evaluation, and insufficient adaptation to diverse communication profiles in people with dementia were identified as major gaps. **Conclusion:** Clinical simulation enhances empathy and core communication skills essential for the care of people with dementia. Its impact is strengthened when programs are grounded in clearly defined competencies, incorporate validated outcome measures across time points, and include structured debriefing. These elements are crucial to address the growing care demands associated with population aging.

Keywords: Clinical simulation, Communication, Dementia, Interprofessional Competencies.

¹Centro de Habilidades Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Sección de Fonoaudiología, Hospital del Trabajador - ACHS Salud. Santiago, Chile.

Recibido: 14-06-2025

Aceptado: 13-10-2025

Correspondencia:
Trinidad Aedo-Araya
taedo@uchile.cl

RESUMEN

Introducción: La comunicación clínica con personas con demencia implica desafíos complejos, derivados de la progresión del trastorno cognitivo-comunicativo. La simulación clínica se ha propuesto como una estrategia formativa efectiva para entrenar habilidades comunicativas en contextos asistenciales, aunque su implementación aún carece de estandarización. El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible sobre intervenciones educativas basadas en simulación clínica dirigidas a entrenar habilidades comunicativas en estudiantes y profesionales de la salud que atienden a personas con demencia.

Material o Pacientes y Métodos: Se realizó una revisión de alcance en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y Google Scholar. Se seleccionaron estudios publicados entre 2012 y 2024, en inglés o español, que describieran intervenciones de simulación clínica orientadas a la comunicación con personas con demencia. Tras la depuración de registros, se efectuó un análisis descriptivo y temático de los efectos reportados. **Resultados:** Se identificaron 12 estudios, realizados mayoritariamente en contextos universitarios con estudiantes de enfermería. Las simulaciones incluyeron pacientes estandarizados, experiencias sensoriales, escenarios estructurados y modelos híbridos. Se reportaron mejoras en autoeficacia comunicativa, actitudes empáticas y habilidades observables. Sin embargo, se evidenció escasa utilización de marcos teóricos, limitada evaluación longitudinal y poca adaptación a los distintos perfiles comunicativos de las personas con demencia. **Conclusión:** La simulación clínica potencia la empatía y las habilidades comunicativas esenciales en la atención a personas con demencia. Su impacto se fortalece cuando se basa en competencias definidas, evaluaciones validadas y *debriefings* estructurados.

Palabras clave: Simulación clínica, Comunicación, Demencia, Competencias interprofesionales.

Introducción

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en personas mayores. Según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 55 millones de personas en el mundo¹. En Chile, el Plan Nacional de Demencia estima que un 1,6% de las personas mayores de 60 años vive con esta condición. Para el año 2050, se proyecta que 3,1% de la población -equivalente a unas 500.000 personas- vivirá con enfermedad de Alzheimer u otra demencia².

Más allá del deterioro cognitivo, la demencia conlleva alteraciones progresivas en

la conducta y comunicación, las cuales varían según el tipo y estadio de la enfermedad, afectando significativamente la calidad de vida e interacción con el entorno social^{3,4,5}.

Estas alteraciones se enmarcan dentro del trastorno cognitivo comunicativo (TCC), caracterizado por dificultades en la comprensión, expresión y participación comunicativa, producto de fallos en procesos como atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social^{6,7}. Lejos de limitarse al lenguaje estructural, los déficits comunicativos en la demencia comprometen también el discurso, la autorregulación y la interacción^{8,9}. Las manifestaciones más comunes incluyen anomia,

perseveraciones, mutismo y reducción de la fluidez verbal, particularmente en personas con demencia tipo Alzheimer^{10,11}. En el caso de las demencias frontotemporales, estas alteraciones se solapan con afasias progresivas primarias, lo que resalta la necesidad de aproximaciones clínicas diferenciada según el perfil lingüístico-cognitivo¹².

Estas dificultades inciden directamente en la capacidad de las personas con demencia (PCD) para expresar necesidades, mantener vínculos significativos y participar en decisiones sobre su propio cuidado, generando frustración tanto en ellas como en sus interlocutores¹³. Conductas como la agitación o la apatía suelen ser malinterpretadas como “resistencia al cuidado”, cuando en realidad pueden representar manifestaciones de malestar emocional derivado de los quiebres en la comunicación¹⁴. En los contextos clínicos, los profesionales de la salud frecuentemente enfrentan desafíos para comunicarse con PCD, debido a la falta de formación específica y a una limitada capacidad para adaptar su lenguaje y estilo comunicativo a las necesidades cognitivas y emocionales de la persona¹⁵.

En Chile, más de la mitad de los profesionales declara tener conocimientos insuficientes sobre demencia, y el 81% no se siente preparado para atender a estas personas¹⁶. Esta brecha incluye tanto el abordaje clínico como la formación práctica en estrategias como la interpretación de señales no verbales, el manejo de conductas disruptivas y la promoción de la empatía. En universidades chilenas y argentinas, menos del 15% de los programas en salud incluye formación práctica en comunicación adaptada, y su evaluación es prácticamente inexistente¹⁷.

En este contexto, la simulación clínica surge como una estrategia pedagógica prometedora y eficaz, que permite a los estudiantes desarrollar habilidades comunicativas en entornos seguros y realistas. La implementación de pacientes estandarizados ha demostrado mejorar la autoeficacia y la calidad de las interacciones clínicas en escenarios complejas, como la atención a personas con deterioro cognitivo¹⁸. No obstante, su uso específico para entrenar habilidades comunicativas en el contexto de

demencia es aún incipiente. La literatura disponible muestra una dispersión de enfoques metodológicos, una escasa sistematización de sus efectos formativos y limitada incorporación de modelos teóricos. Esta situación dificulta establecer estándares formativos e identificar buenas prácticas. Aunque existen revisiones sobre entrenamiento clínico en demencia, pocas han abordado específicamente los efectos sobre habilidades comunicativas.

Frente a ello, se hace necesario mapear la evidencia existente y sintetizar las características, resultados y marcos orientadores de las intervenciones de simulación clínica orientadas al desarrollo comunicativo en la atención de PCD. El objetivo general de este estudio es realizar una revisión de alcance de la literatura científica disponible para responder la siguiente pregunta: ¿Qué habilidades comunicativas han sido entrenadas mediante simulación clínica en estudiantes y personal de la salud que atienden a personas con demencia, y cuáles han sido sus principales resultados formativos?

Material o Pacientes y Métodos

Para responder la pregunta de investigación, esta revisión de alcance tuvo como objetivo mapear y sintetizar la literatura sobre intervenciones formativas orientadas a entrenar habilidades comunicativas en estudiantes y profesionales de la salud que atienden a PCD, mediante simulación clínica. El diseño metodológico siguió el marco propuesto por Arksey y O'Malley¹⁹, posteriormente ampliado por Levac et al., e integró las directrices del checklist PRISMA-ScR^{20,21}. De acuerdo con la naturaleza de las revisiones de alcance, no se realizó evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios empíricos cuantitativos, cualitativos o mixto -incluidos estudios piloto- que describieran intervenciones formativas basadas en simulación clínica destinadas al desarrollo de habilidades comunicativas en contextos de atención a PCD. Se consideraron

intervenciones que utilizaran cualquier modalidad de simulación (estandarizada, sensorial, virtual, híbrida, entre otras), siempre que tuvieran como eje formativo explícito la comunicación en escenarios clínicos vinculados al cuidado de PCD.

Los estudios debían haber sido publicados entre enero de 2012 y enero de 2024, estar disponibles en texto completo y redactados en español o inglés. Se excluyeron trabajos que no abordaran directamente el entrenamiento comunicativo como objetivo principal, aquellos que no especificaran el tipo de simulación utilizada, así como editoriales, cartas al editor y descripciones programáticas sin evaluación formal.

Como estrategia complementaria, se realizó una búsqueda manual secundaria, revisando las listas de referencias de los estudios seleccionados y de revisiones previas relevantes para identificar publicaciones adicionales.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL y SciELO. Adicionalmente, se realizó una búsqueda en Google Scholar para identificar literatura gris. Se emplearon combinaciones de términos en inglés y español tales como: “simulation-based education”, “clinical simulation”, “communication skills”, “dementia”, “health students”, “habilidades comunicativas” y “simulación clínica”, integrados mediante operadores booleanos (AND, OR), adaptándose la sintaxis a cada plataforma.

Extracción y análisis de datos

La extracción se realizó mediante una matriz estandarizada en la que se consignaron características clave de cada estudio: datos bibliográficos, tipo de publicación, diseño metodológico, perfil y características de los participantes, detalles de la intervención de simulación (tipo, duración, contenido, contexto, recursos y modelos teóricos), variables evaluadas y principales hallazgos. También se documentó la presencia de marcos conceptua-

les utilizados en el diseño o evaluación de las intervenciones.

El análisis se desarrolló en dos niveles complementarios. Primero, se elaboró una síntesis descriptiva cuantitativa agrupando información sobre el tipo de simulación, profesiones involucradas, contextos educativos y variables evaluadas. Posteriormente, se realizó un análisis temático cualitativo inductivo para identificar patrones emergentes, especialmente en los efectos comunicativos reportados.

Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda, se identificaron 12 estudios que cumplían con los criterios de inclusión. En esta sección se presentan sus principales características, los tipos de simulación utilizados, las habilidades comunicativas entrenadas y los resultados formativos observados. La Tabla 1 sintetiza los estudios incluidos, especificando participantes, tipos de simulación, variables evaluadas, hallazgos principales y marcos teóricos utilizados.

Características generales de los estudios

Los estudios fueron publicados entre 2014 y 2023, y en su mayoría estuvieron dirigidos a estudiantes o profesionales de enfermería (11/12), con una alta representación de contextos universitarios de pregrado (9/12). En cuanto a la distribución geográfica, se concentraron en el Reino Unido (4/12), Estados Unidos (3/12) y Australia (2/12), con experiencias aisladas en China, Irlanda y Noruega.

Tipos de simulación utilizados

Los enfoques metodológicos se agruparon en cuatro categorías principales, de acuerdo con sus características y el grado de realismo en la interacción comunicativa:

- *Simulación con pacientes estandarizados*: Participación de actores entrenados para representar personas con demencia y familiares, en contextos clínicos o domiciliarios^{22,23}.
- *Simulación sensorial o inmersiva*: Expe-

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión

Autores (año, país)	Participantes (n)	Tipo de simulación	Variables evaluadas	Hallazgos principales	Marco/enfoque
Webster & DiBartolo (2014, EE. UU.)	Estudiantes de enfermería (n = no declarado).	PE (representando PCD y familiares de PCD)	Habilidades terapéuticas comunicativas; conocimiento teórico	↑ Comunicación terapéutica	Enfoque geriátrico*
Haugland & Reime (2018, Noruega)	Estudiantes de 3º año de enfermería (n =12).	Escenarios clínicos desafiantes (cuidados PCD)	Enfoques comunicativo; Reflexión ética; Conocimiento legal	↑ Estrategias comunicativas; ↑ Comprensión legislación (coerción)	ACP y dignidad*
Naughton et al. (2018, Reino Unido e Irlanda)	Estudiantes de enfermería (n =117 de los cuales 51 fueron casos y 66, controles)	Taller + seguimiento	Reconocimiento de CCP; Actitudes y experiencia	> Respuestas centradas en la persona v/s controles	Modelo VERA
Smyth et al. (2023, Irlanda)	Estudiantes de 2º año de enfermería (n =16, de los cuales 6 recibieron entrenamiento estándar y 10, entrenamiento VERA)	VERA + práctica clínica	Competencia comunicativa; Estrategias aplicadas en PCD	↑ Técnicas comunicativas (no verbales, reminiscencia, historia de vida); > preparación/confianza; interacción más estructurada; > conocimiento	Modelo VERA
Kimzey & Mastel-Smith (2022, EE. UU.)	Estudiantes de 3º año de bachillerato en ciencias de la enfermería (n = 56)	Simulación sensorial inmersiva (VDT)	Empatía, actitud, conocimiento, auto-eficacia/confianza	↑ Empatía; ↑ Comprensión; ↑ Conocimiento teórico; ↑ Impacto en cuidados futuros	Empatía, ACP*
Slater et al. (2019, Reino Unido e Irlanda)	Personal de enfermería y auxiliares (n =5), cuidadores y acompañantes (n =4), personal directivo (n =6), profesional médico (n = 1) y no-médico (n =1), otros profesionales de la salud (n = 1)	Simulación sensorial inmersiva (VDT)	Empatía	↑ En 4 dimensiones de empatía (moral, emocional, cognitiva y conductual)	Empatía*
Peng et al. (2020, China)	Estudiantes de enfermería de 2º año en adelante (n =45)	VDT + película Still Alice	Empatía (Escala JSPE)	↑ Empatía [JSPE 106,7 → 115,5 (p < 0,01)]	Empatía*, favorece ACP
Meyer et al. (2022, EE. UU.)	Estudiantes de enfermería (n = 2), terapia ocupacional (n = 2), fonoaudiología (n =1), académicos de enfermería (n =2) y de terapia ocupacional (n =1)	VDT + reflexión	Reflexiones	↑Comprensión PCD; ↑ Reflexión	Teoría del Aprendizaje Transformativo
Stargatt et al. (2021, Australia)	Cuidadores de personas con demencia en residencias (n =114; 60 casos VR y 54 controles)	Taller VR vs. taller tradicional	Empatía, comprensión, actitudes, conocimiento (pre/post)	Ambos: ↑ Empatía; ↑ Comprensión, ↑ Actitudes hacia demencia	Principios del Cuidado Demencia Australia*

O'Brien et al. (2018, Reino Unido)	Profesionales. (n =45; desglose: 8 médicos, 19 enfermeros/as, 17 profesionales de la salud no médicos y 1 profesional coordinador de la actividad)	Taller VOICE con PE	Conocimiento; Confianza y conducta comunicativas	↑ Conocimiento/confianza; Mejor cierre conversacional; ↑ Satisfacción	Aprendizaje Experiencial de Kolb + Análisis conversacional; Cuidado compasivo
Wood et al. (2016, Reino Unido)	Estudiantes de fisioterapia (n = 55), enfermería de 2º año (n = 9) y de 3º año (n = 11)	Programa CARDS + role-play REAL + práctica en hogar PCD	Conocimiento demencia; Confianza/competencia percibida	↑ Conocimiento-confianza (por 6 meses). Mayor en quienes practicaron en hogar PCD	Modelo REAL; ACP
Wood et al. (2017, Reino Unido)	Estudiantes de 2º año de fisioterapia (n =6) y de 2º y 3º año de enfermería (n =7)	Variante CARDS - Inmersión prolongada en residencia de PCD (sólo comunicación)	Preparación; Confianza; Comunicación	↑ Confianza, Habilidades y Actitudes. Resultados condujeron a incorporar CARDS en currículo	Modelo REAL; Aprendizaje experiencia; ACP

Abreviaturas: PCD = Persona Con Demencia; Est. = Estudiantes; VERA = Validate-Emotion-Reassure-Activity framework; VDT = Virtual Dementia Tour; VR = Realidad Virtual; JSPE = Jefferson Scale of Physician Empathy; PS = Paciente Simulado; PE = Paciente Estandarizado; CARDS = Clinical Actor Role-play Dementia Simulation program; REAL = reminiscencia, vinculación empática, escucha activa y abordaje de la historia de vida; ACP = Atención Centrada en la Persona.

riencias como *Virtual Dementia Tour* o la *Virtual Dementia Experience*, orientadas a generar empatía y comprensión vivencial de los desafíos cognitivos y comunicativos asociados a la demencia²⁴⁻²⁸.

- *Simulación basada en escenarios estructurados*: Guiones clínicos diseñados para representar situaciones frecuentes en la atención de PCD, con foco en el entrenamiento comunicativo y la retroalimentación²⁹⁻³¹.
- *Simulación híbrida o combinada*: Programas que integraron módulos teóricos, experiencias inmersivas y simulación clínica activa, con distintas duraciones e intensidades^{32,33}.

Habilidades comunicativas entrenadas

Los estudios se centraron en el desarrollo de un conjunto de habilidades comunicativas específicas consideradas por los estudios como claves para mejorar la calidad de la interacción clínica con personas con demencia. Entre las más abordadas se identificaron las siguientes:

- *Validación emocional y escucha activa*: Entrenada principalmente a través de intervenciones basadas en el modelo VERA,

esta habilidad apuntó al reconocimiento de las emociones de la persona con demencia y a la validación de su experiencia subjetiva. promoviendo la escucha activa y una actitud empática^{30,31}.

- *Adaptación del lenguaje técnico y simplificación del mensaje*: Esta competencia fue desarrollada en estudios que utilizaron escenarios clínicos estructurados, promoviendo el uso de un lenguaje claro, concreto y ajustado al nivel de comprensión de la persona con demencia^{29,32}.
- *Comunicación centrada en la persona*: Esta habilidad fue entrenada mediante estrategias como la reminiscencia, la historia de vida y la personalización del contacto, con el fin de establecer vínculos significativos con la persona con demencia^{24,33}. Asimismo, el manejo del lenguaje no verbal, el tono de voz y el ritmo del habla fue considerado fundamental para facilitar la adaptación comunicativa, especialmente en simulaciones con pacientes estandarizados^{22,23}.
- *Manejo de reacciones difíciles o confusión del paciente*: Esta competencia incluye estrategias para responder a conductas

disruptivas y episodios de desorientación, como el uso de repeticiones, reorientación y reformulación, evitando el conflicto^{26,28}.

- *Cierre conversacional respetuoso y comunicación con familiares de PCD*: Aunque menos frecuente, algunos estudios abordaron el entrenamiento de habilidades para concluir interacciones de forma respetuosa y fomentar la toma de decisiones compartida, enfatizando la mantención de la dignidad comunicativa y la inclusión del entorno familiar^{22,25}.

Resultados formativos observados

Los estudios reportaron resultados positivos en diversas dimensiones del desempeño comunicativo. Aunque existieron diferencias metodológicas, se observaron tendencias consistentes en tres áreas principales:

- *Autoeficacia comunicativa*: Independientemente de la metodología empleada, los estudios reportaron mejoras significativas en la confianza para interactuar con PCD^{23-26,28,33}. Por ejemplo, en el estudio de Kimzey et al., se observó un incremento del 10-12% en la autopercepción de preparación clínica tras la intervención²⁴.
- *Empatía y actitudes profesionales*: Se identificó un aumento en los niveles de empatía, especialmente en las intervenciones basadas en experiencias inmersivas o con pacientes estandarizados, con mejoras que oscilan entre el 8,3% y el 12,5%^{26,27}. Estos cambios se acompañaron de una mayor disposición a ofrecer cuidados respetuosos y a reconocer la subjetividad de la persona con demencia^{27,28}.
- *Habilidades comunicativas observables*: Algunos estudios incluyeron evaluaciones objetivas de desempeño y reportaron mejoras en conductas comunicativas específicas, como la escucha activa, la modulación del tono de voz, el cierre conversacional y la regulación emocional^{22,25}.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión sugieren que

las intervenciones basadas en simulación clínica constituyen una estrategia pedagógica valiosa para entrenar habilidades comunicativas en contextos de atención a PCD. En la mayoría de los estudios, se observaron mejoras consistentes en dimensiones como la empatía, la comprensión de la experiencia del paciente y la autoeficacia percibida para interactuar con esta población^{23,31,32}. Estas transformaciones son particularmente relevantes si se considera la inseguridad que numerosos estudiantes y profesionales refieren frente a la comunicación clínica en escenarios complejos o en etapas avanzadas de la enfermedad³⁴.

Sin embargo, uno de los hallazgos críticos de esta revisión es la ausencia de una definición clara y operacionalizada sobre qué habilidades comunicativas específicas deben enseñarse. La mayoría de los programas analizados se focaliza en el desarrollo de actitudes generales, como la empatía o la escucha activa, sin abordar en profundidad la complejidad del TCC que caracteriza a las PCD. Como se ha señalado previamente, los perfiles comunicativos de estas personas pueden incluir anomia, perseveración, ecolalia, mutismo o severas alteraciones pragmáticas, dependiendo del subtipo y el estadio clínico^{10,35}. No contemplar esta heterogeneidad conlleva el riesgo de reducir la comunicación a un conjunto de buenas intenciones, sin proporcionar herramientas diferenciadas para responder a necesidades comunicativas concretas.

Aunque existen revisiones sobre entrenamiento clínico en demencia, pocas han abordado específicamente los efectos sobre habilidades comunicativas diferenciadas según los perfiles cognitivo-lingüísticos de las PCD. Esta omisión se traduce en programas poco sensibles a la variabilidad clínica, que no distinguen entre necesidades comunicativas derivadas, por ejemplo, de una afasia progresiva primaria versus una demencia tipo Alzheimer o vascular. Esta carencia compromete la efectividad, sensibilidad y transferibilidad clínica de las simulaciones diseñadas, especialmente si se espera que los profesionales respondan con precisión a situaciones reales en diferentes entornos asistenciales.

Asimismo, se identificó una escasa articu-

lación entre las intervenciones revisadas y las funciones comunicativas propias de cada disciplina del ámbito sanitario. Aunque participan estudiantes y profesionales de diversas áreas -como enfermería, medicina y fisioterapia-, las simulaciones tienden a adoptar una estructura genérica, sin considerar los distintos roles comunicativos que cada profesión desempeña. Este enfoque unificado invisibiliza la especificidad de las interacciones clínicas según el perfil del profesional, y limita la posibilidad de desarrollar habilidades situadas y transferibles a la práctica.

En este sentido, la presente revisión refuerza la necesidad de avanzar hacia el desarrollo de un marco interprofesional de competencias comunicativas para el cuidado de PCD. Dicho marco debería fundamentarse en una comprensión clínica del TCC asociado a los distintos tipos de demencia, e integrar herramientas concretas como: la validación emocional, la adaptación del lenguaje verbal y no verbal, el uso de apoyos visuales, las técnicas de reparación conversacional y los facilitadores de participación activa. Estas habilidades no solo son esenciales para preservar la autonomía e identidad de la PCD, sino también para mejorar la calidad y seguridad de los cuidados, fortalecer la alianza terapéutica y reducir el estrés del personal sanitario.

De manera complementaria, se propone que futuras intervenciones formativas incorporen un enfoque progresivo, inclusivo y clínicamente situado, que contemple:

1. Escenarios comunicativos diversos, según diferentes perfiles de deterioro.
2. Instrumentos de evaluación válidos y sensibles a estilos de comunicación adaptativa, que trasciendan del autorreporte
3. *Debriefings* estructurados que integren la experiencia emocional, técnica y ética de la comunicación.
4. Seguimiento longitudinal del impacto en contextos clínicos reales.

Incorporar estas condiciones permitirá avanzar hacia una formación comunicativa verdaderamente centrada en la persona, sensible a la diversidad y coherente con los desafíos que impone el envejecimiento poblacional.

Limitaciones metodológicas de los estudios analizados

Los estudios incluidos en esta revisión presentan una serie de limitaciones metodológicas que impactan la solidez y generalización de sus hallazgos. En primer lugar, 11/12 estudios evaluaron los efectos de las intervenciones únicamente de forma inmediata posterior a su implementación, sin incluir mediciones longitudinales. Solo uno incorporó una evaluación de seguimiento a seis meses³².

En cuanto al tamaño muestral, se observó una tendencia general hacia la inclusión de grupos pequeños, con una alta proporción de participantes reclutados mediante auto-selección. Esta característica fue especialmente evidente en estudios con estudiantes interesados en metodologías pedagógicas innovadoras²².

Respecto al diseño, ocho estudios utilizaron esquemas pre-post sin grupo control, lo cual limita la posibilidad de establecer inferencias causales. Solo cuatro emplearon instrumentos estandarizados para la evaluación de resultados, entre ellos la *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) y la *Communication Self-Efficacy Scale* (CSES). El resto utilizó cuestionarios desarrollados ad hoc, sin información sobre su validez o confiabilidad, dificultando la comparación entre intervenciones y la síntesis cuantitativa de sus efectos.

Otra limitación recurrente fue la escasa información sobre el proceso de *debriefing* y la fidelidad de la simulación. Menos de la mitad de los estudios describieron aspectos clave como la duración del *debriefing*, el entrenamiento de los actores o la formación de los facilitadores, lo cual reduce la reproducibilidad y transparencia de las experiencias educativas.

Finalmente, sólo cinco estudios reportaron el uso de marcos teóricos o guías estructurantes en el diseño de las simulaciones, siendo el modelo VERA el más citado^{30,31}. Esta falta de estandarización en los enfoques pedagógicos y evaluativos plantea desafíos relevantes para su escalabilidad y adopción en contextos curriculares diversos.

Limitaciones de la revisión

Una limitación central de esta revisión fue la imposibilidad de realizar una evaluación sistemática de la calidad metodológica de los estudios incluidos, debido a la alta heterogeneidad en diseños, poblaciones, intervenciones y medidas de resultado. Esta diversidad metodológica, característica de las revisiones de alcance, impide aplicar criterios uniformes de evaluación crítica.

Además, si bien se desarrolló una búsqueda exhaustiva y estructurada en múltiples bases de datos, es posible que algunos estudios relevantes no hayan sido recuperados, especialmente aquellos no publicados o en otros idiomas distintos del inglés o español. Asimismo, la inclusión de estudios que priorizan el autorreporte como fuente principal de evaluación formativa limita la posibilidad de extraer conclusiones firmes al impacto clínico real de las intervenciones sobre la comunicación profesional.

Conclusiones

Las intervenciones formativas basadas en simulación clínica han demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar habilidades comunicativas en estudiantes y profesionales de la salud que atienden a PCD. Entre los resultados más consistentes destacan el fortalecimiento de la empatía, el aumento en la autoeficacia comunicativa y el desarrollo de actitudes más respetuosas hacia la subjetividad de estas personas.

No obstante, la escasa definición de competencias comunicativas específicas, la débil integración de marcos clínicos y la limitada diferenciación según perfiles cognitivo-lingüísticos plantean desafíos importantes para su implementación efectiva. Abordar estas brechas es fundamental si se desea una formación más sensible, situada y transferible a contextos reales.

En este escenario, se hace imprescindible avanzar hacia propuestas interprofesionales que integren conocimientos clínicos sobre el trastorno cognitivo comunicativo, que promuevan habilidades observables, y que prioricen

la persona con demencia como interlocutor activo. Tales propuestas deben incluir también habilidades complementarias poco entrenadas hasta ahora, como:

- La interpretación del lenguaje no verbal (como gestos, expresiones faciales, cambios prosódicos y miradas),
- La regulación del tiempo de respuesta y los silencios,
- El uso del humor y la reminiscencia,
- La inclusión de sistemas de comunicación aumentativos o alternativos,
- Uso de scripts comunicativos como forma de guía conductual,
- y la gestión de emociones en situaciones de disrupción conductual.

Estas capacidades pueden enriquecer la interacción profesional-PCD, haciendo además de la simulación clínica una estrategia realmente transformadora, capaz de humanizar los cuidados a través de una comunicación significativa, adaptativa y éticamente responsable.

Referencias

1. World Health Organization. (2025, March 31). *Dementia* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Dirección de Presupuestos. (2021). *Evaluación programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD): Resumen ejecutivo 2017-2020*. Ministerio de Hacienda. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-243993_r_ejecutivo_institucional.pdf
3. Pappadà, A., Chattat, R., Chirico, I., Valente, M., & Ottoboni, G. (2021). *Assistive technologies in dementia care: An updated analysis of the literature*. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 644587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644587>
4. Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>
5. Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

6. Dooley, S., & Walshe, M. (2019). Assessing cognitive communication skills in dementia: a scoping review. *International journal of language & communication disorders*, 54(5), 729–741. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12485>
7. 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>
8. MacDonald, S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain injury*, 31(13-14), 1760-1780. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613>
9. Tobar-Fredes, R., & Salas, C. (2022). *Rehabilitation of communication in people with traumatic brain injury: A systematic review of types of intervention and therapeutic ingredients*. *Estudios de Psicología*, 43(1), 88-131. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.2009292>
10. Bayles, K. A., McCullough, K., & Tomoeda, C. K. (2020). *Cognitive-communication disorders of MCI and dementia: Definition, assessment, and clinical management* (3.^a ed.). Plural Publishing.
11. Parlak, M.M. & Köse, A. (2022) Cognitive-communication disorders in Alzheimer's disease. In R. Akkaya & B. Akkaya (Eds.), *Current Debates on Health Sciences 4*. Bilgin Kültür Sanat Yayınları, Ankara. pp. 239-250.
12. Shinagawa, S., Ikeda, M., Fukuhara, R., & Tanabe, H. (2006). Initial symptoms in frontotemporal dementia and semantic dementia compared with Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 21(2), 74-80. <https://doi.org/10.1159/000090139>
13. 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>
14. Cohen-Mansfield, J., & Meschiany, G. (2022). Israeli nursing home staff perspectives on challenges to quality care for residents with dementia. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 44, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.012>
15. Momand, B., & Dubrowski, A. (2020). Addressing social context in health provider and senior communication training: What can we learn from communication accommodation theory? *Cureus*, 12(12), e12247. <https://doi.org/10.7759/cureus.12247>
16. Olavarría, L., Mardones, C., Delgado, C., & Slachevsky, A. (2016). Percepción de conocimiento sobre las deficiencias en profesionales de la salud de Chile [Carta al editor]. *Revista Médica de Chile*, 144(10), 1365–1368. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000019>
17. Cariñanos-Ayala, S., Arrue, M., & Zarandona, J. (2022). Teaching and learning about dementia care among undergraduate nursing students: A scoping review. *Nurse education in practice*, 61, 103326. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103326>
18. Oh, P. J., Jeon, K. D., & Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse education today*, 35(5), e6-e15. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.019>
19. Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
20. Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science : IS*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
21. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
22. O'Brien, R., Goldberg, S. E., Pilnick, A., Beeke, S., Schneider, J., Sartain, K., Thomson, L., & Harwood, R. H. (2018). The VOICE study - A before and after study of a dementia communication skills training course. *PLoS ONE*, 13(6), e0198567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198567>
23. Webster, D., & DiBartolo, M. C. (2014). Using a standardized patient learning activity to teach baccalaureate nursing students about dementia care. *Nurse educator*, 39(3), 103-104. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000027>
24. Kimzey, M., & Mastel-Smith, B. (2022). Impact of dementia simulation on nursing students: When empathy breeds awareness. *Teaching and Learning in Nursing*, 17(4), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.11.010>
25. Meyer, K., James, D., Amezaga, B., & White, C. (2022). Simulation learning to train healthcare students in person-centered dementia care: A qualitative study. *Gerontology & Geriatric Education*, 43(2), 209-224.

- <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1838503>
26. Peng, X., Wu, L., Xie, X., Dai, M., & Wang, D. (2020). Impact of Virtual Dementia Tour on empathy level of nursing students: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.010>
 27. Slater, J., Robertson, G., McLean, D., & Langdon-Down, N. (2019). An interactive virtual reality-based training programme (Virtual Dementia Tour®) enhances understanding of dementia: A qualitative study exploring four dimensions of empathy. *Aging & Mental Health*, 23(5), 617-622. <https://doi.org/10.1111/1360-7863.13015>
 28. Stargatt, J., Doube, W., Bhar, S., Petrovich, T., McGuire, L., & Willison, A. (2022). Increasing understanding of environmental modifications using the Virtual Dementia Experience for professional carers of people living with dementia. *Gerontology & Geriatric Education*, 43(3), 374-382. <https://doi.org/10.1080/02701960.2021.1967152>
 29. Haugland, V. L., & Reime, M. H. (2018). *Scenario-based simulation training as a method to increase nursing students' competence in demanding situations in dementia care: A mixed-method study*. *Nurse Education in Practice*, 33, 164-171. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.08.008>
 30. Naughton, C., Beard, C., Tzouvara, V., Pegram, A., Verity, R., Eley, R., & Hingley, D. (2018). A feasibility study of dementia communication training based on the VERA framework for pre-registration nurses: Part I-Developing and testing an implementation strategy. *Nurse Education Today*, 63, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.023>
 31. Smyth, S., Dempsey, L., Jordan, F., Gannon, M., McDonagh, R., Casey, D., & Houghton, C. (2023). Perceptions and experiences of nursing students communicating with people living with dementia: The validation, emotion, reassurance, activity (VERA) communication skills framework. *International Journal of Older People Nursing*, 18(3), e12537. <https://doi.org/10.1111/opn.12537>
 32. Wood, J., Alushi, L., & Hammond, R. A. (2016). Communication and respect for people with dementia: student learning (CARDS) - the development and evaluation of a pilot of an education intervention for pre-qualifying healthcare students. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 647-656. <https://doi.org/10.1017/S104161021500188X>
 33. Wood, J., Alushi, L., & Hammond, R. A. (2017). Communication And Respect for people with Dementia: Student learning - A novel practical experience of undergraduate students interacting with people with dementia in care homes (innovative practice). *Dementia*, 16(2), 243-238. <https://doi.org/10.1177/1471301216634531>
 34. Kimzey, M., Patterson, J., & Mastel-Smith, B. (2021). Effects of Simulation on Nursing Students' Dementia Knowledge and Empathy: A Mixed Method Study. *Issues in mental health nursing*, 42(3), 274-279. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1797252>
 35. Cera, M. L., Ortiz, K. Z., Bertolucci, P. H. F., Tsujimoto, T., & Minett, T. (2023). Speech and phonological impairment across Alzheimer's disease severity. *Journal of communication disorders*, 105, 106364. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106364>