



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA
Ciclo de complementación curricular.

Título:

**“Intervenciones psicopedagógicas para la rehabilitación cognitiva en
pacientes con afasia”.**

Autoras:

Mansilla, Antonella DNI: 38.004.242

Melió Eliana Paola DNI: 37.812.959

Tutora:

Lic. Candela Banchio

Lugar: Sede Central Rosario

Cursado: Rosario

Fecha de presentación:

01/09/2023

**“INTERVENCIONES PSICOPEDAGÓGICAS PARA LA REHABILITACIÓN
COGNITIVA EN PACIENTES CON AFASIA”.**

Autora: Mansilla, Antonella

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonella', written in a cursive style.

Autora: Melión, Eliana Paola

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'E' or 'M', written in a cursive style.

Tutora: Lic. Banchio, Candela

Firma:

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias y amigos que nos acompañaron en este proceso de aprendizaje continuo.

A su vez, queremos agradecer a las psicopedagogas que se pusieron a disposición colaborando y brindando información acerca de sus prácticas para el presente escrito.

Finalmente, agradecer a nuestra tutora Candela Banchio, por guiar este proceso, brindándonos seguridad durante este camino transitado, permitiéndonos así, llegar a esta instancia tan anhelada.

Resumen

En la presente investigación se propuso indagar acerca de las estrategias y técnicas que utilizan los psicopedagogos para la rehabilitación cognitiva de pacientes con afasia desde una mirada neuropsicopedagógica. Los objetivos postulados apuntan a explicar desde la concepción actual de afasia la importancia del quehacer psicopedagógico, conocer qué procesos de aprendizaje y reaprendizaje se ponen en juego a la hora de la rehabilitación y describir qué estrategias y herramientas psicopedagógicas se desarrollan en la rehabilitación de pacientes con afasia. Se utilizaron entrevistas semi estructuradas a siete psicopedagogas de la provincia de Buenos Aires para llevar a cabo la recolección de datos. Se destaca a partir de los datos recabados, la relevancia del quehacer psicopedagógico en la rehabilitación del paciente con afasia. A su vez, la importancia de utilizar estrategias y técnicas específicas adaptadas a las necesidades del paciente, en función de su historia clínica y sus aspectos subjetivos. Por otro lado, las estrategias utilizadas no solo se reducen al dominio del lenguaje, sino que se trabaja con todos los dominios cognitivos (conservados y no conservados o alterados). Por último, otro de los resultados significativos obtenidos es que los procesos de aprendizaje y reaprendizaje juegan un papel fundamental, siendo estos los que aumentan la plasticidad neural para compensar los déficits causados por la lesión. Las principales conclusiones se vinculan a que el proceso de rehabilitación en pacientes con afasia tiene como finalidad generar mayor plasticidad cerebral a fin de restituir funcionalidad en aquellos dominios cognitivos en déficits, mediante el diseño de las estrategias de intervención psicopedagógicas pensadas específicamente para cada paciente en su singularidad, desde un enfoque integral. Como aporte al campo disciplinar, la intervención psicopedagógica apunta a la restitución de los procesos de lectura y escritura que comúnmente se encuentran alterados en los pacientes con afasia.

Palabras claves: afasia - estrategias e intervenciones psicopedagógicas - rehabilitación cognitiva - procesos de aprendizaje y reaprendizaje.

Índice

1. Introducción	4
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Afasia	7
2.1.1 Clasificación de las afasias	7
2.1.2 Afasias según la escuela norteamericana: clasificación	8
2.2 Neuropsicopedagogía	11
2.3 Modelo Neurocognitivo.....	11
2.3.1 Modelo Neurocognitivo con respecto al procesamiento del lenguaje	12
2.3.2 Modelos del procesamiento del lenguaje	14
2.3.3 Aspectos del lenguaje afectados en los pacientes con afasia	15
2.4 Rehabilitación cognitiva.....	15
2.4.1 Corrientes teóricas de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia.	16
2.5 Estrategias de intervención psicopedagógica para la rehabilitación cognitiva. ..	17
2.5.1 Estrategias de intervención psicopedagógica para la rehabilitación cognitiva del paciente con afasia.	18
2.5.2 Técnicas de aprendizaje especializadas	21
3. Metodología de la investigación	22
3.1 Problema.....	22
3.2 Objetivos	22
3.3 Enfoque metodológico.....	22
3.4 Diseño y alcance	23
3.5 Participantes	24
3.6 Instrumentos de recolección de datos	24
3.7 Procedimientos	25
3.8 Análisis de datos	25
4. Resultados.....	27
4.1 Afasia y quehacer psicopedagógico	27

4.2 Procesos de aprendizaje y reaprendizaje en pacientes con afasia.	30
4.3 Estrategias y herramientas de intervención	33
5. Conclusiones	38
Referencias	42
Anexo I	44
Anexo II	46
Anexo III	47

1. Introducción

Las diferentes teorizaciones históricas acerca de la afasia la consideraban exclusivamente como un déficit lingüístico. En el presente trabajo de investigación se abordarán las intervenciones psicopedagógicas en pacientes con afasia desde la concepción actual de la misma, dejando atrás los conceptos disociados de cognición y lenguaje para hablar sobre los requerimientos cognitivos del procesamiento del lenguaje. Este cambio se centra en que la afasia es un problema de acceso al lenguaje en sus diferentes formas (verbal, escrito y gestual), desalojando la idea de que se reduce solo a un problema de pérdida del mismo.

Variadas investigaciones se relacionan con la problemática a investigar y con el enfoque neurocognitivo que se plantea en la presente investigación, cabe aclarar que las mismas proceden de diversas disciplinas (psicología, fonoaudiología, neurología y terapia ocupacional) basadas en el mencionado enfoque, centrándose en la relación del paciente con afasia y la rehabilitación cognitiva, tomando como muestra el paciente adulto.

En primer lugar, la investigación de Silvera y Leonardell (2022) parte de una muestra de pacientes mayores a 55 años, y se indaga sobre los efectos de la rehabilitación cognitiva sobre cinco funciones cognitivas (tres relativas al lenguaje: denominativo, comprensivo y fluencia verbal; memoria global, y atención). Los principales resultados fueron que a mayor trayectoria académica (reserva cognitiva generada) la rehabilitación cognitiva se asocia a ganancias en atención, memoria y lenguaje.

Una investigación ya más centrada en el paciente con afasia de Martínez, Hernández Puig, Martínez Muñoz, Rodríguez Abreu (2016) realiza una comparación a través de la observación e intervención en pacientes adultos con afasia como secuela de ACV isquémico, dividiendo la muestra en dos, a un grupo le brindan rehabilitación cognitiva durante 21 días, a otro solo tratamiento médico tradicional. El rendimiento cognitivo global difirió significativamente en ambos grupos, concluyendo que la estimulación cognitiva temprana de funciones ejecutivas, además de ser efectiva, facilita la recuperación cognitiva general del paciente.

Otra investigación es la de Pérez Abreu y Cuéllar Álvarez (2016) en la que se utilizó la observación y la entrevista en pacientes geriátricos con afasia anómica, deterioro cognitivo y sus características. Llegando a la conclusión que el paciente con afasia presenta dificultades para programar, regular y verificar las acciones, y en especial con la abstracción, generalización y el componente lógico verbal voluntario.

Por último, la investigación de Letelier Ruiz, D; Muñoz Contreras, P; Vásquez Silva, B (2013) propone evaluar, relacionar y comparar mediante la observación, test y fichas clínicas, el déficit de la memoria de trabajo y las alteraciones en la comprensión auditiva en adultos afásicos. Llegando a la conclusión de que no existe una relación significativa entre el desempeño de la memoria de trabajo y el déficit de comprensión auditiva; concluyendo también que los resultados parciales que se obtuvieron acerca del análisis, contradicen lo revisado en la teoría y lo observado en la clínica en la cual se evidencia que la memoria de trabajo es necesaria para obtener un buen resultado en las pruebas de comprensión auditiva.

A partir de este recorrido, es posible afirmar que nulas investigaciones han indagado sobre la rehabilitación psicopedagógica de pacientes con afasia, constituyendo un área de vacancia relevante para la producción de conocimiento disciplinar. Por esta razón la pregunta de investigación que atañe el presente estudio se centra en ¿Qué estrategias de rehabilitación cognitiva utilizan los psicopedagogos para trabajar con pacientes con afasia en tres instituciones de la provincia de Buenos Aires?

En función de la mencionada pregunta que guía la investigación, el objetivo principal de la misma es conocer las estrategias e intervenciones que utilizan los psicopedagogos en el espacio de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia, desde una mirada neurocognitiva. Los objetivos específicos que de aquí se desprenden consisten en explicar desde la concepción actual de afasia, la importancia del quehacer psicopedagógico; conocer qué procesos de aprendizaje y reaprendizaje se ponen en juego a la hora de la rehabilitación; describir qué estrategias y herramientas psicopedagógicas se desarrollan en la rehabilitación de pacientes con afasia.

La estructura de la presente investigación está conformada por tres capítulos denominados Marco Teórico, Marco Metodológico y Resultados, y un apartado final de Conclusiones. Dentro del capítulo correspondiente al marco teórico se desarrollan las siguientes categorías: concepción de afasia, clasificación de afasias, neuropsicopedagogía, modelo neurocognitivo, rehabilitación cognitiva, estrategias de intervención psicopedagógica para la rehabilitación cognitiva.

En el capítulo referido al Marco Metodológico se plantean los objetivos, el enfoque cualitativo de la investigación, el diseño de la misma el cual es de tipo transversal y descriptivo, y los participantes de este estudio, siete psicopedagogas mujeres de diferentes edades e instituciones médicas de rehabilitación privadas y públicas. A su vez se menciona el instrumento de recolección de datos (entrevistas semiestructuradas) y los procedimientos mediante los cuales se establecieron conexiones para la recolección de los datos. Finalmente, para analizar los datos se construyó un sistema de categorías y subcategorías mediante una matriz cualitativa.

En el tercer capítulo, resultados, se da cuenta de las hipótesis interpretativas a las que se arribó a partir del análisis de los datos puestos en diálogos con la construcción teórica y los antecedentes de la investigación.

Por último, en el apartado a modo de cierre, se exponen las conclusiones intentando realizar un aporte al campo disciplinar psicopedagógico.

2. Marco Teórico

2.1. Afasia

M, Berthier et. al (2011), define la afasia como:

La pérdida total o parcial de los procesos implicados en la formulación y comprensión del lenguaje, que son secundarios al daño cerebral adquirido de una red neuronal distribuida en estructuras corticales y subcorticales del hemisferio cerebral izquierdo dominante, usualmente el hemisferio dominante para el lenguaje (M. Berthier et al. 2011, p. 1).

Las definiciones modernas consideran a la afasia como un trastorno cognitivo multimodal que afecta no sólo a la comprensión auditiva, el lenguaje oral, la lectura y la escritura, sino también a otros procesos cognitivos dependientes de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo (por ejemplo, memoria auditivo verbal a corto plazo y atención) que son indispensables para el funcionamiento adecuado del lenguaje (M. Berthier et al., 2011).

La afasia puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género, nivel de educación y grupo social, siendo su causa más frecuente los accidentes cerebrovasculares isquémicos. La afasia también puede asociarse a traumatismos cráneo-encefálicos, tumores, infecciones y enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer, afasia primaria progresiva (M. Berthier et al., 2011).

2.1.1 Clasificación de las afasias

Siguiendo la línea de tiempo acerca de la clasificación de las afasias se evidencian diferentes categorizaciones que destacan algunos autores precursores tales como Benson y Geschwind (1971); Hécaen y Albert (1978);

Kertesz (1979); Benson (1979); Lecours et al. (1983) y Luria (1996). Si bien estos autores realizan grandes aportes, en la actualidad, el modelo más significativo para la clasificación de afasias es el realizado por la Escuela Norteamericana.

2.1.2 Afasias según la escuela norteamericana: clasificación

La escuela norteamericana divide la clasificación de afasias en dos grupos, uno de ellos son los síndromes afásicos fluentes y otros los síndromes afásicos no fluentes. Dentro de la primera categoría se encuentran, la Afasia de Wernicke, Afasia de Conducción, Afasia Transcortical Sensorial y la Afasia Anómica; la segunda categorización engloba la Afasia Global, la Afasia Transcortical motora, Afasia Transcortical Mixta y la Afasia de Broca (Tamaroff y Allegri, 1995).

Dentro de los síndromes afásicos no fluentes se encuentran:

a) Afasia de Broca: El paciente con afasia de Broca tiene su mayor trastorno a nivel de la producción del lenguaje. Su comprensión del lenguaje de la vida diaria es normal o cerca de lo normal. Al comienzo es frecuente una supresión lingüística de duración variable. Esta puede evolucionar hacia una reducción lingüística, hacia estereotipias verbales, o en forma excepcional a un mutismo irreversible (Peña Casanova, 1990). El habla es no fluente, dado el escaso número de palabras producidas. La comprensión presenta fluctuaciones. En cuanto a la denominación, presentan dificultades para encontrar palabras. La comprensión del lenguaje escrito está frecuentemente deteriorada como resultado de la inhabilidad de comprender el significado gramatical de las palabras. Así estos pacientes frecuentemente entienden los sustantivos, pero fallan en las relaciones. En el lenguaje escrito aparece el agramatismo, la reducción, las paragrafías literales y gráficas. (Tamaroff & Allegri, 1995)

b) Afasia Transcortical motora: falta de incitación verbal (oral y escrita), estando la repetición y la comprensión en un buen nivel. En cuanto a la expresión, la fluencia verbal se encuentra reducida, con tendencia al mutismo. La comprensión está relativamente bien preservada. Presentan dificultades para la denominación de manera frecuente. En contraste con la de Broca, estos

pacientes leen bien. En cuanto a la escritura, tienen cierto grado de agrafia (Tamaroff & Allegri 1995).

c) Afasia Global: este tipo de afasia es un trastorno del lenguaje en el cual la mayor parte de las funciones están deterioradas. La producción verbal es no fluente y la comprensión, repetición y denominación están severamente comprometidos. Estos pacientes no pueden leer ni escribir. La lesión que produce este tipo de afasia compromete extensamente las regiones frontal y temporoparietal (Hayward & col 1977, Kerlesz, 1979, Naeser & Col 1978 citado en Tamaroff & Allegri, 1995).

d) Afasia Transcortical mixta: se comporta como una afasia global con repetición conservada. Se la llama síndrome de aislamiento de las áreas del lenguaje. (Geschwind, 1968). La expresión está reducida a ecolalias. La comprensión está muy alterada, mientras que la repetición está llamativamente conservada. En la denominación no existen respuestas. En cuanto a la lectura presenta alexia, y en su escritura agrafia (Tamaroff & Allegri 1995).

Dentro de los síndromes Afásicos fluentes se encuentran:

e) Afasia de Wernicke: El paciente presenta tres rasgos característicos: flujo anormal o logorreica, repetición alterada, y trastorno en la comprensión del lenguaje. La estructura gramatical es normal o cerca de ello. El contenido es frecuentemente anormal dada la falta de palabras con significado específico. Se evidencian, parafasias: sustitución de una palabra por otra (parafasias verbales a semánticas), puede haber también sustitución de fonemas (parafasia literal o fonémica) o palabras inexistentes (neologismos). Estos pacientes tienen severos trastornos en la comprensión, pudiendo entender sólo algunas palabras, fallan a nivel de la ejecución de órdenes simples. La comprensión de la lectura y la escritura están alteradas (Tamaroff & Allegri, 1995).

f) Afasia Transcortical Sensorial: La afasia transcortical sensorial constituye una afasia de Wernicke en la que existe preservación de la repetición

pudiendo a veces aparecer ecolalias. En cuanto a la expresión, la fluencia es normal, no presenta trastornos articulatorios. La comprensión está severamente alterada. La denominación está alterada. La lectura en voz alta puede contener parafasias y neologismos. La comprensión del material leído está alterada. En cuanto a la escritura presentan un grafismo conservado, aparecen paragrafías y neologismos (Tamaroff & Allegri, 1995).

g) Afasia de conducción: se asocian tres síntomas principales, flujo verbal normal, dificultad en el hallazgo de palabras, numerosas aproximaciones fonémicas. La repetición tiene un marcado deterioro, pudiendo ocasionalmente a veces poder repetir palabras cortas (monosílabas y bisílabas). La comprensión es normal o cerca de lo normal. En cuanto a la expresión, la conducta del paciente es típica durante la conversación, con un flujo abundante y generalmente apropiado, interrumpido por dudas, pausas y correcciones relacionadas a la dificultad en el hallazgo de palabras y producción parafásica.

La comprensión del lenguaje puede ser normal e ir avanzando hacia una alteración moderada. La denominación está habitualmente deteriorada, frecuentemente por sustituciones parafasias literales múltiples. Así cuando a un paciente se le pide que denomine un objeto, el paciente puede dar una palabra con el mismo número de sílabas y prosodia, pero con uno o más fonemas incorrectos. La lectura en voz alta está severamente afectada, pero la comprensión es normal. En la escritura aparecen los mismos trastornos del lenguaje hablado. (Tamaroff & Allegri, 1995)

h) Afasia anómica: Es la más común de las afasias, lo que se evidencia es la inhabilidad para encontrar las palabras correctas, en el lenguaje espontáneo, escritura, y en la denominación por confrontación (Benson 1985). La producción verbal es fluente. La comprensión está conservada. Dificultad de hallazgos de palabras. La lectura en voz alta y la comprensión están conservadas. En las escrituras aparecen las anomias (Tamaroff & Allegri, 1995).

2.2 Neuropsicopedagogía

La neuropsicopedagogía integra el conjunto de conocimientos propios de la Neuropsicología y de la Psicopedagogía. Esta neuropsicopedagogía, a través de la comprensión del funcionamiento de los procesos mentales superiores (atención, memoria, lenguaje, función ejecutiva), pretende ofrecer un marco de conocimiento y acción íntegro para la descripción, explicación, tratamiento y potenciación de los procesos de aprendizaje y reaprendizaje que acontecen a lo largo de la vida, promoviendo una formación integral con repercusiones más allá de la institución educativa, del periodo temporal y del tipo de aprendizaje que se establece como válido (De la Peña, 2005). Es decir, busca crear un puente de conexión entre el funcionamiento de los procesos psicológicos y las habilidades de aprendizaje, determinar niveles de funcionalidad en relación con el desarrollo evolutivo y proponer estrategias que permitan que el sujeto alcance niveles más altos de desempeño (De la Peña, 2005).

La neuropsicopedagogía se especializa en evaluar los procesos psicológicos básicos y superiores (atención, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje y funciones ejecutivas) focalizando las intervenciones con el objetivo de potencializar cada proceso y así enriquecer el aprendizaje y reaprendizaje de los sujetos.

En tal sentido, determina lo que éste es capaz de lograr en relación a su desarrollo evolutivo, acompañando al sujeto a alcanzar aprendizajes superiores. Es aquí donde interviene el campo de acción del psicopedagogo y puede aplicar sus estrategias de rehabilitación psicopedagógicas (Eleonora Blanco, 2019).

2.3 Modelo Neurocognitivo

Tamaroff & Allegri (1995) con el fin de comprender los desórdenes neuropsicológicos cognitivos, proponen un modelo teórico simple del funcionamiento cerebral. Este modelo está constituido, en primer lugar, por un sistema con jerarquías con tres niveles de funcionamientos básicos subordinados: sensorio-motor, gnósico-práxico y simbolización. En segundo lugar, lo compone un sistema superordinario compuesto por el control y la

iniciativa cognitiva. En tercer lugar, dos sistemas en paralelo, la memoria y emoción que interactúan con cada uno de los niveles y en cuarto lugar, un sistema de alerta responsable del despertar cognitivo.

Tamaroff & Allegri (1995) consideran el sistema nervioso como un sistema de regulación y control en el que intervienen un conjunto amplio de sistemas cerebrales de manera integrada. Los tres niveles de funcionamiento básicos subordinados (sensorio-motor, gnósico-práxico y de simbolización) intervienen en los sistemas de entrada y salida de la información. Éstos están bajo el control del sistema supramodal encargado del control ejecutivo, cuya función es de anticipación, planificación, búsqueda y selección de respuestas, iniciativa y monitoreo de la acción.

Conjuntamente, en paralelo funcionan dos sistemas, por un lado, la memoria, referida a alcanzar el almacenamiento de las experiencias y el almacenamiento del aprendizaje en habilidades sensorio-motoras. Por otro lado, la emoción, referida al control de los aspectos emocionales que procesan la información sensorial y generan respuestas. Por último, interviene en simultáneo el sistema de alerta responsable de la activación, este nivel regula la atención hacia los estímulos sensoriales y hacia la acción.

Este modelo pone en relevancia que la unidad funcional del sistema nervioso deja de ser la neurona para pasar a ser los circuitos, sistemas o módulos que forman las redes neuronales complejas responsables de la elaboración de las diferentes funciones. (Tamaroff & Allegri, 1995. p 42).

2.3.1 Modelo Neurocognitivo con respecto al procesamiento del lenguaje

Siguiendo con los aportes del modelo de Tamaroff & Allegri (1995) específicamente en relación a la actividad del lenguaje, aspecto que se encuentra alterado en los pacientes con afasia, se presentan tres niveles de integración: sensorio-motor, gnósico-práxico y simbolización.

Goldstein (1948) por su parte se atribuye a los trastornos del lenguaje una dificultad que aparece en una actividad constituida por numerosas funciones, que se desarrollan en un sistema organizado de circuitos complejos. En este sentido

explica que para comprender la afasia se debe tener en cuenta la estructura del lenguaje y la forma en que se realiza. Explicita que el trastorno de la afasia no puede asociarse a una patología unívoca, teniendo en consideración que algunos trastornos están en relación a un déficit funcional definido, otros son debidos a efectos de masa o a mecanismos de reorganización (Goldstein 1948, en Tamaroff & Allegri 1995).

Siguiendo con la perspectiva de estos autores, los mismos consideran la imposibilidad de pensar dos pacientes con afasia con la misma sintomatología. Es preciso exponer que desde este modelo se considera que el lenguaje se alcanza por el uso de funciones motoras y sensoriales mediante órganos que no son especializados a tal efecto (Tamaroff & Allegri 1995). El lenguaje se concreta utilizando órganos cuya función de entrada están destinados a otros fines (Alajounine, 1968) que requieren un aprendizaje previo para ser utilizados en el lenguaje.

La relación del lenguaje con las funciones motoras y sensoriales lleva a comprender, por un lado, las características patológicas del lenguaje y por el otro, la doble polaridad motora y sensorial del lenguaje. Atendiendo a la doble polaridad mencionada, al hablar de actividad motora se refiere a la actividad de expresión, que pasa de la incitación a la motricidad. Es una actividad motora especial, es decir, a-significación simbólica (vocal, gráfica, gestual). Aquí el trastorno puede ser a nivel psicomotor constituyendo, por ejemplo, la afasia motora. Correspondiente a la parte sensorial del lenguaje, encontramos la actividad de recepción, promoviendo el pasaje del nivel perceptivo al nivel intelectual. Esa marcha sensopsíquica puede interrumpirse desde la agnosia simple a agnosia de complejidad creciente hasta la falla semántica (Tamaroff & Allegri 1995).

Alcanzar el nivel más alto del procesamiento del lenguaje implica el tercer nivel que describe el modelo de Tamaroff & Allegri (1995): la simbolización. En el cerebro humano predominan conexiones entre las distintas regiones neocorticales (áreas de asociación secundarias) entre sí denominadas conexiones intermodales. Estas redes neuronales complejas corresponden al tercer nivel de complejidad donde se elabora la conceptualización y

simbolización. La función de simbolización es la base del lenguaje, y se genera a nivel de los circuitos que tienen que ver con las áreas de asociación de asociaciones o áreas de asociación intermodal.

El lenguaje no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico. Las palabras no son símbolos de objetos o sucesos, sino símbolos de los conceptos que nosotros construimos (...) Estos se desarrollan en un proceso altamente dinámico y complejo de la génesis actual (...) El afásico formaría conceptos, pero de calidad inferior, usando su génesis actual dañada. (Tamaroff & Allegry, 1995. p 116)

En síntesis, este modelo comprende que el lenguaje es una función integrada de diversos niveles que abarcan desde el sensorio-motor hasta la más alta jerarquía de la actividad cerebral, que implica la formación del concepto.

2.3.2 Modelos del procesamiento del lenguaje

A lo largo de la historia el procesamiento del lenguaje de pacientes con afasia ha sido estudiado por diferentes autores. El primer modelo teorizado es el modelo de Lichtheim (1881,1885). Posteriormente, en 1988 se conoció el modelo del procesamiento del lenguaje de Ellis y Young. En 1992 el modelo de Damasio. Finalmente, el modelo de Hickok & Poeppel se teorizó en 2004.

El modelo de procesamiento del lenguaje actual tiene en cuenta la existencia de las vías ventral y dorsal, sus estructuras corticales y subcorticales, y todos los niveles de procesamiento; si la lesión se produce cerca de las vías dorsales podría afectar la expresión gramatical y/o la fonología y repetición del paciente. Si la lesión es producida cerca de las vías ventrales puede afectar la comprensión gramatical y/o la comprensión semántica. Un paciente puede presentar una lesión que afecte uno o varios componentes del lenguaje, es decir, el paciente podría presentar trastorno de la comprensión oral, trastornos de la producción oral, trastornos de la lectura, trastornos en la escritura, y/o trastornos a nivel de oración (Hickok & Poeppel, 2004).

Los procesos cognitivos complejos, incluyendo el lenguaje, se basan en múltiples operaciones mentales que son llevadas a cabo por varias redes funcionales en regiones corticales de asociación frontal, temporal y parietal del

cerebro humano. Consisten en múltiples redes a gran escala que comparten propiedades estructurales y funcionales (Zachary M et al. 2018).

2.3.3 Aspectos del lenguaje afectados en los pacientes con afasia

En sus escritos acerca de los procesos de lenguaje afectados en los pacientes con afasia, Cuetos (1998), fundamenta la existencia de alteraciones en la comprensión (asociadas a lesiones posteriores), alteraciones en la producción (asociadas a lesiones anteriores), alteraciones léxicas (agnosias y anomias) y alteraciones sintácticas (agramatismo).

Expresa además que se evidencian, alteraciones que sólo afectan al lenguaje y alteraciones que se acompañan de otros déficits cognitivos. En cada caso las estrategias de rehabilitación son diferentes.

2.4 Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación se define según la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. Rehabilitar no es curar, sino brindar estrategias y herramientas a las personas para potenciar la funcionalidad a partir del déficit o la pérdida.

B, Willson (1987), fue una de las pioneras, en emplear el término rehabilitación neuropsicológica para hacer referencia al proceso donde las personas que han sufrido un daño neurológico pueden recuperar sus habilidades y en el caso de que ello no sea posible puedan al menos conseguir una óptima capacidad en su funcionamiento físico, mental, social y vocacional. Wilson en 1989, la define como un proceso a través del cual la gente con daño neurológico trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica". Este concepto incluye tanto técnicas orientadas a la restauración como a la compensación de los déficits.

Sholberg y Mateer (1989) han definido también la rehabilitación neurocognitiva como un proceso terapéutico dirigido a incrementar o mejorar la capacidad de un sujeto para procesar y utilizar adecuadamente la información

(nivel cognitivo), así, como para potenciar su funcionamiento en su vida cotidiana (nivel conductual).

Desde una mirada neuropsicopedagogía la rehabilitación cognitiva se sustenta sobre las bases del reaprendizaje para alcanzar la rehabilitación de las funciones cognitivas que inciden en los procesos de aprendizaje y reaprendizaje, con el fin de generar en los pacientes con lesiones una neuroplasticidad compensatoria (E, Blanco, 2019).

2.4.1 Corrientes teóricas de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia.

Carlos Arango (2017), sostiene la importancia del modelo de rehabilitación que acompaña al profesional a la hora de buscar estrategias de intervención en pacientes con afasias. En este sentido describe tres modelos de rehabilitación de afasia.

En primer lugar, las teorías globalistas, consideran que todas las variedades de afasias tienen un mismo origen y las diferencias entre ellas se deben únicamente a la gravedad de la lesión (Schuell, Jenkins y Jiménez-Pabón, 1964 citado en Arango, 2017). Se emplean programas de rehabilitación similares para todos los pacientes, independientemente de las características que presenten éstos.

Por otro lado, las teorías localizacionistas consideran la existencia de diferentes síndromes afásicos que se caracterizan por diversos síntomas. Esta concepción considera diferentes tipos de afasias, se proponen diferentes tipos de rehabilitaciones específicas para cada síndrome (Carlos Arango, 2017).

En tercer lugar, la corriente neuropsicología cognitiva postula la necesidad de estudiar los síntomas que presentan los pacientes afásicos. Sin embargo, en vez de agruparlos en síndromes, lo que hace es tratar de averiguar la causa de cada síntoma (Ellis, 1987). Se considera que cada síntoma surge por la disfunción de algún proceso del lenguaje, y el objetivo del terapeuta es determinar qué procesos tiene dañados los pacientes. Para ello utiliza los modelos de procesamiento lingüístico. Desde esta corriente se intenta averiguar qué alteraciones presenta el paciente, cuáles son los procesos responsables de

esas alteraciones y cómo se puede mejorar el funcionamiento cognitivo de éstos. Puesto que son muchos los procesos que intervienen en el lenguaje, es difícil encontrar pacientes que presenten exactamente el mismo trastorno, por lo que se considera a cada paciente como un caso único que requiere un tratamiento específico (C, Arango, 2017).

2.5 Estrategias de intervención psicopedagógica para la rehabilitación cognitiva.

Las estrategias de intervención psicopedagógica encuentran su fundamento en la rehabilitación cognitiva cuando se trata de un “reaprendizaje”, ya que son funciones adquiridas por medio de aprendizajes anteriores, que se han perdido como consecuencia de una lesión, y, por lo tanto, implicaría un proceso de reaprendizaje sobre aquella secuela que deja la lesión neurológica (Blanco, 2019).

La autora refiere al proceso de reaprendizaje como la acción de aprender de nuevo el saber o la habilidad necesaria para encontrar las capacidades o los hábitos de vida perdidos seguidos a una lesión neurológica adquirida o una enfermedad degenerativa que deja como secuela un trastorno del lenguaje (E, Blanco, 2019).

La rehabilitación cognitiva es un proceso activo de aprendizaje -reaprendizaje y compensación de los déficits en las habilidades cognitivas tales como lenguaje, lectura, escritura, funciones visuales superiores, cálculo, memoria, atención y funciones operativas o ejecutivas (Blanco, 2019).

El aprendizaje es un proceso que implica modificar los conocimientos y las conductas previas, adquiridas por la experiencia a lo largo de la vida. Es decir, el sujeto reproduce y elabora originalmente la información que toma del medio, transformándose a sí mismo. Los esquemas previos serán entonces la base de los nuevos aprendizajes, asimilándolos y permitiéndole al sujeto, mediante el uso de los mismos, enfrentarse a situaciones nuevas; en ello reside “la función adaptativa del aprendizaje” (Feldberg y Demey, 2015). Por tanto, se puede decir que el aprendizaje surge como consecuencia directa de la práctica realizada y que es transferible a nuevas situaciones (Blanco, 2019).

2.5.1 Estrategias de intervención psicopedagógica para la rehabilitación cognitiva del paciente con afasia.

Las estrategias de rehabilitación cognitiva tienen como objetivo potenciar y funcionalizar las capacidades cognitivas y funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, atención, lenguaje, razonamiento o la planificación entre otras, mediante el alcance de la neuroplasticidad cerebral (M, Berthier, 2008).

Las estrategias en el paciente con afasia están orientadas a optimizar el funcionamiento cognitivo brindando estímulos (pensados para ese paciente singular) y entrenando las capacidades y habilidades cognitivas todavía preservadas mediante la potenciación de la plasticidad cerebral o neuroplasticidad (M, Berthier, 2008).

La rehabilitación cognitiva utiliza tres tipos de estrategias para mejorar la eficiencia de las funciones mentales superiores del sujeto: reentrenamiento, compensación y ayudas externas (Portellano Pérez y Alba, 2014, citado en E, Blanco, 2019).

Portellano Pérez y Alba (2014) explican que el reentrenamiento y la compensación son estrategias de rehabilitación cognitiva ya que tratan de mejorar la eficiencia cognitiva del sujeto, en cambio, las ayudas externas, son medidas paliativas que sustituyen una función mental perdida por una lesión neurológica adquirida o enfermedad neurodegenerativa, tratando de que la persona afectada disponga de adecuados recursos externos que le permitan mantener su calidad de vida.

2.5.1.1 Reaprendizaje (reentrenamiento)

Llamaré a la estrategia de reentrenamiento, como reaprendizaje de las funciones afectadas por el daño cerebral mediante la ejercitación activa, apuntando a mejorar las deficiencias cognitivas. Debido que el potencial interés del psicopedagogo es el aprendizaje (Blanco, 2019. P 42).

En este sentido la autora expresa la importancia de la ejercitación continua y permanente de una actividad para activar su ejecución en el área afectada. La repetición controlada es fundamental para conseguir activar,

rehabilitar y automatizar la función. Permitiendo consolidar los circuitos nerviosos que han resultado parcialmente afectados, hasta lograr el éxito del área.

Pérez & Alba (2014) exponen que mediante el reaprendizaje es posible mejorar la restauración de funciones cognitivas, posibilitando por un lado la consolidación de los circuitos preservados, incrementando el metabolismo cerebral mediante el crecimiento axondendrítico; por otro lado, la generación de vías neuronales alternativas, mediante la activación de factores de crecimiento nervioso y por último la activación de circuitos nerviosos durmientes, cuya existencia era previa a la secuela producida por el daño neurológico adquirido.

Los postulados de Blanco (2019), en concordancia con el modelo cognitivo de Tamaroff & Allegri (1996), evidencian que a través del reaprendizaje se crean rutas neurales alternativas o se activan circuitos previamente existentes. Estas estrategias permiten reorganizar las mismas áreas que han resultado afectadas por la lesión, por lo que puede ser considerada como una forma de organización intrasistémica.

2.5.1.2 Compensación

Al hablar de compensación, Blanco (2019) la define como la activación funcional de las áreas cerebrales resguardadas para compensar el déficit en otras que realizaban la misma función, pero que han resultado afectadas por la lesión cerebral adquirida. Mediante la compensación es posible crear nuevas conexiones para restablecer el equilibrio alterado tras una lesión neurológica debido a la neuroplasticidad cerebral.

Gómez- Fernández, (2000) definen la plasticidad neuronal como una propiedad del sistema nervioso, que cambia dinámicamente en respuesta a la estimulación sensorial, cognitiva o el aprendizaje. Esta recuperación está relacionada con crecimiento dendrítico, con la formación de nuevas sinapsis, la reorganización funcional en la propia área vecinas y homólogas del hemisferio contralateral.

En el caso de las afasias como secuela de lesiones neurológicas adquiridas o enfermedad neurodegenerativas, el hemisferio izquierdo temporoccipital del habla puede ser sustituido por otro sistema complementario

del hemisferio derecho que esté preservado, asumiendo que este hecho facilitara la mejoría de la capacidad del habla a través de la compensación.

Stimulus (2018) plantea el concepto de reserva cognitiva como indicador de mejor pronóstico en los pacientes con lesiones neurológicas, ya que en la plasticidad cerebral juega un papel muy importante la vida cultural que ha desarrollado la persona, el nivel alcanzado de educación, la capacidad intelectual, y todos aquellos estímulos cognitivos que posee una persona.

2.5.1.3 Ayudas Externas

Las ayudas externas son estrategias sustitutorias de tipo paliativo, en la cual reemplaza funciones cognitivas perturbadas, mediante mecanismos externos del paciente. Las ayudas externas se deben utilizar cuando se ha producido una lesión neurológica severa (Blanco, 2019).

En este caso, las técnicas de restauración y compensación fracasan en el intento de normalizar la función. Como por ejemplo en el caso de las afasias se pueden utilizar como ayudas externas comunicadores digitales o fichas construidas con el paciente.

2.5.1.4 Facilitación

Además de las estrategias de rehabilitación cognitiva expuestas, hasta aquí, Cuetos (1998) propone una cuarta estrategia, tratándose de la categoría de facilitación. Estas estrategias lo que intentan es ayudar al paciente a recuperar información o destrezas que aún conserva mediante la presentación de claves o estímulos relacionados. Un ejemplo de rehabilitación por facilitación es aquel en que se proporcionan los primeros fonemas de las palabras a los pacientes anómicos para ayudarles a recuperarlas (C, Arango, 2017).

Las definiciones de rehabilitación cognitiva coinciden en señalar la utilización conjunta de estas estrategias orientadas no sólo a la mejora del funcionamiento cognitivo, sino también al objetivo más global y complejo de conseguir que el sujeto retome sus actividades cotidianas de la forma más productiva y satisfactoria posible (M, Rios Lago, 2010).

2.5.2 Técnicas de aprendizaje especializadas

Según Catherine A. Mateer (2001) existen tres técnicas de aprendizajes: la de aprendizaje directo, aprendizajes sin errores, aprendizajes de procedimiento.

Algunos de los principios de la técnica de aprendizaje directo son: dividir una capacidad en todos sus componentes y enseñar cada uno de ellos, relacionar nuevos aprendizajes con experiencias previas, utilizar la técnica de aprendizaje sin errores, incorporar sesiones de práctica orientada por el terapeuta, incluidas una de retroalimentación y, posteriormente, una práctica a solas, utilizar la práctica distribuida versus masiva y realizar un repaso de todo lo aprendido. Su objetivo se centra en diseñar y aplicar estrategias de rehabilitación que fortalezcan y mantengan las capacidades académicas básicas (Sohlberg y Mateer, 2001).

La técnica de aprendizajes sin errores consiste en ofrecer las respuestas correctas específicas de una tarea hasta que la persona consigue consolidar la información nueva. A medida que se evitan las respuestas de ensayo-error, se reduce la desorganización de la información, lo que permite que la nueva información se almacene más efectivamente (Wilson et al., 1994; citado en Arango, 2017).

Por último, la técnica de aprendizaje de procedimiento se manifiesta a lo largo del tiempo y se logra mediante la repetición, y es el tipo de aprendizaje que suele preservarse en las personas con secuelas causadas por accidentes cerebro vasculares, como la afasia. Lo que se activa mediante esta técnica es la memoria procedimental permitiendo al paciente el aprendizaje de capacidades y nuevos procedimientos que mediante otras técnicas o estrategias no logran adquirir (A. Mateer, 2001)

3. Metodología de la investigación

3.1 Problema

¿Qué estrategias de rehabilitación cognitiva utilizan los psicopedagogos para trabajar con pacientes con afasia en tres instituciones de la provincia de Buenos Aires?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Conocer qué estrategias e intervenciones utilizan los psicopedagogos en el espacio de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia desde una mirada neuropsicopedagógica.

Objetivos específicos

- Explicar desde la concepción actual de afasia, la importancia del quehacer psicopedagógico
- Conocer qué procesos de aprendizaje y reaprendizaje se ponen en juego a la hora de la rehabilitación;
- Describir qué estrategias y herramientas psicopedagógicas se desarrollan en la rehabilitación de pacientes con afasia.

3.3 Enfoque metodológico

Para realizar esta investigación se tomó el enfoque metodológico cualitativo. Según Sampieri. et al (2006) este tipo de investigación se focaliza en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. La acción indagatoria se mueve de forma dinámica entre los hechos y su interpretación, es

decir, es un proceso circular de retroalimentación en el que la secuencia varía dependiendo del estudio que se realice. Las preguntas e hipótesis pueden ser desarrolladas antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. El propósito de este enfoque es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados. Dentro de este tipo de enfoque metodológico se encuentran características específicas. Por un lado, la investigación se focaliza en las experiencias de los participantes en torno al proceso, por otro lado, se enfatiza en la información detallada y profunda acerca del proceso, y por último se pretende conocer la diversidad de idiosincrasias y cualidades únicas de los participantes inmersos en el proceso (Sampieri. et al. 2006). Dicho enfoque se lleva a cabo en los ambientes naturales de los participantes o unidades de análisis (Armstrong, 2010). Las variables no están controladas ni manipuladas y los significados se toman de los propios participantes. En tal sentido, los datos no se reducen únicamente a valores numéricos, sino al análisis e interpretación de la experiencia de los procesos de los participantes (Rothery, Tutty y Grinnell, 1996).

3.4 Diseño y alcance

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental, en tanto no se manipulan variables, sino que se observan los fenómenos tal cual acontecen en su contexto natural para ser analizados. En este tipo de investigaciones no se provocan situaciones de manera intencional, sino que éstas ya existen, por esto es que las variables no pueden ser manipuladas, ni se pueden influir sobre ellas porque ya sucedieron al igual que sus efectos.

Siguiendo la línea de Sampieri. et al. (2006), este diseño no experimental además es de carácter transversal, ya que en este tipo de investigación se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004), teniendo como propósito principal describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El alcance de esta investigación no experimental transversal es descriptivo ya que no busca explicar las relaciones en términos de causas y

efectos, ni generalizar resultados a la totalidad de la población, sino caracterizar y describir la singularidad, teniendo como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Sampieri. et al. 2006).

3.5 Participantes

Participaron de este estudio siete psicopedagogas mujeres de diferentes instituciones privadas de rehabilitación en ámbitos de internación y en ámbitos ambulatorios (consultorio privado), de la provincia de Buenos Aires. Sus edades estuvieron comprendidas entre 25 y 55 años de edad. Su formación académica comprende desde nivel terciario hasta universitario con formaciones especializadas en neurociencias.

3.6 Instrumentos de recolección de datos

Para relevar los datos se utilizó entrevistas semiestructuradas (Sampieri. et al, 2006) las cuales se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir otras adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

El propósito de las entrevistas cualitativas es obtener respuestas en el lenguaje y perspectiva del entrevistado a través de las preguntas, logrando de esta forma una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998).

En el presente estudio de investigación la entrevista semiestructura estuvo conformada por cinco preguntas sociodemográficas y diecisiete preguntas guía (se adjunta entrevista en anexo I), con flexibilidad para reformular, añadir u omitir preguntas en función de las respuestas de los participantes, con el objetivo de recolectar datos, analizarlos y comprenderlos con el fin de responder las preguntas de investigación y generar nuevos conocimientos (Sampieri. et al, 2006).

3.7 Procedimientos

Por procedimiento se entienden todas las tareas que el investigador realiza con los participantes y/o las actividades que llevan a cabo los mismos durante la investigación y que serán las productoras de los datos (Eisman, et al. 1998).

Para realizar las entrevistas semi estructuradas, el primer contacto con los psicopedagogos fue de manera presencial en algunos casos, mientras que con otros a través del contacto telefónico y vía mail. Con cada participante de la investigación, se acordó de manera individual los modos en los que se llevaría a cabo la entrevista. Las mismas se realizaron de manera individual, bajo la modalidad virtual dadas las distancias geográficas (zoom / meet) y otras bajo la modalidad presencial (instituciones de trabajo de los/as profesionales), con una duración aproximada de 1 hora por entrevista. Como material principal se utilizaron las plataformas virtuales para grabar las reuniones con el consentimiento de cada participante, en el caso de los entrevistados de manera presencial, se utilizó la grabadora de voz, también con consentimiento previo del entrevistado/a.

3.8 Análisis de datos

Con la finalidad de realizar el análisis de los datos recabados durante la realización de las entrevistas semiestructuradas a las psicopedagogas seleccionadas, se procedió a realizar un análisis cualitativo de la información obtenida.

El criterio seleccionado para realizar la segmentación de datos fue el criterio temático, que implica la separación en el texto al reconocerse cambios de temas por parte de las entrevistadas. A su vez se utilizó el método deductivo, considerando las categorías establecidas a priori, adaptando cada unidad temática surgida a una categoría ya existente. Para la organización de la información obtenida se realizó la construcción de un sistema de categorías y subcategorías mediante una matriz cualitativa de agrupamiento de datos, construidas en función de los objetivos específicos de la investigación.

Tabla 1: sistema de categorías y subcategorías utilizadas para el análisis de datos.

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>
<i>Afasia y quehacer psicopedagógico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción de afasia. Causas. • Características del paciente con afasia • Tipos de afasias más frecuentes • Incumbencias psicopedagógicas
<i>Procesos de aprendizaje y reaprendizaje en pacientes con afasia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de compensación • Reserva cognitiva • Aspectos del lenguaje afectados • Dominios cognitivos alterados
<i>Estrategias y herramientas de intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cognitiva. Objetivos. • Diseño de estrategias • Funcionalidad de las estrategias • Tipos de estrategia / técnicas específicas de rehabilitación.

4. Resultados

4.1 Afasia y quehacer psicopedagógico

En este primer apartado nos detendremos a realizar el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas acerca de las concepciones de la afasia, las características del paciente, los tipos de afasias y las incumbencias psicopedagógicas en la rehabilitación cognitiva de pacientes que presentan esta secuela a causa de una lesión neurológica.

Con respecto a las causas de la afasia, el total de las entrevistadas adhirió que las mismas son de índole neurológico, como un accidente cerebrovascular, una aneurisma, una enfermedad degenerativa, un traumatismo encefalocraneal. Berthier (2011) afirma que la causa principal de las afasias es un accidente cerebrovascular isquémico y explica que también puede asociarse a traumatismos de cráneo, tumores, infecciones y enfermedades neurodegenerativas.

En relación a su definición, la mayoría de las entrevistadas definieron a la afasia como un trastorno del lenguaje adquirido, otras como un trastorno en el lenguaje adquirido; solo una especificó que es la *“pérdida o trastorno de la función del lenguaje”*. Como se evidencia en las definiciones de las mismas, la totalidad aludió a la afasia como un trastorno del o en el lenguaje adquirido luego de una lesión neurológica, tal como plantea Luria (1947) respecto a la definición tradicional de afasia considerándola como una alteración sistémica del lenguaje, es decir como la pérdida total o parcial de los procesos implicados en la formulación y comprensión del lenguaje. Mientras que, en la actualidad, autores como Berthier (2011) considera a la afasia como un trastorno cognitivo multimodal que afecta no sólo al dominio cognitivo del lenguaje, sino también a otros procesos cognitivos que son indispensables para el funcionamiento adecuado del mismo.

Si bien estas definiciones se acercan a conceptos tradicionales, al describir las características del paciente con afasia la totalidad de las entrevistadas aludió a la implicancia de otros dominios cognitivos que intervienen en la producción del lenguaje, enfatizando en la alteración del dominio

atencional, amnésico y de las funciones ejecutivas. La entrevistada 4 expresó: *“La nueva concepción de afasia desde la neurociencia incluye la afectación de los múltiples dominios cognitivos”*, encontrándose en concordancia con las definiciones actuales que consideran a la afasia como un trastorno cognitivo multimodal, entendiendo que los procesos cognitivos complejos, incluyendo el lenguaje, se basan en múltiples operaciones mentales que son llevadas a cabo por varias redes funcionales (Zachary M et al. 2018).

La totalidad de las entrevistadas consideraron que las características más significativas del paciente con afasia son la afectación en las siguientes áreas del lenguaje: la comprensión, expresión o ambas. La entrevistada 3 expresó: *“los pacientes no se comunican de manera convencional, presentan dificultades de comprensión, expresión o ambas, anomias y/o parafasias”* La mayoría de ellas agregaron la falta de flexibilidad cognitiva, carencia del pensamiento abstracto, déficit en la memoria, atención y en las funciones ejecutivas. Otras psicopedagogas expresaron la aparición de anomias (alteración en la nominación de objetos), jergas (inteligibilidad al expresarse), alexias (incapacidad de leer), agrafias (incapacidad de escribir), apraxias (incapacidad de ejecutar acciones motoras) y parafasias (deformaciones o sustituciones de sílabas o palabras). Tal como explicita Goldstein (1948), el trastorno de la afasia no puede asociarse a una patología unívoca y se vincula a un déficit funcional. El modelo neurocognitivo que plantea Tamaroff y Allegri (1995) retoma este aporte poniendo en relevancia que la unidad funcional del sistema nervioso deja de ser la neurona y pasan a ser los circuitos, sistemas o módulos que forman las redes neuronales complejas, las cuales son responsables de la elaboración de las diferentes funciones cognitivas. Concepciones más actuales como la de Hickok & Poeppel (2004) consideran que el paciente con afasia podría presentar trastorno de la comprensión oral, trastornos de la producción oral, trastornos de la lectura, trastornos en la escritura, y/o trastornos a nivel de oración cuyo funcionamiento se genera por la conexión de múltiples redes neurales.

Con respecto a los tipos de afasias que se mencionan en las entrevistas, dos de ellas la clasificaron en dos grupos: fluentes y no fluentes, haciendo referencia a la clasificación más significativa en la actualidad siendo esta la de la

Escuela Norteamericana (Tamaroff y Allegri, 1995), quien la divide en los síndromes afásicos fluentes (la Afasia de Wernicke, Afasia de Conducción, Afasia Transcortical Sensorial y la Afasia Anómica) y los síndromes afásicos no fluentes (Afasia Global, la Afasia Transcortical motora, Afasia Transcortical Mixta y la Afasia de Broca).

La mayoría de ellas consideraron más frecuente la afasia de Broca y la de Wernicke, así mismo mencionaron otras tales como la afasia anómica y la afasia global, todas ellas se encuentran enmarcadas dentro del mismo modelo mencionado anteriormente. Dos de ellas refirieron como afasias más frecuentes la afasia de comprensión, de expresión o mixta, las cuales de acuerdo al modelo Norteamericano, no corresponden a la clasificación actual de afasia sino más bien al tipo de alteración que puede o no presentar un paciente con este trastorno cognitivo multimodal.

La totalidad de las entrevistadas refirieron que la rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia es incumbencia del psicopedagogo, coincidiendo en que se ponen en juego los procesos de aprendizaje y reaprendizaje en la rehabilitación de los dominios cognitivos. El objetivo varía de acuerdo a la percepción de cada entrevistada, algunas expresaron que el objetivo del psicopedagogo en la rehabilitación apunta a brindar autonomía al paciente, reduciendo las consecuencias de las deficiencias diarias, potenciando así los dominios cognitivos afectados mediante los dominios que el paciente conserva. La entrevistada 1 expresó *“La rehabilitación cognitiva es parte del tratamiento psicopedagógico, ya que trabajamos con el aprendizaje y las funciones cognitivas. Hacemos estimulación de los dominios cognitivos tomando como mediador el aprendizaje”*. En este sentido Blanco (2019) refiere que la psicopedagogía es base fundamental en el abordaje de pacientes que como consecuencia de una lesión neurológica presentan un trastorno en el lenguaje. Es así que, en el proceso de rehabilitación psicopedagógica, se ponen en juego procesos de reaprendizaje de las funciones adquiridas por medio de aprendizajes anteriores, lo que implica un proceso de reaprendizaje sobre aquella secuela que deja la lesión. En concordancia, la entrevistada 4 expresó: *“sí, es incumbencia del psicopedagogo porque la psicopedagogía interviene en*

los procesos de aprendizaje, centrando el abordaje de los pacientes con afasia en el reaprendizaje de aquellos procesos que el sujeto pierde producto de la enfermedad o lesión. Dependiendo de cuál sea el aspecto cognitivo menos afectado será con el que iniciemos el trabajo”.

4.2 Procesos de aprendizaje y reaprendizaje en pacientes con afasia.

Se realizará aquí el análisis de los datos referidos a los procesos de aprendizaje y reaprendizaje en pacientes con afasia en interjuego con los procesos de compensación, la reserva cognitiva, los aspectos del lenguaje afectados y de los demás dominios cognitivos alterados.

La totalidad de las entrevistadas coincidieron en que los procesos de aprendizaje y reaprendizaje intervienen y son de relevancia en la rehabilitación cognitiva del paciente con afasia. Blanco (2019), refiere que el proceso de reaprendizaje es la acción de aprender de nuevo las habilidades perdidas o alteradas como consecuencia de una lesión neurológica adquirida o una enfermedad degenerativa que deja como secuela un trastorno del lenguaje.

Tres de ellas consideraron que un paciente con afasia puede haber perdido ciertas habilidades o se encuentran inhibidas y a través del reaprendizaje se ayuda al paciente a recuperar esos dominios perdidos o alterados. La entrevistada 2 expresó: *“Es importante considerar el proceso de reaprendizaje ya que posterior a una lesión hay funciones que presentan fallas, descensos o deterioros y los pacientes no van a aprender de la misma forma que antes”*, encontrándose en concordancia con lo expresado por Feldberg y Demey (2015) acerca de la función adaptativa del aprendizaje, quienes consideran que los esquemas previos a la lesión serán la base de los nuevos aprendizajes, asimilándolos y permitiéndole al sujeto enfrentarse a situaciones nuevas.

Algunas de las psicopedagogas concibieron la idea de que es fundamental conocer cómo aprende este paciente para poder crear estrategias de intervención y así favorecer los procesos de reaprendizaje. La entrevistada 5 expresó: *“Ambos procesos intervienen ya que conociendo cómo aprende el paciente se podrán alcanzar nuevos aprendizajes y afianzar los previos”*. En este sentido, De La Peña (2005) explica la importancia de comprender y reconocer el

funcionamiento de los procesos mentales superiores, es decir entender cómo aprende el sujeto con el objetivo de ofrecer un marco de conocimiento y acción integral para potenciar los procesos de aprendizaje y reaprendizaje.

Solo una de ellas (entrevistada 1) expresó que *“la rehabilitación se considera un proceso de aprendizaje y reaprendizaje propiamente dicho”*, Blanco (2019) define la rehabilitación cognitiva como un proceso activo de aprendizaje - reaprendizaje de las habilidades cognitivas descendidas, alteradas o en déficits.

Con respecto a los procesos de compensación, más de la mitad de las entrevistadas relacionaron el concepto con aspectos externos, mientras que las demás lo vincularon a aspectos internos. Con respecto a la compensación interna, la entrevistada 4 refirió que *“Dicha compensación se da por la plasticidad neuronal y permite que el paciente a través de la rehabilitación cree procesos compensatorios que estimulen otras áreas cerebrales para que cumplan o suplanten las funciones descendidas, alteradas o perdidas”*; en relación a la plasticidad neuronal a la cual hizo referencia la entrevistada, el autor Gómez- Fernández, (2000) la define como una propiedad del sistema nervioso, que cambia dinámicamente en respuesta a la estimulación sensorial, cognitiva o el aprendizaje. En concordancia, la entrevistada 6 manifestó: *“Es importante conocer las funciones conservadas del paciente en las cuales compensar las deficiencias de los déficits cognitivos incluido el lenguaje”*. Sus dichos permiten retomar los aportes de Blanco (2019) quien define a la compensación como la activación funcional de las áreas cerebrales resguardadas para compensar el déficit en otras que realizaban la misma función, pero que han resultado afectadas por la lesión cerebral adquirida.

Los aportes de Blanco (2019), los de Gomez-Fernandez (2000), y lo referido por las entrevistadas, vinculan el proceso compensatorio interno con la neuroplasticidad cerebral disponible en el paciente.

Por otro lado, todas ellas asociaron la compensación a recursos externos, tales como pictogramas, comunicadores, recursos tecnológicos; Blanco (2019) define esto como ayudas externas, siendo estrategias sustitutorias que reemplazan funciones cognitivas perturbadas mediante estos.

Con respecto a la reserva cognitiva, las entrevistadas coincidieron que impacta de manera directa en el pronóstico y en la rehabilitación del paciente, considerando que el capital cognitivo previo a la lesión repercute en un mejor o peor pronóstico. Stimulus (2018) considera la reserva cognitiva como indicador de mejor pronóstico en los pacientes con lesiones neurológicas. En concordancia con lo teorizado por el autor, la entrevistada 6 refirió que *“un paciente con un alto nivel de habilidades cognitivas previas a la lesión puede predecir una recuperación más rápida dado que los procesos cognitivos activan varias redes neurológicas alternativas compensando activamente el daño o degeneración”*.

Con respecto a los aspectos del lenguaje afectados en el paciente con afasia, la totalidad de las psicopedagogas entrevistadas mencionaron que los aspectos alterados se centran en la comprensión, expresión, lectura, escritura. En este sentido, Hickok y Poeppel (2004) plantean que un paciente puede presentar una lesión que afecte a uno o varios componentes del lenguaje.

Dos entrevistadas mencionaron procesos de la producción del lenguaje más específicos. La entrevistada 5 expresó: *“Los procesos más afectados del lenguaje son la comprensión, producción escrita, producción oral, alteración léxica, alteración sintáctica”*; la entrevistada 4 adhirió y agregó: *“los procesos semánticos, pragmáticos y fonológicos”*. Estos fragmentos pueden vincularse con la apreciación de Cuetos (1998) acerca de las alteraciones en el lenguaje que presenta el paciente con afasia, identificando alteraciones en distintos niveles: alteraciones en la comprensión (asociadas a lesiones posteriores), alteraciones en la producción (asociadas a lesiones anteriores), alteraciones léxicas (agnosias y anomias) y alteraciones sintácticas (agramatismo).

En discordancia con las demás psicopedagogas, la entrevistada 1 refirió que la rehabilitación específica del dominio cognitivo del lenguaje pertenece al área de la fonoaudiología y no así al de la psicopedagogía, expresando *“es terreno del fonoaudiólogo”*. En contraposición a lo expresado por la entrevistada, Blanco (2019) desde la mirada neuropsicopedagógica incluye en el área de rehabilitación del paciente con afasia el dominio del lenguaje, y expresa que el abordaje psicopedagógico interviene en los procesos psicológicos básicos y superiores incluyendo en estos al lenguaje. En este sentido, lo teorizado por

Hickok y Poeppel, (2004) concuerda con la mirada de Blanco (2019) planteando que los procesos cognitivos complejos incluyen el lenguaje y se basan en múltiples operaciones mentales que son llevadas a cabo por varias redes funcionales. Como expresa Zachari et al (2018) estas múltiples redes funcionales comparten propiedades estructurales y funcionales.

Siguiendo con esta línea, Cuetos (1998) expresa que el paciente con afasia no solo presenta alteración en el lenguaje sino también alteraciones en otros dominios cognitivos que intervienen en la producción del mismo. En relación a este apartado, la totalidad de las entrevistadas mencionó que, al abordar a un paciente con afasia evidencian la afectación de otros dominios cognitivos tales como la velocidad de procesamiento de la información, atención, memoria auditiva, memoria visual, memoria semántica, abstracción, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo matemático, memoria de trabajo, procesos de inhibición, gnosias y praxias. Tal como expresan Tamaroff & Allegry (1995) el lenguaje no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico. Las palabras no son símbolos de objetos o sucesos, sino símbolos de los conceptos que nosotros construimos. Estos se desarrollan en un proceso altamente dinámico y complejo en donde interviene el funcionamiento cognitivo global del sujeto.

4.3 Estrategias y herramientas de intervención

En el desarrollo de esta categoría se analizarán las subcategorías referidas a la rehabilitación cognitiva, el diseño de las estrategias de rehabilitación, la funcionalidad de las mismas y los tipos de estrategias y técnicas que utilizan las psicopedagogas en sus intervenciones.

Con respecto a la rehabilitación cognitiva, la mayoría de las entrevistadas la definió como un conjunto de procedimientos, técnicas y estrategias que se implementan en función de las características de un paciente, tal como expresó la entrevistada 4 *“La rehabilitación cognitiva es un conjunto de procedimientos, técnicas y estrategias”*. La entrevistada 5 agregó *“la rehabilitación cognitiva es un conjunto de estrategias que le brinda al paciente herramientas para lograr una mayor funcionalidad y autonomía”*. Estas respuestas se vinculan con la definición de Sholberg y Mateer (1989) quienes conciben la rehabilitación neurocognitiva

como un proceso dirigido a incrementar o mejorar la capacidad de un sujeto para procesar y utilizar adecuadamente la información (nivel cognitivo), así, como para potenciar su funcionamiento en su vida cotidiana (nivel conductual). Wilson en el mismo año (1989) define la rehabilitación neurocognitiva como un proceso a través del cual el sujeto con daño neurológico trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica. En este sentido, la entrevistada 6 refirió *“Es un tipo de tratamiento basado en la ejercitación y entrenamiento de funciones cognitivas, su objetivo es mejorar o compensar los déficits neurocognitivos que afectan el normal funcionamiento cerebral”*.

Rehabilitar no es curar, sino brindar estrategias y herramientas a las personas para potenciar la funcionalidad a partir del déficit o la pérdida (O.M.S). En concordancia con lo expresado, el total de las entrevistadas coinciden en que el objetivo principal de la rehabilitación es aumentar los niveles del funcionamiento cognitivo, para promover una comunicación verbal o no verbal con su entorno y así aumentar su autonomía y su calidad de vida. La entrevistada 3 refirió *“mi objetivo en la rehabilitación es lograr que el paciente se comunique con los demás de manera eficaz teniendo en cuenta el tipo de aprendizaje”*. La entrevistada 7 expresó *“el objetivo de la rehabilitación cognitiva en este tipo de pacientes es mejorar su comunicación y lograr una satisfactoria participación en su vida cotidiana a través de la estimulación de todos los dominios cognitivos”*.

Tomando en consideración los decires de las profesionales entrevistadas es preciso vincularlo con la mirada neuropsicopedagógica que propone Blanco (2019), quien sostiene que el objetivo de la rehabilitación cognitiva en los pacientes con lesiones neurológica es generar una mayor neuroplasticidad compensatoria, sustentándose sobre las bases del aprendizaje y reaprendizaje.

La totalidad de las entrevistadas coincidieron que el diseño de las estrategias utilizadas para intervenir se basa en dos aristas; por un lado, recabar los aspectos vinculados a la historia clínica del paciente incluyendo: su estatus cognitivo, enfermedades previas, tipo de lesión, áreas afectadas, la reserva cognitiva y las limitaciones funcionales (disminución de la capacidad de ejecutar tareas y actividades diarias para mantener la independencia) por otro lado, los

aspectos relacionados con la singularidad aludiendo a su historia, contexto económico, social, cultural, los intereses previos, motivaciones y los objetivos de cada paciente. La entrevistada 3 encuadró estas dos aristas expresando *“para diseñar un modelo de intervención, lo primero que hago es recabar la historia clínica del paciente, luego hago una evaluación neurocognitiva global del estado del lenguaje, evalúo los recursos con los que cuenta y me interiorizo en los intereses del paciente, necesidades y objetivo del mismo”*. La entrevistada 6 refirió considerar *“primero el tipo de afasia, luego las características de la lesión y su localización, su edad, su nivel educativo, su género, la dominancia cerebral, los trastornos asociados previos, el estado cognitivo que presenta, su estado emocional y conductual, y la comprensión del lenguaje”*.

Recabar todos estos datos es necesario puesto que es muy difícil encontrar pacientes que presenten el mismo trastorno (con las mismas características) por lo que se considera a cada paciente como un caso único que requiere un tratamiento específico (Arango, 2017).

Siguiendo con esta línea, la totalidad de las entrevistadas mencionaron que las estrategias de intervención psicopedagógicas pueden ser funcionales a varios pacientes, pero tienen que estar adaptadas de acuerdo a los indicadores anteriores. La entrevistada 7 mencionó: *“en mi experiencia cada paciente es diferente, las estrategias y necesidades son individuales, siempre van cambiando las técnicas buscando que sean las adecuadas a cada uno de ellos”*.

A partir de los datos recabados, se evidenciaron diversidad de estrategias y/o técnicas que implementan las psicopedagogas a la hora de rehabilitar a pacientes con afasia. La entrevistada 3 expresó *“Las estrategias que utilizo parten de actividades que promuevan el mejor funcionamiento de las funciones mentales superiores, para que el paciente alcance nuevos modos de comunicación tomando como premisa las fortalezas del mismo. De este modo el paciente compensa las áreas afectadas. Pensando en técnicas de manera más específica utilizo en pacientes con mayor severidad el aprendizaje por repetición y el aprendizaje sin error para evitar la frustración de la persona.”* La técnica de aprendizajes sin errores consiste en ofrecer las respuestas correctas específicas de una tarea hasta que la persona consiga consolidar la información nueva

(Arango, 2017); mientras que, la técnica de aprendizaje por repetición permite activar la memoria procedimental posibilitando al paciente el aprendizaje de capacidades y nuevos procedimientos que mediante otras técnicas o estrategias no logran adquirir (A. Mateer, 2001). La entrevistada 4 refirió que lo primero que utiliza como estrategia es el recurso potencial del paciente. *“Pensando en técnicas uso frecuentemente las de facilitación, con el recurso de la música y la modulación frente al espejo. Utilizo estrategias compensatorias internas y externas. Trabajo la comprensión con lectura por evocación propia o del otro según interés y posibilidades, uso el recurso biográfico del paciente para evocación de recuerdos”*. Al hablar de compensación, Blanco (2019) la define como la activación funcional de las áreas cerebrales resguardadas para compensar el déficit en otras que realizaban la misma función; mediante la compensación es posible crear nuevas conexiones para restablecer el equilibrio alterado tras una lesión neurológica debido a la neuroplasticidad cerebral. La facilitación refiere a estrategias que intentan ayudar al paciente a recuperar información o destrezas que aún conserva mediante la presentación de claves o estímulos relacionados (Cuetos, 1998). La entrevistada 6 agregó: *“Utilizo las técnicas y estrategias adaptadas al paciente, por ejemplo, las ayudas externas, las técnicas de restauración, y el reentrenamiento cognitivo”*. Blanco (2019) asocia las estrategias de reentrenamiento con el reaprendizaje de las funciones afectadas tras una lesión cerebral y explica que se realiza mediante la ejercitación activa apuntando a mejorar los déficits cognitivos. Siguiendo con esta línea, la entrevistada 7 agregó *“Uso soportes o ayudas visuales auditivas, tecnológicas, pictogramas y comunicadores con imágenes acompañadas de palabras”*. Aludiendo a los dichos de la entrevistada 6 acerca del uso de ayudas externas para llevar a cabo las intervenciones, se consideran estrategias sustitutorias de tipo paliativo, en la cual reemplaza funciones cognitivas perturbadas, mediante mecanismos externos del paciente (Blanco, 2019).

Estas estrategias que ponen en juego las entrevistadas a la hora de pensar el proceso de rehabilitación cognitiva del paciente con afasia, apuntan a posibilitar la neuroplasticidad cerebral que compense los déficits cognitivos que

provoca la lesión neuronal y así brindar mayor autonomía y calidad de vida al paciente.

5. Conclusiones

En el presente apartado intentaremos realizar una síntesis acerca de los aportes más significativos a los que hemos arribado a partir del estudio de investigación.

En principio nos parece pertinente mencionar que el objetivo general que ha orientado el proceso investigativo ha sido conocer cuáles son las estrategias e intervenciones utilizadas por los psicopedagogos en el espacio de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia desde una mirada neuropsicopedagógica.

Algunos de los resultados más significativos que arroja esta investigación, se vinculan con la importancia de llevar a cabo el proceso de rehabilitación en pacientes con afasia pensando el diseño de técnicas y estrategias en relación a dos aristas, por un lado, la historia clínica del paciente y por otro, los aspectos subjetivos del mismo, por ello, es necesario aplicar las técnicas seleccionadas en función de ambas. En este sentido, podemos plantear que estos dos aspectos son ejes centrales para el abordaje integral del paciente con afasia, siendo estas particularidades las que direccionan el tipo de intervención y la estrategia a utilizar.

Por otro lado, otras de las conclusiones a las que arribamos mediante los resultados obtenidos, es que las estrategias de intervención psicopedagógicas pueden ser funcionales a varios pacientes, sin embargo, para alcanzar su objetivo, es imprescindible que sean adaptadas de acuerdo a los indicadores anteriormente mencionados y, a su vez, al status de los dominios cognitivos que el paciente presenta afectados y/o conservados.

Finalmente, otro de los resultados significativos para la investigación, en concordancia con los datos obtenidos y el rastreo teórico, es que la rehabilitación del paciente con afasia no se reduce sólo al dominio del lenguaje, sino que incluye al dominio cognitivo atencional, mnésico, ejecutivo, visuoespacial, visuconstructivo y el lenguaje. Desde la perspectiva neurocognitiva, es importante considerar la funcionalidad de los mismos en interconexión para pensar en el diseño de estrategias específicas que den lugar al proceso de rehabilitación cognitiva.

Los resultados más significativos en función del objetivo general propuesto en la investigación, nos llevan a concluir que las estrategias más específicas en la intervención de pacientes con afasia son el reentrenamiento, la compensación, las ayudas externas, la facilitación, el aprendizaje sin errores y el aprendizaje por repetición. Considerando que cada paciente con afasia es único (por las particularidades mencionadas a lo largo de la investigación) es posible combinar diferentes estrategias según sus necesidades individuales, por lo que es importante abordar desde un enfoque integral y personalizado, adaptado a las habilidades y metas específicas del paciente para alcanzar una mayor efectividad en el tratamiento.

La importancia de la selección de este tipo de estrategias y técnicas radica en promover el aumento de la plasticidad cerebral para originar nuevas interconexiones neuronales, o reorganizar las existentes. Estas estrategias promueven la activación y participación de diferentes regiones cerebrales asociadas a los déficits de la secuela, generando compensaciones internas, reduciendo así los déficits causados por la lesión.

La elección de técnicas y estrategias de intervención focaliza la mirada no solo sobre los dominios que se encuentran afectados, sino en aquellos que se encuentran conservados, siendo estos los que permiten potenciar los dominios alterados. Los esquemas previos son fundamentales para el aprendizaje posterior a la lesión cerebral, ya que proporcionan una base sólida sobre la cual construir nuevos conocimientos y habilidades.

En las estrategias de intervención diseñadas, consideramos según los datos analizados que, al potenciar los esquemas previos del paciente, se podrá facilitar su adaptación a situaciones nuevas. En el proceso de rehabilitación, a medida que el paciente se enfrenta a nuevas situaciones y aprende a adaptarse a ellas, es factible que desarrolle nuevos esquemas y estrategias de aprendizaje que compensen las limitaciones causadas por la lesión cerebral.

Lo explicitado pone de manifiesto que el abordaje psicopedagógico de pacientes con afasia es área de incumbencia psicopedagógica porque en el proceso de rehabilitación, entran en interjuego los procesos de aprendizaje y reaprendizaje, siendo este el campo específico de estudio de la psicopedagogía.

Estos procesos son fundamentales para que los pacientes con una secuela neurológica, puedan generar mayor plasticidad neuronal a fin de restituir funcionalidad en aquellos dominios cognitivos alterados, lo cual es posible alcanzarlo en mayor o menor medida, mediante el diseño de las estrategias de intervención psicopedagógicas pensadas específicamente para cada paciente en su singularidad, con el fin de brindar mayor autonomía y calidad de vida al mismo.

A lo largo del trabajo de investigación realizado, podemos evidenciar dos aportes a la psicopedagogía. Por un lado, las técnicas y estrategias específicas que se diseñan a la hora de la rehabilitación cognitiva, desde una perspectiva psicopedagógica, se ponen en juego en función de las características particulares (singularidad) de cada sujeto. Es decir, las estrategias e intervenciones no se utilizan de forma aislada, sino que las mismas son planificadas desde la mirada integral del paciente. El enfoque personalizado y adaptado a cada paciente con afasia permite una intervención psicopedagógica más efectiva favoreciendo el proceso de rehabilitación y el aprendizaje de cada individuo.

Por otro lado, consideramos como aporte al saber disciplinar, la visibilización del abordaje del psicopedagogo/a en la rehabilitación cognitiva de pacientes con afasia. Este trastorno cognitivo multimodal afecta la capacidad de comprender y producir el lenguaje de manera fluida, impactando en los procesos de lectura y escritura, siendo estas capacidades cognitivas propias del campo disciplinar psicopedagógico. La rehabilitación de los dominios cognitivos en su interconexión favorece el reaprendizaje de dichos procesos mediante la utilización de estrategias y técnicas específicas, que ayuden al paciente a compensar las dificultades o alteraciones que presentan estos procesos.

Durante el proceso de investigación nos hemos encontrado con ciertas limitaciones a la hora de llevar a cabo la escritura. En primera instancia, debemos mencionar que no hemos podido recopilar antecedentes propios del campo de la psicopedagogía que acompañen esta investigación, sino que los antecedentes expuestos devienen de otras disciplinas que aluden a los déficits cognitivos del paciente con afasia. Por otro lado, el marco teórico delineado sienta sus bases

sobre aportes de la neuropsicología en su mayor medida, pudiendo en este apartado exponer aportes más específicos sólo de una autora del campo disciplinar de la psicopedagogía respecto de la rehabilitación cognitiva en pacientes con trastornos adquiridos del lenguaje. Al momento, pareciera ser una temática de investigación poco abordada en nuestra disciplina.

Por último, la muestra fue otra de las limitaciones que encontramos en el trabajo de investigación, siendo que la cantidad de profesionales que trabajan en el abordaje de la rehabilitación cognitiva de pacientes con afasia es limitada. En este caso contamos con siete profesionales en psicopedagogía que trabajan con pacientes con afasia en modalidad de internación o ambulatoria, las mismas realizan su labor dentro de la provincia de Buenos Aires. Destacamos esta cuestión como limitación ya que encontramos un campo de intervención reducido de profesionales que se especializan en este tipo de práctica.

Frente a la posibilidad de pensar en direcciones futuras de la investigación, nos resulta interesante adentrarnos en la posibilidad de ampliar la muestra, ya que podría indicar una mayor representatividad de los datos que surjan durante el trabajo de campo. Es decir, profesionales que no solo trabajen en la provincia de Buenos Aires, sino en otras provincias.

A su vez, consideramos de relevancia indagar, en un futuro, acerca del trabajo interdisciplinario con pacientes que presentan afasia, debido a que la colaboración entre profesionales de diversas disciplinas permite una evaluación completa de las habilidades del paciente, así como la implementación de un plan de tratamiento integrado y coordinado.

Por último, nos resultaría interesante indagar acerca de aquellas intervenciones que delimiten la especificidad del campo disciplinar psicopedagógico para diferenciar las intervenciones de otras disciplinas que realicen abordaje neurocognitivo en la rehabilitación del paciente con afasia en sus prácticas.

Referencias

- Arango, J. C. (2017). Rehabilitación neuropsicológica. Editorial El Manual Moderno.
- Berthier M. L. Et al. (2008). Terapia de la afasia en base a la neurociencia. *Psychology Press* vol 6, 563–599
- Berthier, M.L (2011). Afasias y trastornos del habla. *Revista Medicina*.10, (74): 5035-41.
- Blanco, E. (2019). Estrategias de intervención psicopedagógica para atender a personas que han sufrido accidente cerebro vascular o traumatismo craneoencefálico. (Tesis de licenciatura en psicopedagogía). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Buendía Eisman, L; Colás Bravo; M.a P, Hernández Pina F. (1998) Métodos de investigación en psicopedagogía.
- Da Fonseca, V. (2014). Papel de las funciones cognitivas, conativas y ejecutivas en el aprendizaje: un enfoque neuropsicopedagógico. *Revista de Psicopedagogía*. Vol.31, SSN 0103-8486.
- Diéguez-Vide, F. et al. (1998). Una forma de anotación (lingüística) para las paralexias y las paragrafias. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. 18, 143-153
- Hachioui, H.E, et al. (2013). Recovery of aphasia after stroke: a 1-year follow-up study. Diario de Neurología volumen 260, 166–171
- Hernández Sampieri R, et al (2006). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

- Ishkhanyan, B, et al. (2018). The Meeting Point: Where Language Production and Working Memory Share Resources. *Revista de Investigación Psicolingüística* 48(1):61-79.
- Portellano, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Síntesis.
- Pasuy Guerrero, G. Y. et al. (2013). *Las afasias desde una mirada lingüístico-cognitiva*. ECOE ediciones.
- Ríos-Lago, M. et al. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Revista de Neurología* 51 (11): 687-698
- Rodríguez Sabiote, C. (2003). Nociones y destrezas básicas sobre el análisis de datos cualitativos. (FLACSO).
- Santos Cela, J L. et al. (2005) Rehabilitación neuropsicológica Papeles del Psicólogo, vol. 26, núm. 90, pp. 15-21 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España
- Tamaroff, L & Allegri, R. F. (1995). *Introducción a la neuropsicología clínica*. Argentum editora.
- Wall J, K. et, al. (2017) Determining the Association between Language and Cognitive Tests in Poststroke Aphasia. *Frontier in neurology*. Vol 8, 149.
- Zachary M. (2018). A robust dissociation among the language, multiple demand, and default mode networks: Evidence from inter-region correlations in effect size. *Revista de neuropsicología* 119: 501-511.

Anexo I

Entrevista semi estructurada

Exploración sociodemográfica

Edad:

Estudios, institución:

Tipo de formación complementaria:

Experiencia profesional específica, permanencia:

Ámbito laboral: Institucional (público/ privado) / Independiente (privado):

Ambulatorio o internación:

Exploración de la implicancia psicopedagógica en la rehabilitación del paciente con afasia.

¿Qué entiendes por afasia? ¿Qué piensas de la actual concepción de afasia?

¿Cuáles son las características más significativas presentes en los pacientes con afasia?

¿Cuáles son las causas más frecuentes que dejan como secuela la afasia?

¿Consideras que la rehabilitación cognitiva del paciente con afasia es área de incumbencia del psicopedagogo/a? ¿Por qué?

¿A qué apunta el trabajo Psicopedagógico en pacientes con afasia?

¿Tomas en consideración los aportes de un autor específico en relación a la clasificación de la afasia?

Desde tu perspectiva, ¿cómo podrías definir la rehabilitación cognitiva en el paciente con afasia? ¿Cuál es su objetivo principal?

¿Qué tipos de afasias son más frecuentes en el ámbito de la rehabilitación cognitiva?

Exploración acerca de los procesos de aprendizaje y reaprendizaje que se ponen en juego a la hora de la rehabilitación de los pacientes con afasia.

¿Consideras que los procesos de aprendizaje y reaprendizaje intervienen en la rehabilitación de pacientes con afasia? ¿Por qué?

En tu experiencia, ¿crees que los procesos de compensación juegan un papel importante en la rehabilitación del paciente con afasia? ¿Podrías describirnos ejemplos de la práctica?

Desde tu perspectiva, ¿la reserva cognitiva que presenta el paciente, impacta en el pronóstico de la rehabilitación? ¿Por qué?

¿Cuáles son los procesos del lenguaje afectados en los pacientes con afasia?

¿Qué otros dominios cognitivos consideras que se encuentran alterados en el paciente con afasia? Podrías dar un ejemplo.

Exploración de datos acerca de las estrategias y / o herramientas utilizadas por los psicopedagogos/as para la rehabilitación del paciente con afasia.

¿Qué indicadores consideras a la hora de diseñar las estrategias de rehabilitación? ¿Por qué?

¿Las estrategias y técnicas utilizadas, son funcionales a todos los pacientes con afasia? ¿Por qué?

¿Qué tipo de estrategias psicopedagógicas utilizas para mejorar la eficiencia de las funciones mentales superiores? ¿Podrías ejemplificar? ¿Puedes describirnos las más utilizadas?

¿Utilizas alguna técnica específica como las ayudas externas, la facilitación o el reentrenamiento para rehabilitar pacientes con afasia? ¿Podrías ejemplificar?

Anexo II

Consentimiento Informado de Participación

Por el presente documento se solicita su participación de la investigación titulada “Intervenciones psicopedagógicas para la rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia” cuyas responsables son Mansilla Antonella con DNI 38.004.242. y Melión Eliana con DNI 37.812.959.

Dicha investigación tendrá lugar en el marco de realización de la tesina para obtener el grado de Licenciado/a en Psicopedagogía en la Universidad del Gran Rosario.

El objetivo principal de esta investigación es conocer qué estrategias e intervenciones utilizan los psicopedagogos en el espacio de rehabilitación cognitiva en pacientes con afasia desde una mirada neuropsicopedagógica.

Para el cumplimiento de dicho objetivo se realizarán las siguientes actividades: entrevistas semi estructuradas grabadas y / o filmadas con el consentimiento previo de las participantes.

La participación de este proyecto, es totalmente voluntaria, pudiendo, si así lo decidiera, abandonar el mismo en cualquier momento. Asimismo, la confidencialidad sus datos será mantenida acorde a lo establecido en la Ley No. 25.326 Habeas Data. Esto implica que los datos serán resguardados y sólo serán utilizados por los investigadores en el contexto de este estudio.

Habiendo leído y comprendido lo escrito anteriormente, yo..... DNI.....acepto participar de la presente investigación.

.....

Firma, aclaración y DNI

ELIANA PAOLA MELION

PSICOPEDAGOGA
MATRICULA PROVINCIAL N° 177528



CONTACTO

- Celular: (236) 4559156
- Correo: elianapmelion@gmail.com
- Dirección: Almafuerte 495
- Localidad: Junín (Bs. As)



EDUCACIÓN

- UGR (actualmente)

Cursando Licenciatura en
Psicopedagogía

- Diplomatura
"Evaluación, y tratamiento
neurocognitivo en niños, adultos
y adultos mayores" APL
(actualización profesional del
litoral) 2021-2022

- Acompañante terapéutico
Círculo Médico Junín
Extensión Universitaria UNNOBA-
2016.

- Instituto superior de
formación docente y técnica
N°20 Junín

Título: Psicopedagoga, 2016



REFERENCIAS

DANIELA RUEDA PILARES
2364 54-3238
SEGIO MALIZIA MARATHON
2364 55-6080
CLAUDIO PORCILE C.R.J
2364 64-4237



EXPERIENCIA LABORAL

- Clínica de Rehabilitación Junín

**Coordinación de área de Neuropsicología
2022- Presente**

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes
con patologías neurológicas adquiridas. Modalidad
internación.

- Marathon "C.A.S"

**Coordinación de área neurocognitiva 2022-
Presente**

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de adultos
con secuelas neurológicas. Rehabilitación
interdisciplinaria de pacientes crónicos. Modalidad
ambulatoria

- Centro de Rehabilitación
psicofísica "Pilares"

**Consultorio psicopedagógico privado
2017- Presente**

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños y niñas
con discapacidad.

- Residencia "Nogales" Junín

**Psicopedagogía para adultos
2017 - 2019**

Talleres grupales de estimulación cognitiva.

- Acompañamientos terapéuticos
educativos

2016- 2022

Niños con diagnósticos de TEA, TGD, RM.

ANTONELLA MANSILLA

PSICOPEDAGOGA
MATRICULA PROVINCIAL N° 230787



CONTACTO

- Celular: (236) 4327039
- Correo: mansillaa017@gmail.com
- Dirección: Avellaneda 596
- Localidad: Junín (Bs. As)



EDUCACIÓN

- UGR (actualmente)

Cursando Licenciatura en
Psicopedagogía

- Instituto superior de
formación docente y técnica
N°20 Junin

Título: Psicopedagoga, 2016

- Acompañante terapéutico
Círculo Médico Junín
Extensión Universitaria
UNNOBA- 2016.



REFERENCIAS

COLEGIO SAN JORGE
0236 442-9661
COLEGIO LA SANTA UNION
0236 442-2226



EXPERIENCIA LABORAL

- E.O.E "Colegio La Santa Unión de
los S.S.C.C" Junín (Bs.As)

Orientadora Educacional 2023- Presente

Nivel Inicial - Nivel Secundario

- Gestión Recursos Humanos

**Consultora laboral, búsqueda de empleos
2022- Presente**

Perfil de reclutamiento - Selección de personal

- Consultorio Psicopedagógico

2018- Presente

Evaluación, diagnóstico y tratamiento

- Acompañamientos terapéuticos
educativos

2016- 2022

Niños con diagnósticos de TEA

- Docente "Colegio San José" Junin

**Profesora de la materia "Habilidades
Cognitivas" 2016 - 2018**

Nivel Primario

- E.O.E "Hogar Escuela San Miguel"
Junín (Bs.As)

Orientadora de los Aprendizajes 2016-2018

Nivel Primario

- E.O.E "Colegio San Jorge" Junin
(Bs. As)

Orientadora de los Aprendizajes 2016-2018

Nivel Inicial - Nivel Primario