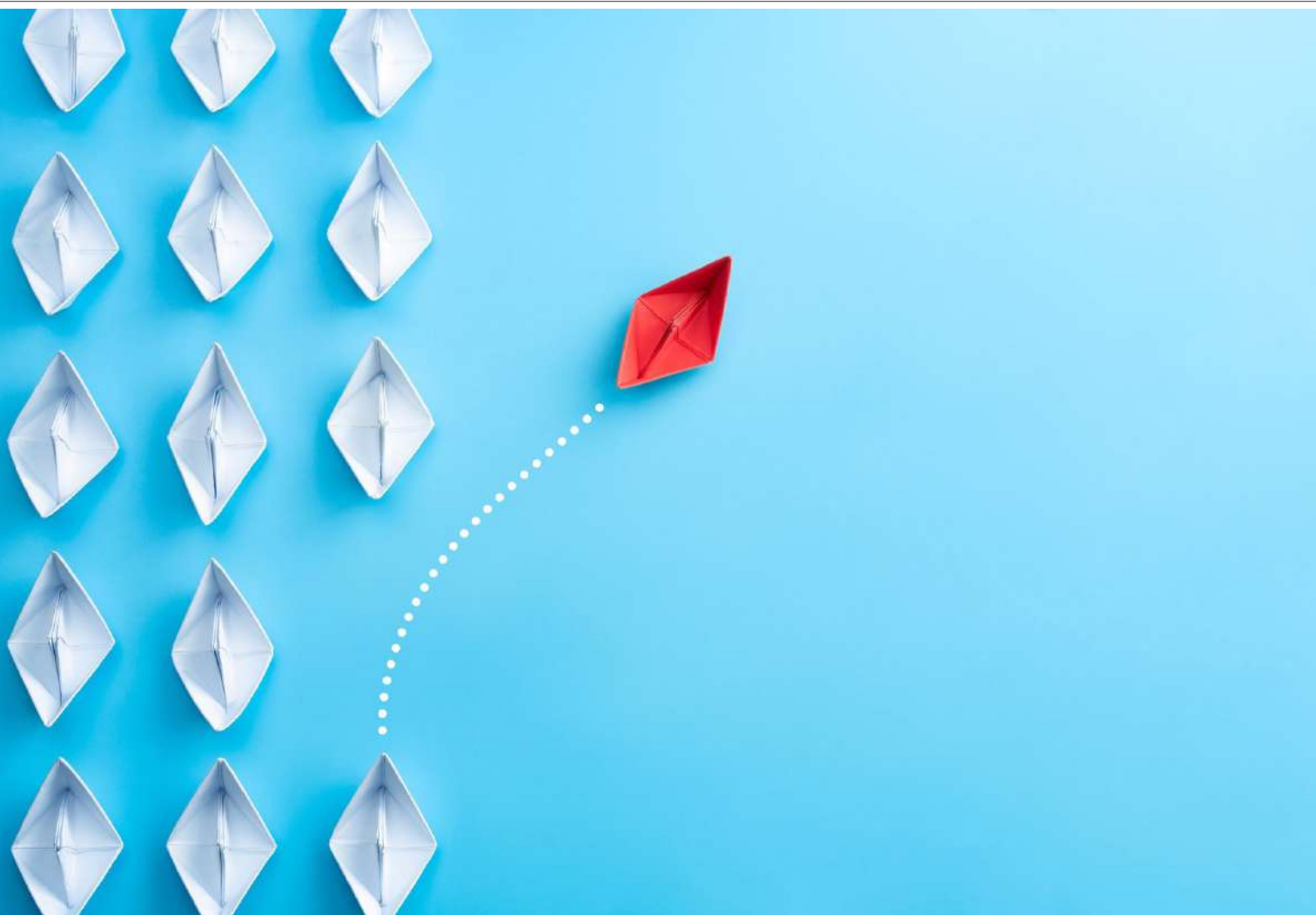




CAMBIOS DE PARADIGMA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Editorial

Crecer ante la adversidad

Lic. María Alejandra Morchón

Pág. 1.

Trabajos Científicos

Lic. Gabriela Brotzman y Equipo

Lic. María S. Cesanelli

Lic. Lorena V. Lugones

Lic. Marcela Fabiana Fernández

Pág. 4.

Actualidad

Escuela de Posgrado Regional La Plata

Pág. 47.

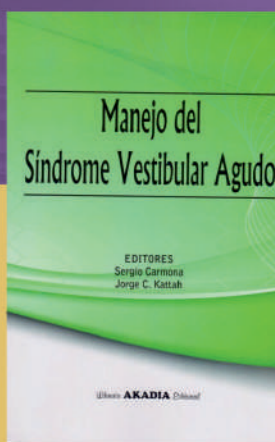
Nuestras novedades bibliográficas

Les presentamos un resumen de los últimos libros que incorporamos a nuestra biblioteca.



OLFATO Y GUSTO. Enfoque multidisciplinario. Graciela M. Soler-Edit. Akadia 2013

Los temas desarrollados abarcan desde los aspectos comprendidos en las ciencias sociales hasta los abordados por las distintas especialidades médicas y bioquímicas. Como novedad: métodos de rehabilitación olfatoria y gustativa y regeneración a partir de la mucosa olfatoria humana: células madre. Se da información sobre los casos clínicos más representativos: cómo se presentan, cómo se estudian e investigan hasta llegar al diagnóstico y posterior tratamiento, como claro ejemplo de cómo aplicar clínicamente los métodos.



MANEJO DEL SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO

EDITORES: Sergio Carmona – Jorge C. Kattah. Edit. Akadia 2017

Este libro constituye un valioso material de lectura para quienes se interesen o se dediquen a este campo de ejercicio profesional. Su contenido, distribuido en tres secciones aborda desde los aspectos básicos de la anatomía y fisiología del Sistema Vestibular hasta la descripción de los Síndromes Vestibulares recurrentes y el Síndrome Vestibular Agudo desmitificando la dicotomía central/periférico. Un libro práctico, ágil, complementado con un sitio web donde se vuelcan maniobras semiológicas, casos clínicos y avances en el campo que se actualizan permanentemente.



**GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES
Para una buena respiración, deglución y masticación del niño Down
Autor: Ana Bertarina-Editorial Dunken 2014**

"Esta guía pretende informar y ayudar a los padres de niños con Síndrome de Down a entender la importancia de intervenir y resolver precozmente las problemáticas relativas a funciones fundamentales como la respiración, la masticación y la deglución que, de no ser tratadas a tiempo, pueden ser causa de problemas importantes."

"La alteración genética a la que el niño Down está sujeto, no le impide desarrollar potencialidades y posibilidades extraordinarias", Ana Bertarini.

Préstamos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.

No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



Crecer ante la adversidad

Nos encontramos atravesando un momento único a nivel mundial que nos interpela como sociedad en todos los ámbitos: sanitario, político, económico, educativo, social y, por cierto, profesional e institucional.

Valoramos mucho el compromiso de los colegas que forman parte de los equipos sanitarios COVID_19 desde sus saberes fonoaudiológicos.

La continuidad en la gestión durante el ASPO fue, desde el inicio, y es aún hoy, un gran desafío que nos invitó a reformular y cambiar paradigmas del quehacer institucional cotidiano, actuando con celeridad, optimizando y adaptando lo administrativo al contexto, desde el teletrabajo de todos y priorizando siempre la defensa de derechos indeclinables de los colegas para la tarea profesional desde la colegiación como estructura de derecho público no estatal que los representa y los respalda.

Fueron meses difíciles que requirieron la revisión y la adaptación de procesos administrativos y gestiones que se desarrollaban de manera presencial, como también repensar en el modo de no frenar los proyectos por la pandemia.

Como autoridades, debimos avocarnos completamente a la defensa de la institución colegial, relegando nuestra vida personal, pero lo hicimos con la convicción que nos caracteriza: "Defender nuestra querida Fonoaudiología".

Desde Regional La Plata, vemos las situaciones de crisis como una oportunidad para avanzar y continuar creciendo. Esta perspectiva nos llevó a evolucionar como institución. Por esta razón, decidimos continuar

con las gestiones fundacionales de la Escuela de Posgrado y la puesta en marcha de cursos desde la virtualidad, varios de ellos con certificación académica universitaria que suma a la colegial.

Profundizamos nuestros vínculos con instituciones académicas y, entre reuniones de Zoom, intercambio de e-mails, llamadas telefónicas y desarrollo de planes de trabajo, logramos celebrar importantes Convenios..

Abrazamos fuertemente a nuestra querida comunidad fonoaudiológica en este difícil momento. Les recordamos que estamos acá, como siempre, para defender nuestra profesión, nuestros derechos y sobre todo nuestros saberes.

Como dice la célebre frase "La unión hace la fuerza", así creció, a lo largo de los años, nuestro querido Colegio y seguiremos trabajando con este espíritu ante contextos adversos que no han sido ni serán pocos.

Lic. María Alejandra Morchón
Presidente Colegio Regional La Plata

Sumario

Staff

Edición N° 9

Revista Científica de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653

Propietario

Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Redacción

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.

(0221) 427-2234

La Plata, Argentina.

info@cflp.org.ar

www.cflp.org.ar

Comité Científico

Dra. María del Carmen Campos.

Lic. Claudia Díaz.

Lic. María Elsa Echave.

Lic. Lucía Infante.

Producción General

AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicación

"Registro DNDA en trámite".

La revista no se responsabiliza por los contenidos vertidos por los autores.



NEUROCIENCIA: UNA NUEVA CORRIENTE DE PENSAMIENTO LA DISLEXIA HOY
de la Lic. Irene Beatriz Fernandez

4



DISFAGIA ONCOGÉNICA POST QUIMIORRADIOTERAPIA

De la Lic. Gabriela Brotzman
y Equipo

¿EN DÓNDE QUEDA EL SUJETO CUANDO EVALUAMOS EL LENGUAJE?

De las Lic. María S. Cesanelli y
Lic. Lorena V. Lugones

11

16

QUEJA DE MEMORIA Y ANALOGÍA VERBAL: ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO LINGÜÍSTICO EN EL SUJETO CON DETERIORO COGNITIVO

De la Doctoranda: Marcela Fabiana
Fernández
Directora: Dra. Patricia Vázquez
Fernández.

Actualidad
ESCUELA DE POSGRADO
REGIONAL LA PLATA

22

47

Trabajo Científico N° 1

NEUROCIENCIA: UNA NUEVA CORRIENTE DE PENSAMIENTO LA DISLEXIA HOY

Lic. Irene Beatriz Fernández

*Lic. En Fonoaudiología UNLP 2006
La Plata – Provincia de Bs.As.*

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo examinar las contribuciones y el avance de la psicología cognitiva, la neurociencia y la educación.

Se presenta una revisión de los modelos actuales de dislexia y se analiza la relación de estos modelos con los estudios de neuroimagen y los de intervención educativa.

El primer modelo presentado es el de “el déficit fonológico” que es el más ampliamente demostrado y aceptado hoy. Dada la complejidad del proceso lector, se investigan otros modelos en la actualidad.

Aunque el modelo basado en el “procesamiento temporal” es más controvertido y no tan ampliamente aceptado, comparado con el anterior, algunos trabajos muestran evidencias tanto conductuales como neurofisiológicas de que existen diferencias en el procesamiento visual y auditivo entre sujetos disléxicos y los controles en sujetos que no sufren el trastorno. Finalmente, se examina el estado actual entre neurociencias y educación en el área de las dificultades de la lectura.

Palabras claves: Dislexia. Intervención. Neuroimagen. Procesamiento fonológico. Procesamiento temporal.

Abstract

The purpose of this work is to examine the progress and the contribution of cognitive psychology, neuroscience and education.

This paper offers a review of the current models of dislexia and analyses the relationship between these models and neuroimaging and educational intervention studies. The first model presented here is the phonological deficit model, which is the most widely proven and accepted today.

Given the complexity of the reading process, further research is being currently carried out on other models. Although the “temporal processing deficit model is more controversial and not as widely accepted as the previous model, some reports provide both behavioral and neurophysiological evidence that there are differences in the visual and auditory processing between dyslexic and control subjects. Finally the present status between neuroscience and education in the area of reading disorders is examined.

Keywords: Dyslexia-Intervention-Neuroimaging-Phonological processing. Visual temporal processing.

Introducción

La neurociencia, que une la neurología, la psicología y la biología en el estudio de cómo aprende y recuerda el cerebro, ha fascinado hace ya tiempo a científicos y educadores que han perseguido revolucionar la práctica de la enseñanza con resultados de la investigación neurocientífica.

Si bien es cierto que hoy se dispone de algunos resultados valiosos, pasará tiempo antes de que dichos descubrimientos puedan aplicarse con seguridad a la educación. No obstante, el área del desarrollo de la lectura ofrece un potencial considerable que permite refinar los modelos de lectura y dislexia, creando nuevas conceptualizaciones que contribuyen a reflexionar y a mejorar el diagnóstico y la intervención educativa y/o tratamiento.

El desconocimiento de los aspectos neurobiológicos responsables de los trastornos del aprendizaje de origen lingüístico puede dar lugar a errores diagnósticos y, por ende, a tratamientos inadecuados.

Materiales y método

Investigación documental;

- Búsqueda de información sobre el tema en fuentes escritas y no escritas
- Mapeo bibliográfico y Revisión bibliográfica
- Revisión de libros clásicos o tradicionales
- Elección de los textos y publicaciones académicas más actuales.
- Discusión crítica de las conclusiones.

Qué es la dislexia

La dislexia es la dificultad para aprender a leer que presentan niños cuyo cociente intelectual es normal y no aparecen otros problemas físicos, pedagógicos o psicológicos que puedan explicar dichas dificultades.

La dislexia es un trastorno del aprendizaje de la lectura de naturaleza lingüística y de origen neurobiológico.

Los estudios de neuroimagen funcional permitieron constatar que el cerebro de un lector normal y el de una persona con dislexia difieren en sus patrones de actividad eléctrica y en la estructura:

.Apariencia de usos de circuitos diferentes de lectura.

.Activación de ciertas zonas diferentes a la del lector normal.

. El barrido ocular errático cerebral fue otra de las evidencias detectadas.

Independientemente de que los niños con dislexia hayan presentado o no problemas específicos de lenguaje (trastorno específico del lenguaje o retraso simple de lenguaje), evidencian dificultades en algunas habilidades lingüísticas especialmente en aquellas relacionadas con el procesamiento fonológico. Durante los últimos años, han proliferado las investigaciones que han puesto de manifiesto un déficit en las habilidades de deletreo y otras tareas de conciencia fonológica.

Igualmente, existe evidencia de que pueden presentar dificultades sutiles en la articulación, en tareas de memoria operativa verbal o en tareas de denominación rápida.

Todas ellas son manifestaciones conductuales de un déficit fonológico subyacente.

Hoy se sabe con certeza que la dislexia no es un problema motor o de lateralidad, mitos que deben ser desterrados.

También se sabe que no es un problema esencialmente visual, ya que los niños con dislexia tienen dificultades para reproducir estímulos gráficos sólo cuando están asociados a sonidos lingüísticos, es decir, cuando son letras pero no cuando son dibujos.





La afectación del mecanismo de conversión grafe-ma-fonema da lugar a una lectura con numerosos errores en la decodificación y baja velocidad lectora. Son características:

Las rectificaciones y las vacilaciones.

Las sustituciones de unos grafemas por otros con semejanza fonológica y visual (p-d, p-q, q-b, b-d, m-n, t-d, b-t, p-t, k-g, m-b)

Las confusiones entre grafemas dependientes del contexto (c, g) y de baja frecuencia (x, j, k);.

También se observan los efectos de frecuencia léxica y familiaridad, de modo que la lectura mejora para palabras familiares, existiendo mayores dificultades a medida que desciende la familiaridad y grandes dificultades para leer palabras nuevas e, igualmente, se manifiesta el efecto de longitud, con menor número de errores en palabras cortas que largas. Son típicos los errores de lexicalización, los errores derivativos (mantiene la raíz pero cambia el sufijo) o la mayor proporción de sustituciones en palabras funcionales que de contenido.

Las mayores dificultades se dan cuando no existe correspondencia una a una (problemas con las grafías dobles o con varios sonidos) o la asignación de fonemas a letras en lugar de a grafemas (letras)

Por su parte, el reconocimiento de palabras deficitario produce lectura dificultosa, fragmentada y lenta (deletreo y/o silabeo), mala prosodia, bajo ritmo lector pero pocos errores. La velocidad lectora disminuye al aumentar la longitud de las palabras; la lectura de palabras regulares es mejor que la de irregulares; se da regularización de las palabras irregulares; lectura correcta de palabras nuevas o desconocidas; el acceso al léxico está guiado por el sonido y no por la

ortografía convirtiendo palabras reales en palabras no existentes y, finalmente, problemas de acceso al significado.

Prevalencia

De todas las Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA), si se excluyen los trastornos del desarrollo del lenguaje oral, la dislexia es la más extendida y de mayor impacto personal, académico y social.

No existen datos epidemiológicos generales, fiables y aceptados por todos sobre la prevalencia de la dislexia, ya que su incidencia depende de la transparencia de la lengua, la escolarización y de si se adopta un criterio más o menos restrictivo para distinguir entre dislexia y retraso lector.

Así, la prevalencia estimada de la dislexia o trastorno del aprendizaje de la lectura, dependiendo de la fuente consultada puede ser tan dispar como del 5 al 10%

Alteraciones neurobiológicas y cognitivas de la dislexia

Como consecuencia de las alteraciones estructurales, se producen también anomalías funcionales, tal como muestran las técnicas de neuroimagen funcional.

Diferentes estudios han descrito una menor activación del hemisferio izquierdo en los niños con dislexia, especialmente en la zona parieto-temporal izquierda correspondiente al procesamiento fonológico, mientras realizan tareas lingüísticas, junto con una mayor activación del hemisferio derecho, posiblemente de manera compensatoria

Además, las zonas que se activan en los niños con dislexia no se corresponden exactamente con las áreas del lenguaje.

Es como si estos niños utilizasen circuitos de lectura diferentes a los que utilizan los lectores con desarrollo normal, más dependientes del hemisferio derecho.

Estas deficiencias no son fruto del desarrollo de la dislexia, puesto que aparecen ya en los niños de riesgo, esto es, niños que todavía no han empezado a leer pero que por sus características probablemente vayan a padecer dislexia.

Tal como ya describieron algunos autores en los años ochenta, todas estas anomalías anatómicas y

funcionales son consecuencia de un patrón anormal de migración de las neuronas de la corteza cerebral.

Como consecuencia del especial funcionamiento cerebral, se produce una serie de alteraciones cognitivas en los niños con dislexia. Las más conocidas son las referentes al procesamiento y representación de los fonemas.

Aun cuando disponen de otras buenas memorias, los niños con dislexia suelen obtener puntuaciones bajas en las tareas clásicas de medida de la memoria a corto plazo, como la de amplitud de dígitos del WISC o la de amplitud de memoria verbal.

Otra característica de los niños con dislexia suele ser la baja puntuación en las tareas de ejecución y en tareas de denominación oral de dibujos, especialmente si se miden los tiempos de respuesta, ya que suelen ser muy lentos. Este déficit puede estar asociado a una dificultad para acceder con rapidez al léxico, aunque también puede tener relación con la lentitud de procesamiento que suele caracterizar a muchos de estos niños. Posiblemente, el mal funcionamiento de la red del lenguaje que se extiende desde el área temporal a la frontal sea la causa de las dificultades que muestran en actividades que exigen un acceso rápido al léxico, como son la denominación oral y, por supuesto, la lectura.

Manifestaciones de la dislexia en el comportamiento

Las dificultades de lectura en los niños con DEA aparecen principalmente al enfrentarse éstos al aprendizaje formal de la lectoescritura y, a menudo, resultan inesperadas con respecto a su rendimiento previo, su edad o su curso escolar. Sin embargo, ya antes, en la etapa de Educación Inicial, pueden observarse dificultades que están indicando riesgo para el aprendizaje competente de la lectura.

Incluso, aunque no aparezcan problemas en la producción fonológica oral, el niño puede tener dificultades para recordar y emitir palabras largas y complejas, así como para repetir pseudopalabras fonológicamente difíciles; igualmente, puede haber tenido problemas para recordar el nombre de los colores, de las letras o palabras y frases. Estas limitaciones se relacionan con la memoria verbal a corto plazo y las habilidades de conciencia fonológica. Esta última, en particular, se ha mostrado como una habilidad básica para la lectura

Los niños con dislexia tienen dificultades para entender que las palabras tienen una estructura interna basada en los sonidos y que la secuencia de letras que forman las palabras representa los sonidos del lenguaje hablado.

Es también característico que estos niños, a pesar de que no aprendan las relaciones entre letras y sonidos, puedan reconocer y nombrar muchas palabras, ya que pueden utilizar el recurso de memorizarlas para no poner en evidencia sus dificultades. A medida que el niño avanza en la escolaridad, las dificultades se complejizan. Para comprender el texto, debe realizar un gran esfuerzo y, al tardar en identificar las palabras, puede no recordar lo leído anteriormente, perdiendo su significado. En la medida en que no hace de forma rápida y automática el reconocimiento de las palabras, no puede dedicar recursos cognitivos a la comprensión del texto, ya que todo su esfuerzo está centrado en el procesamiento.

Así pues, con la dificultad para acceder a las palabras, la comprensión lectora también se ve afectada. Pero la comprensión es una actividad compleja que no depende solamente del reconocimiento de palabras, sino que implica diferentes niveles de procesamiento lingüístico y cognitivo. El desarrollo de los procesos léxico-semánticos y de los sintácticos juegan un papel fundamental en la comprensión del texto.

Aunque el niño sea capaz de decodificar la palabra, si su vocabulario es reducido, disminuyen las posibilidades de que identifique el significado de las muchas palabras que aparecen en el texto. Estudios con lectores inhábiles demuestran una mayor dificultad en éstos para comprender palabras abstractas, largas o poco frecuentes, lo que dificulta su comprensión lectora eficaz

Numerosas investigaciones evidencian esta relación entre lectura y léxico. Sin embargo, los niños con DEA, a pesar de las dificultades de decodificación, pueden mostrar buenas estrategias de comprensión y suelen comprender cuando otro lee el texto en voz alta. No obstante, debido a sus problemas con la lectura, los niños con DEA tienen menos oportunidades de ampliar su léxico y los conocimientos generales necesarios para comprender. Asimismo, la falta de fluidez y la dificultad para leer las palabras con precisión, rapidez y entonación adecuada se mantiene en los niños con dislexia, de forma persistente, a lo largo de los años, incluso hasta Secundaria, supo-

niendo una limitación importante para el resto de los aprendizajes escolares

Como consecuencia de las dificultades lectoras, los niños con dislexia corren el riesgo de presentar problemas de ajuste emocional y social con el paso del tiempo. Diferentes investigaciones informan de esta relación. En el inicio del aprendizaje pueden aparecer baja motivación y conductas de evitación de la lectura y/o la escritura, de las tareas escolares o rechazo a leer ante la clase.

Habitualmente, a partir del tercer año de la Enseñanza Primaria, es fácil que aparezcan problemas emocionales en relación con la experiencia de esfuerzo y el escaso éxito escolar, el bajo rendimiento, no alcanzar los objetivos curriculares, repetición de curso, etc. Dependiendo de esta situación escolar, el niño suele mostrar escaso interés hacia el aprendizaje de la lectura y causar la impresión de «vago» por su actitud hacia ella.

La autoestima se ve frecuentemente afectada en los niños con dislexia, especialmente si no se han detectado correctamente las dificultades o el niño no ha recibido apoyo.

El niño toma conciencia de sus dificultades por la presión escolar de sus padres y profesores, así como por su bajo rendimiento. Se atribuye a sí mismo su falta de capacidad y esfuerzo (atribución interna), mientras que atribuye sus logros a factores externos como a la suerte.

Otros problemas relacionados con la dislexia son los sociales y de conducta. Los datos existentes reflejan una alta incidencia de problemas conductuales, emocionales y sociales en estos niños, que se cifran entre un 24% y un 52%, siendo esta tasa cuatro veces mayor que la que presentan los niños con rendimiento normal.

Los alumnos con dislexia, en comparación con los niños que no presentan problemas escolares, tienden a ser más rechazados, tienen pocas habilidades de resolución de problemas sociales, menos interacciones sociales y escasa competencia en la comunicación.

También se informan respuestas de ansiedad en los niños con dislexia, con manifestaciones fisiológicas (somatización), preocupación, bloqueo cognitivo y falta de atención que redundan en dificultades adicionales al proceso de aprendizaje con los síntomas

del Déficit de Atención (TDHD). Los datos indican un aumento de estas dificultades según se incrementa la edad, lo que se interpreta como una evidencia más de que son consecuencia y no causa de las dificultades de aprendizaje que el niño presenta, por lo cual afirmamos que la dislexia no es un problema psicológico.



Fig. 1 Comorbilidad de los síntomas de dislexia y THDH

De la enumeración de los signos característicos de la dislexia pueden clasificarse los que se corresponden con el modelo del déficit fonológico y aquellos en que prevalece el modelo del déficit en el procesamiento temporal.

En este último, las dificultades de lectura muestran que los disléxicos sufren un déficit general en el procesamiento temporal para discriminar cambios rápidos o sucesivos de estímulos, tanto en la modalidad visual como en la auditiva.

Por otra parte, ningún estudio neurobiológico de las dificultades de lectura podría considerarse completo sin una revisión de evidencias comportamentales.

En esta línea, los estudios funcionales del cerebro han mostrado déficit en personas con dislexia durante la realización de tareas de procesamiento fonológico, auditivo y visual.

Esta apreciación relativiza las clasificaciones estrictas de los tipos de dislexia:

- Dislexia Fonológica o indirecta
- Dislexia Léxica o semántica
- Dislexia mixta o profunda

De la integración de las rutas de acceso a la lectura, surge el concepto de la doble vía y la reflexión sobre cuál es la vía afectada para aproximarse sólo a los estímulos más apropiados para su abordaje terapéutico.

Algunos autores diferencian dos clases de dislexia en base al hemisferio en el que se encuentran alteraciones, por lo que establecen una dislexia más motriz y visoespacial cuando las lesiones se encuentran en el hemisferio derecho, la cual provocaría confusiones e inversiones en la escritura, torpeza motriz escritura en espejo, problemas de orientación y una dislexia con alteraciones principalmente verbales y de ritmo, provocada por alteraciones en el hemisferio izquierdo que afectaría principalmente al lenguaje, observándose dislalias, dificultades de expresión oral y escrita, déficit de fluidez verbal, problemas de comprensión.

En la práctica, se recomienda no basarse estrictamente en perfiles ni en clasificaciones teóricas, pues cada disléxico presenta unos síntomas concretos, lo que hace esencial identificar qué tareas están más afectadas en cada caso para adecuar la intervención a esas dificultades concretas.

siones e inversiones en la escritura, torpeza motriz escritura en espejo, problemas de orientación y una dislexia con alteraciones principalmente verbales y de ritmo, provocada por alteraciones en el hemisferio izquierdo que afectaría principalmente al lenguaje, observándose dislalias, dificultades de expresión oral y escrita, déficit de fluidez verbal, problemas de comprensión.

En la práctica, se recomienda no basarse estrictamente en perfiles ni en clasificaciones teóricas, pues cada disléxico presenta unos síntomas concretos, lo que hace esencial identificar qué tareas están más afectadas en cada caso para adecuar la intervención a esas dificultades concretas.

Discusión

La lectura es un proceso que implica diferentes componentes. Existe un consenso general que afirma que el déficit en el procesamiento fonológico es central a las dificultades de lectura, pero es evidente que algunos niños con dificultades lectoras muestran déficit en otros ámbitos.

El proceso fonológico, en sí mismo, podría relacionarse con otros procesos cognitivos como la atención, la concentración y la memoria de trabajo. De hecho, el 40% de los niños con dificultades lectoras podría presentar déficit concurrente de atención. Ningún estudio neurobiológico de las dificultades de lectura podría considerarse completo sin una revisión de evidencias comportamentales.

Los nuevos descubrimientos abren caminos hacia una mayor colaboración entre neurocientíficos y docentes, fonoaudiólogos, psicólogos y psicopedagogos.

En Argentina, hace escasos cuatro años, contamos con una Ley Nacional de Dislexia (ley número 27.306), su correspondiente Reglamentación y la adhesión por parte de muchas provincias, la que garantiza el derecho a la educación de las personas con Dificultades Específicas de Aprendizaje como la dislexia y garantiza el "abordaje integral y disciplinario" de los individuos que presentan DEA.

Sin embargo, no se han llevado a cabo, desde los organismos del Estado, las acciones tendientes a ponerla en marcha y, para los docentes, la mencionada Ley es de casi total desconocimiento. Significa esto una gran deuda social y un perjuicio para todos aquellos niños que podrían transitar una escolaridad sin el etiquetamiento que los discrimina y con experiencias exitosas que le permitirían desarrollarse en el ámbito que eligieran con total compensación del trastorno. La dislexia es un trastorno y no una en-

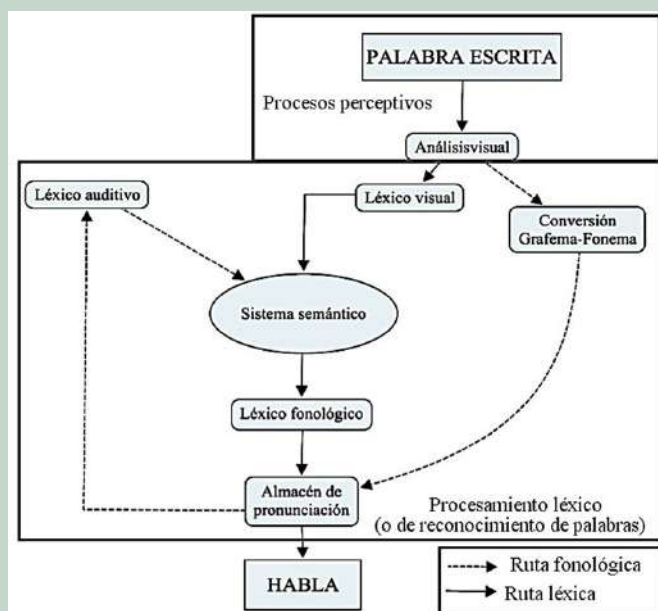


Fig.2 Gráfico de la doble ruta de acceso a la palabra escrita.

cuál es la vía afectada para aproximarse sólo a los estímulos más apropiados para su abordaje terapéutico.

Algunos autores diferencian dos clases de dislexia en base al hemisferio en el que se encuentran alteraciones, por lo que establecen una dislexia más motriz y visoespacial cuando las lesiones se encuentran en el hemisferio derecho, la cual provocaría confu-

fermedad: se nace disléxico, se desarrolla disléxico, pero con un diagnóstico preciso y propuestas académicas adaptadas y orientadas a la compensación del déficit, puede ser un individuo exitoso en todos los planos de su vida, tanto en el personal como en el socioafectivo.

Bibliografía:

- Apa DSM5:Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid (2012)
- A.J. Feldman y Vazquez Fernandez: Apuntes de la Jornada de" NEUROPSICOLOGÍA DE LA MEMORIA." COFOBA 2009
- Benitez-Burraco:"Neurobiología y Neurogenética de la dislexia",Neurologica
- Cuetos Vega, Fernando y otros "Dislexia, ni despiste ni pereza. "La Esfera de los libros".(2009)
- Labos Edith: La dislexia: Un desafío terapéutico.Edit. Akadia (2013)
- Ley Nacional de dislexia . (2016)
- Lopez Escribano: "Contribuciones de la Neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia. Revista Neurología. (2007)
- Ostrosky y otros "Neurobiología de la dislexia" Psicotherma.(2003)
- Manes Facundo: Usar el cerebro. Planeta. (2014)
- Rello Sanchez Maria Luz: "Superar la dislexia" Paidós. Ibérica. (2018)
- Rello Luz: Una experiencia personal a través de la investigación. Paidós.(2018)
- Test de Dislexia Lee. Editorial Paidós. (2010)

Trabajo Científico N° 2

DISFAGIA ONCOGÉNICA POST QUIMIORRADIOTERAPIA**Lic. Gabriela Brotzman**

*Lic. en Fonoaudiología
Docente Universitaria*

*Jefa del Servicio de Fonoaudiología del Instituto de
Oncología Ángel H. Roffo.*

Lic. Mariné Sánchez Valverde

Lic. en Fonoaudiología

*Fonoaudióloga de planta del Servicio de Fonoau-
diología del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*

Dr. Raúl Giglio

Médico Oncólogo

*Jefe de la Unidad Funcional de Cabeza y Cuello del
Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*

Dr. David Pereira

Médico Oncólogo y Radioterapeuta

*Médico de planta del Departamento de Radioter-
apia del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*

Dr. Juan M. Carrera

Médico Oncólogo

*Médico de planta de la Unidad Funcional
de Cirugía de Cabeza y Cuello Del Instituto de Onco-
logía Ángel H. Roffo*

Dr. Roque Adán

*Médico Cirujano especialista
en Cirugía de Cabeza y Cuello*

*Jefe de cirugía de Cabeza y Cuello (sección M) del
Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*

Dra. Estefanía Delrieu

Médica Especialista en Imágenes

*Médica Residente del Área de Diagnóstico por
Imágenes*

Dr. Santiago Zund

Médico Cirujano especialista en

Cirugía de Cabeza y Cuello

*Médico de planta del Servicio de Cirugía de Cabeza
y Cuello (sector L) del Instituto de Oncología Ángel
H. Roffo*

**Estos autores han contribuido
por igual en la realización del presente trabajo.
marinesv10@gmail.com**

Resumen

El abordaje de cáncer de cabeza y cuello necesita adaptarse a la proximidad anatómica y requisitos fisiológicos de las estructuras vitales para la deglución, el habla y la prevención de la aspiración.

Las características de la disfagia secundaria a RT o QRT dependen principalmente del tamaño del tumor y la presencia o ausencia de metástasis en el cuello. Son comunes los déficits fisiológicos y su impacto en el transporte del bolo. El deterioro en la retracción de la base lengua y la reducida elevación hio-laríngea han sido identificados como dos de las características más sobresalientes de la disfagia después de la RT, mientras que la disminución en la fuerza lingual se correlaciona con aspiración.

Palabras claves: Disfagia tardía, quimiorradioterapia, cáncer de cabeza y cuello, rehabilitación.

Objetivo

• Detectar pacientes que, estando libres de enfermedad, agravaron la severidad de la disfagia en el tiempo post tratamiento con radioterapia o quimiorradioterapia por cáncer de cabeza y cuello.

Material y métodos

Estudio prospectivo efectuado a pacientes con CCECC libres de enfermedad derivados con disfagia durante el período: 1/ 2014-12/2015. Todos fueron tratados con quimioterapia y radioterapia convencional o con radioterapia convencional.

Se implementó el Protocolo de fibroendoscopia de la deglución y videoradioscopia de la deglución utilizando cuatro texturas: líquido ralo, líquido néctar, semisólido y sólido. Seguidamente, se completó el análisis con la Functional oral intake scale.

Resultados

Se incluyeron 91 pacientes con edad promedio 62 años (rango 20-83), mujeres 17/91(19%), hombres 74/91(81%). Según el tratamiento: 88/91(97%) con quimioterapia y radioterapia convencional, 3/91(3%) tratados con radioterapia convencional. Según la localización del primario distribuidos: 43/91(57, %) en

orofaringe, 22/91(24%) en laringe, 18/91(20%) en rinofaringe 8/91(9%) en hipofaringe.

Conclusiones

El agravamiento de la severidad de la disfagia con el tiempo se correlaciona con estadios avanzados de la enfermedad, edades superiores a los 65 años y puede presentarse a partir de los 5 años post tratamiento con QRT.

Introducción

El abordaje de cáncer de cabeza y cuello necesita adaptarse a la proximidad anatómica y requisitos fisiológicos de las estructuras vitales para la deglución, el habla y la prevención de la aspiración. Las decisiones sobre el tratamiento suelen ser complejas y se debe equilibrar la eficacia del tratamiento con la probabilidad de supervivencia, el potencial funcional y la calidad de vida futura.

La evidencia sugiere que los pacientes que recibieron tratamiento no quirúrgico para el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (CCECC) están en riesgo de presentar disfagia, tanto como toxicidad aguda o como alteración a largo plazo, lo que impacta consecuentemente en el estado de salud y la calidad de vida. Los efectos tardíos de la fibrosis del tejido pueden tener un impacto negativo en el funcionamiento deglutorio (1) (2) (3) con deterioro en la amplitud del movimiento y la fuerza de la base de la lengua, disminución del movimiento constrictor de la faringe, disminución de la movilidad laríngea para la protección de las vías respiratorias, reducción de la apertura del esfínter esofágico superior y tiempo de tránsito aumentado a través de la faringe (4) (5). En 2004, Eisbruch et al. (6) fueron los primeros en poner de relieve que la dosis de radiación a los constrictores faríngeos y la laringe juega un papel crítico en el desarrollo de disfagia posterior.

Las características de la disfagia secundaria a RT o QRT dependen principalmente del tamaño del tumor y la presencia o ausencia de metástasis en el cuello. Estas características tienen gran impacto en el campo de radiación y la dosis requerida para el tratamiento definitivo.

Son comunes los déficits fisiológicos y su impacto en el transporte del bolo. El deterioro en la retracción de la base lengua y la reducida elevación hio-laríngea han sido identificados como dos de las características más sobresalientes de la disfagia después de la

RT, mientras que la disminución en la fuerza lingual se correlaciona con aspiración.

Objetivo

• Detectar pacientes que, estando libres de enfermedad, agravaron la severidad de la disfagia en el tiempo post tratamiento con radioterapia o quimiorradioterapia por cáncer de cabeza y cuello.

Material y métodos

Estudio prospectivo efectuado a pacientes con CCECC libres de enfermedad derivados con disfagia durante el período: enero de 2014 a diciembre de 2015. Todos habían sido tratados con quimioterapia y radioterapia convencional o con radioterapia convencional.

Se implementó el Protocolo de fibroendoscopia de la deglución a 8/91 y Protocolo de videoradioscopia de la deglución a 83/91 utilizando cuatro texturas: líquido ralo, líquido néctar, semisólido y sólido. Seguidamente, se completó el análisis con la Functional oral intake scale (FOIS) (7).

El estudio de videoradioscopia de la deglución (VRD) se utiliza para visualizar los movimientos de las diferentes fases de la deglución: oral preparatoria, oral propiamente dicha, faríngea y esofágica. Durante la VRD, el paciente se encuentra de pie en posición oblicua dentro del seriógrafo. Se evalúa con las cuatro texturas y un hidrosoluble de contraste. Durante el estudio se ensayan diferentes técnicas compensatorias tanto posturales de cabeza y cuello como maniobras para inhibir la aspiración a vía aérea. El estudio se realiza con el médico especialista en diagnóstico por imágenes y el fonoaudiólogo.

La fibroendoscopia de la deglución (FEES) permite la visualización directa de la orofaringe y la laringe durante la deglución. Se lleva a cabo utilizando un endoscopio flexible (conectado a la cámara de video y grabadora para permitir la reproducción y el análisis detallado). Permite examinar la estructura y función del paladar blando, la base de la lengua, orofaringe, hipofaringe, laringe y subglotis. Se pueden observar los residuos, la penetración/aspiración, las secreciones y su manejo.

Para la evaluación, también se utilizan las cuatro consistencias. El estudio es llevado a cabo por el cirujano de cabeza y cuello u otorrinolaringólogo y el fonoaudiólogo.

La escala de la ingesta oral funcional (FOIS) se utiliza para proporcionar información acerca de las limitaciones de la dieta oral, así como la necesidad de suplemento nutricional a través de una gastrostomía percutánea (PEG). La FOIS es una escala de 7 puntos que van desde la dependencia completa de PEG, en el nivel más bajo (nivel 1), a la tolerancia de la dieta oral sin restricciones (nivel 7).

guridad deglutoria, se constató aspiración a la vía aérea en 32/91(35%), penetración por encima del plano de la glotis en 6/91 (7%). El 25% fue de modalidad silente o subclínica.

La incidencia de severidad encontrada en la Escala FOIS: Nivel 1: 1/91(1%), Nivel 2: 1/91(1%), Nivel 3: 3/91(3,3%) Nivel 4: 28/91(30,7%) Nivel 5: 42/91(46%), Nivel 6: 11/91(12%) y Nivel 7: 5/91(6%).

STATUS	DESCRIPCIÓN
Nivel 1	Nada por boca.
Nivel 2	Alimentación enteral con mínimos intentos de dieta facilitadora por vía oral.
Nivel 3	Alimentación enteral con ingesta oral complementaria
Nivel 4	Dieta oral con consistencias simples.
Nivel 5	Dieta oral con múltiples consistencias pero que requiere una preparación o compensación especial.
Nivel 6	Dieta oral con múltiples consistencias, sin preparación especial pero con alimentos específicos.
Nivel 7	Dieta oral sin restricciones.

Resultados

Se incluyeron 91 pacientes con edad promedio 62 años (rango 20-83), mujeres 17/91(19%), hombres 74/91(81%). Según el tratamiento: 88/91(97%) con quimioterapia y radioterapia convencional, 3/91(3%) tratados con radioterapia convencional. Según la localización del primario distribuidos: 43/91(57, %) en orofaringe, 22/91(24%) en laringe, 18/91(20%) en rinofaringe 8/91(9%) en hipofaringe.

Se detectaron 20/91(22%) pacientes con severidad de disfagia agravada en el tiempo, en un rango de 5 años a 21 años post tratamiento, con localización en orofaringe 10/20 (50%), laringe 2/20 (10%) y rinofaringe 8/20(40%), todos ellos mayores de 65 años y con EIV de la enfermedad. Se diagnosticó disfagia temprana a 71/91(78%) pacientes entre los 30 a 60 días post tratamiento. En cuanto a las fallas en la se-

Se indicaron técnicas posturales, maniobras de protección de la vía aérea y/o espesante para líquidos en 34/91(37,40%), sonda nasogástrica 1/91(1%) y gastrostomía de alimentación en 4/91(4,4%).

De los pacientes con disfagia agravada por el tiempo 4/20(20%) mantienen alimentación por vía oral sin incorporar alimentos sólidos, 12/20(60%) mantienen alimentación por vía oral sin incorporar alimentos sólidos y con técnicas compensatorias para inhibir pasaje a vía aérea, 3/20(15%) requieren alimentación enteral complementaria a la vía oral y 1/20(5%) sólo es posible la alimentación enteral exclusiva.

Los signos que correlacionan con disfunción de los órganos deglutorios son, en orden de frecuencia: residuos valesculares, retención en senos piriformes, residuos en pared faríngea posterior, reducida retracción de la base de la lengua, apertura disminuida del esfínter cricofaríngeo.

Discusión

El abordaje del cáncer de cabeza y cuello continúa especializándose permanentemente con los avances en los métodos de tratamiento a fin de contribuir a la mejora de la supervivencia específica de la enfermedad, el control locorregional y ahorrar el impacto funcional sobre los órganos de la deglución y el habla.

Los cambios en la etiología del cáncer de cabeza y cuello y aspectos demográficos que incluyen una población más joven que presentan la enfermedad determinan un número creciente de pacientes libres de enfermedad que viven más y con las consecuencias a largo plazo del tratamiento. Por lo tanto, es crítico desarrollar una mayor comprensión de las secuelas funcionales asociadas al tratamiento durante y después los primeros años de la supervivencia en el largo plazo. La supervivencia global luego de tratamiento radiante ha ido en aumento en los últimos años, en parte debido al aumento de la frecuencia de tumores de orofaringe asociados al virus del papiloma humano (HPV), los que se asocian intrínsecamente a un mejor pronóstico (8) (9).

Por otra parte, la tecnología también ha permitido disminuir los riesgos de toxicidad asociada a estos tratamientos y, en ocasiones, se ha asociado a una disminución de la mortalidad cuando se comparan técnicas, hoy estándar, como es la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) con técnicas convencionales o tridimensionales (10).

En nuestro estudio, la disfagia tardía se ha evidenciado clínicamente en el 22% de la población; no había hasta el momento revelamiento de casuística en nuestra Institución. La bibliografía, en general, se refiere al número creciente de pacientes con agravamiento funcional a años del tratamiento, pero es poco clara en cuanto al momento de aparición y la incidencia sobre la disfagia oncogénica global en pacientes libres de enfermedad.

En nuestra experiencia, los pacientes con agravamiento de la función deglutoria se han presentado al Servicio de manera espontánea. Es posible que se requiera efectuar controles periódicos objetivos de rutina sobre el status deglutorio de los pacientes libres de enfermedad post tratamiento a fin de detectar precozmente alteraciones clínicas o subclínicas, sin esperar a que la evidencia se observe clínicamente cuando el deterioro funcional y nutricional ya se ha establecido.

En cuanto al tipo de deterioro progresivo que este grupo presenta, se manifiesta por el agravamiento entre la primera evaluación objetiva por videoradioscopia de la deglución al momento de la finalización del tratamiento de QRT y la evaluación actual efectuada frente a la demanda espontánea del paciente. Se observó que todos los pacientes con disfagia tardía, que basalmente poseían alteraciones en la preparación del bolo por xerostomía, agravaron su función deglutoria al presentar aspiración a vía aérea correlacionada con una disminución en el movimiento de retracción de la base de la lengua. La cantidad de residuos en el tracto orofaríngeo que no logra ser aclarado es muy elevada en todos los pacientes, lo que implica un riesgo permanente.

Las técnicas posturales y maniobras para inhibir el pasaje a vía aérea no resultaron eficaces para todas las consistencias, por lo que los pacientes necesitaron de una gastrostomía de alimentación de manera exclusiva o complementaria. Este tipo de deterioro hallado se corresponde con el referido en la bibliografía en general.

El lapso de tiempo para desarrollar el agravamiento de la función deglutoria varía entre los 5 y los 21 años; la técnica de radioterapia aplicada fue diferente para este grupo. La radioterapia conformal tridimensional (3D-CRT) se implementa en nuestra Institución desde el año 2000. Cinco de los pacientes reportados recibió este tipo de radioterapia externa, mientras que el resto recibió radioterapia bidimensional con bomba de cobalto.

En la actualidad, continúa siendo un desafío mantener indemnidad funcional con los protocolos de preservación de órgano, debido a la proximidad del tumor a las estructuras anatómicas complejas responsables de la respiración, la comunicación y la deglución.

Es posible que otras modalidades de tratamiento, como la implementación de la radioterapia de intensidad modulada, la bioradioterapia y la terapia profiláctica con ejercicios para el fortalecimiento deglutorio intratratamiento, cambien el desenlace funcional de nuestros pacientes. Es y seguirá siendo una responsabilidad y una preocupación de todo el equipo interdisciplinario avanzar en esta perspectiva con nuevos estudios de investigación para lograr un abordaje significativamente más óptimo. No obstante, el auxilio terapéutico con técnicas posturales, maniobras y cambios en la viscosidad y velocidad de

la administración del bolo, proporciona seguridad deglutoria para la disfagia global estudiada en nuestra población con alta tasa de mantenimiento de la vía oral como medio de alimentación.

Conclusiones

El agravamiento de la severidad de la disfagia con el tiempo se correlaciona con estadios avanzados de la enfermedad, edades superiores a los 65 años y puede presentarse a partir de los 5 años post tratamiento con QRT.

La metodología para la documentación de rutina de la toxicidad aguda y tardía requiere de estudios instrumentales y/o radioscópicos de seguimiento periódico luego del primer año de tratamiento.

Bibliografía

1. Gorodetsky R, Amir G, Yarom R. "Effect of ionizing radiation on neuromuscular functions in mouse tongues". *Int J Radiat Biol* 1992;61(4):539-44.
2. Love S, Gomez S. "Effects of experimental radiation-induced hypomyelinating neuropathy on motor end-plates and neuromuscular transmission". *Neurol Sci* 1984;65(1):93-109.
3. Remy J, et al. "Long-term overproduction of collagen in radiation-induced fibrosis". *Radiat Res* 1991;125(1):14-
4. Bentzen SM, Thames HD, Overgaard M. "Latent-time estimation for late cutaneous and subcutaneous radiation reactions in a single-follow-up clinical study". *Radiother Oncol* 1989;15(3):267-74.
5. Stinson SF, et al. "Acute and long-term effects on limb function of combined modality limb sparing therapy for extremity soft tissue sarcoma". *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21(6):1493-9.
6. Eisbruch A, Schwartz M, Rasch C, et al. Dysphagia and aspiration after chemoradiotherapy for head-and-neck cancer: which anatomic structures are affected and can they be spared by IMRT. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004;60:1425-39.
7. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of functional oral intake scale for dysphagia in storoker patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86: 1516 - 1520
8. Ang KK et al. *N Engl J*. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *Med* 2010;363:24-35.
9. Pulte D and Brenner H. *Oncologist*. Changes in Survival in Head and Neck Cancers in the Late 20th and Early 21st Century: A Period Analysis.. 2010 Sep; 15(9): 994-1001.
10. Beatle B et al. Improved survival using intensity-modulated radiation therapy in head and neck cancers: a SEER-Medicare analysis. *Cancer* 2014;120:702-10.

Trabajo Científico N° 3

¿EN DÓNDE QUEDA EL SUJETO CUANDO EVALUAMOS EL LENGUAJE?

Lic. María S. Cesanelli

*Licenciada en Fonoaudiología- UNLP
Integrante de la Comisión de Lenguaje de la
Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos
de la provincia de Buenos Aires
Profesora titular de la Cátedra Comunicación
y lenguaje en la infancia. CCC Licenciatura en
Fonoaudiología. FTS-UNLP
Asistente Técnica de la Coordinación del CCC
Licenciatura en Fonoaudiología. FTS-UNLP
Profesora titular de la Cátedra Intervención y
terapéutica del lenguaje infantil. Carrera de Fo-
noaudiología. ISFD y T nro. 9- La Plata
Se desempeña en la terapéutica del lenguaje y
comunicación en niños/ as.*

Lic. Lorena V. Lugones

*Licenciada en Fonoaudiología
Integrante de la Comisión de Lenguaje de la
Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos
de la provincia de Buenos Aires
Fonoaudióloga del Hospital El Dique
Miembro del Comité de Docencia e Investigación
del Hospital El Dique
Profesora titular de la Carrera de Fonoaudiología
de la UCALP
Se desempeña en la rehabilitación del lenguaje
en niños y adultos*

Resumen

La evaluación del lenguaje reviste una gran complejidad, ya que muchas herramientas diagnósticas se ofrecen actualmente para evaluar, observar y emitir un juicio clínico acerca de quien consulta; entonces: ¿En dónde queda el sujeto cuando evaluamos el lenguaje?, ¿desde qué lugar nos posicionamos frente a la necesidad del otro?, ¿cómo ejercemos ese rol profesional?

Abordamos este tema desde una mirada integradora del proceso de evaluación, puesto que la observación de la forma particular de comunicación en una díada terapéutica, construida con tiempo, miradas y empatía, tiene como objetivo el mayor bienestar comunicativo con su entorno, atendiendo a lo singular. Esta postura nos compromete con la dignidad humana al reconocer al otro como sujeto de derecho, reflexionando, así, sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos. A partir del análisis de dos situaciones de evaluación con mujeres que presentaban dificultades comunicativas similares, observamos las ventajas de la evaluación dinámica. El funcionamiento con ayudas en contexto y el tiempo para la enseñanza de estrategias de comunicación permitieron descubrir fortalezas a partir de las subjetividades e intencionalidad comunicativa de cada una de ellas.

Propiciar una colaboración real dentro de un proyecto más global que respeta la vida singular resignifica la importancia del proceso de evaluación y la acción terapéutica profesional con objetivos en común al servicio del desarrollo óptimo del sujeto.

Palabras claves: evaluación - sujeto - subjetividad - lenguaje - evaluación dinámica

Abstract

The evaluation of language is highly complex since many diagnostic tools are currently offered to evaluate, observe, and make a clinical judgment about

the person who makes the consultation. So the question is: How do we observe the subject when we evaluate his/her language? Where do we position ourselves in dealing with the needs of that person? How do we perform that professional role? We address this topic from an integrating perspective of the evaluation process, since the observation of the particular form of communication is a therapeutic dyad that is built through time, visual interactions, and empathy to comprehend the greater communicative well-being with their environment embracing their singularities. This perspective connects us to human dignity, willing to recognize that person as a subject of law, considering their past, present and current ways of living to understand their needs, interests, and desires.

From the analysis of two evaluation situations with women who had similar communication issues, we were able to observe the advantages of dynamic evaluations. The operation with contextual aids and the time for teaching communication strategies allowed us to discover strengths, based on the subjectivities and communicative will of each of them.

Fostering real collaboration within more global work that considers the singularities of each individual, redefines the importance of the evaluation process and professional therapeutic action, with common goals at the service of the optimal development of that subject.

This paper offers a review of the current models of dyslexia and analyses the relationship between these models and neuroimaging and educational intervention studies. The first model presented here is the phonological deficit model, which is the most widely proven and accepted today.

Introducción

La evaluación del lenguaje es una tarea difícil, por la complejidad del propio objeto de estudio, la diversidad y gran cantidad de herramientas diagnósticas con las que actualmente contamos y la responsabilidad que implica evaluar, observar, emitir un juicio acerca de la comunicación de un sujeto en esa relación interpersonal que se constituye entre quien acude a la consulta y nosotros, los profesionales de la comunicación.

Es por eso que nos preguntamos: ¿en dónde queda el sujeto cuando evaluamos el lenguaje?, ¿desde qué lugar nos ubicamos frente a ese otro que se nos presenta con una necesidad?, ¿qué decisiones tera-

péuticas estamos tomando frente a la gran cantidad de test, baterías y escalas estandarizadas y normatizadas?, ¿son apropiadas para ese sujeto en ese momento?, ¿qué nos dicen esas puntuaciones acerca de la forma de comunicarse de ese sujeto?, ¿qué objetivos nos planteamos con esa evaluación?

Nos posicionamos en este tema desde una mirada integradora del proceso de evaluación que incluya algo más que tomar un test, sacar puntuaciones y ubicar a ese sujeto en un grupo o rango, atendiendo la forma particular de comunicarnos en una diada terapéutica construida con tiempo, miradas y empatía, con el objetivo de propiciar y acompañar un mayor bienestar comunicativo del sujeto con su entorno.

Marco teórico

Evaluación

La conceptualización del término evaluación alude a significados diferentes, con intenciones y fines diversos. Si bien tiene que ver con calificar, medir, corregir, clasificar, certificar, examinar, administrar test, estas actividades desempeñan un papel funcional e instrumental. Según Álvarez Méndez (2001), la evaluación empieza donde las actividades no alcanzan; para que ella se dé, es necesaria la presencia de sujetos. Para Araujo (2016), evaluar significa valorar, apreciar, señalar el valor; está asociado a la emisión de un juicio de valor sobre algo.

Numerosos problemas surgen a la hora de evaluar el lenguaje y la comunicación de nuestros pacientes: los test no proporcionan los resultados buscados o esperados, son difíciles de administrar, requieren de mucho tiempo para su toma y factores externos al lenguaje interfieren en esa situación. Algunas veces, las pruebas administradas presentan vocabularios que responden a otra idiosincrasia, y los niveles educativos y ocupacionales de la población difieren con respecto a los de nuestro medio.

Otras veces, las preguntas no son respondidas por los sujetos evaluados, pero ante la reformulación, simplificación o el apoyo gestual, la respuesta cambia y mejora; en ocasiones, las personas con graves problemas de comunicación y/o cognitivos no acceden a la evaluación con un test estandarizado adecuado.

Ante estas situaciones que se presentan reiteradamente, nos preguntamos cómo valorar, entonces, el lenguaje en toda su dimensión, sin perder de vista al sujeto y su real funcionamiento y, más aún, para qué evaluamos.

En Puyuelo Sanclemente (2000):

Partin (1999) establece cinco objetivos de la evaluación:

1. Determinar la presencia o no de alteración del lenguaje, 2. Identificar los factores etiológicos, 3. Identificar las alteraciones en el uso del lenguaje, 4. Describir las habilidades (positivas) en la conducta lingüística y 5. Realizar recomendaciones adecuadas. Y, por otro lado, Miller (1981) considera que el evaluador debe establecer los objetivos del diagnóstico en función de los sujetos y de las situaciones. (Página 34).

Por lo tanto, observar cómo la persona se comunica, en qué contextos, con qué interlocutores, cuáles son los componentes del lenguaje afectados y qué podríamos hacer para mejorarlos son objetivos que debemos plantearnos, combinando la flexibilidad y adaptación del profesional a la situación.

Desde esta perspectiva, la evaluación dinámica, cuya base teórica podemos hallar en el concepto de zona de desarrollo próximo de Vygotsky, nos resulta la más apropiada, ya que “incorpora las estrategias de enseñanza interactiva, y se refiere a la evaluación de la modificabilidad o cambio que se produce en la ejecución tras la mediación del adulto” (Mendoza Lara, 2001). La modificabilidad implica al sujeto (cómo responde y cómo usa la nueva información), al evaluador (la cantidad y calidad de esfuerzo que se necesita para inducir el cambio) y la transferencia (generalización de las nuevas destrezas).

El evaluador determina el nivel basal del sujeto con el instrumento que haya seleccionado y establece el grado en que su ejecución puede mejorar o avanzar hacia un nivel superior de funcionamiento.

Los cambios propuestos se refieren a: cambiar la modalidad o canal sensorial por el que se presenta el estímulo, la repetición, la presentación de modelos parciales de una respuesta aceptable; cambiar las consecuencias, tales como el tipo de facilitación y sus contingencias y modificar la tarea.

La evaluación del lenguaje no debe centrarse únicamente en la administración de unas pruebas al individuo, sino que una parte importante, siguiendo el modelo de Nation y Aram (Bernal, 2003), es conocer el contexto, los interlocutores y cómo se arma la trama del lenguaje (contenido, forma y uso combinados interactivamente).

De esta manera, el énfasis recae en la descripción de los procesos más que en los estados; en el sujeto más que en el instrumento.

Sujeto, subjetividad y lenguaje

Adherimos a la concepción de sujeto singular pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia. Lo singular es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del “es” como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana, reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular (Cazzaniga, 1997).

En la experticia acerca de la comunicación y el lenguaje, los fonoaudiólogos conocemos el fundamento neurobiológico, la dimensión socio-afectiva que habilita su apropiación, construcción y razón de ser.

Como sostiene Levin (2002), necesitamos de un otro a quien o con quien hablar y que nos escuche, acepte y valore. Un sujeto, para hablar, necesita de un otro significativo que desee recibir sus palabras, considerándolo un hablante-escuchante, en una situación única dialógica, que requiere de un ida y vuelta.

Trevarthen (Monfort, 1995) se refiere al “acceso a la subjetividad del otro”, hecho que es posible y se fundamenta por la presencia de una motivación, básicamente de carácter social, para la comunicación. La subjetividad se construye y resignifica a lo largo de toda nuestra vida y el origen de los símbolos y el lenguaje deben buscarse en el desarrollo de la conducta social y comunicativa, no solo en el desarrollo de las competencias cognitivas generales.

En el caso de la pérdida del lenguaje en un adulto, debemos tener en cuenta tanto las circunstancias mismas que llevaron a perder el lenguaje como las variables personales y subjetividades de esa persona antes del evento traumático. Según Cantis (1998), “todo trauma es desubjetivante, barre toda energía psíquica, toda subjetividad”, por eso es importante convertirnos en interlocutores empáticos y válidos que lo acompañen a recuperar la dimensión subjetiva y faciliten la comunicación, descubriendo al sujeto detrás del trauma.

Se trata de detectar oportunamente para intervenir de un modo subjetivante sin hacer del diagnóstico un destino con consecuencias invalidantes en la vida del sujeto y su entorno (Romani, 2020).

Por lo tanto, es necesario no perder de vista las cuestiones inherentes a la subjetividad al momento de abordar las dificultades del lenguaje y la comunicación.

Estudio de caso

-Examen del paciente:

Se presentan, a continuación, los casos de dos pacientes femeninas en período agudo-subagudo de su enfermedad.

Llamaremos paciente A a una mujer de 53 años de edad, ama de casa, con un nivel educativo correspondiente a secundario completo, que tuvo un Accidente Cerebro Vascular (ACV) hemorrágico, que dejó como secuela una hemiparesia facio-braquio-crural derecha, de modo tal que dependía para su movilidad de la silla de ruedas. En una primera consulta, se apreció un lenguaje expresivo no fluente y comprensión limitada a órdenes simples. El nivel de atención era deficitario, con tiempos muy cortos, actitud negativista alternando con llanto y enojo.

La segunda paciente, a quien llamaremos paciente B, es una mujer de 55 años de edad, ama de casa, con un nivel educativo correspondiente a primaria completa, que tuvo un ACV hemorrágico que dejó como secuela una hemiparesia facio-braquio-crural derecha, de modo tal que dependía para su movilidad, como la paciente A, de la silla de ruedas. En una primera consulta, se apreció un lenguaje expresivo no fluente y comprensión limitada a órdenes simples. Su actitud era apática, con buena atención, a pesar de las dificultades comprensivas y poco demandante.

Se decidió evaluar a ambas pacientes con el instrumento Bedside de lenguaje (Sabe y cols., 2008), el cual nos permite detectar y cuantificar, en forma breve, la presencia de afasia en estadios iniciales y graves. El Bedside evalúa cinco dominios lingüísticos. La puntuación máxima obtenible es 25. La paciente A obtuvo un puntaje de 2/25, mientras que la paciente B calificó 1/25 (Tabla 1).

Ambas recibieron la ayuda de letras móviles, tal como habilita el instrumento de evaluación; sin embargo, no marcó una diferencia significativa en el rendimiento en las distintas tareas.

En una primera fase de evaluación, siguiendo los procedimientos estandarizados, el Diagnóstico Fonoaudiológico fue para las dos pacientes de Afasia

Global. Sin embargo, en una segunda fase, el funcionamiento con los cambios propuestos en la evaluación dinámica y el tiempo para la enseñanza de estrategias de comunicación nos permitió descubrir otras fortalezas a partir de las subjetividades e intencionalidad comunicativa en cada una de ellas.

Con el aprendizaje del soporte gráfico, la paciente A pudo responder a más preguntas respecto a la orientación temporal, como días, meses y fechas con números. Mientras que la paciente B, con soporte gráfico y facilitación, ordenó números hasta el 10, pero no logró orientarse temporalmente.

En el lenguaje comprensivo oral y lectoescrito, la paciente A comprendía muchas más palabras que los estímulos del instrumento, palabras relacionadas a su entorno e intereses y pudo aparear imagen con palabra, leer comprensivamente el nombre propio de todos sus familiares, escribir su propio nombre, responder a frases Si/No y realizar órdenes complejas de dos componentes.

En cambio, en la paciente B, la comprensión de palabras, aun de alta frecuencia y simplicidad morfológica, era deficitaria e inconsistente. La comprensión de frases simples Si/No y de órdenes simples también era inconsistente.

Tabla 1. Puntajes totales de las pacientes A y B durante periodo de test y re-test del Bedside

Paciente	Puntaje total test	Puntaje total retest
A	2/25	12/25
B	1/25	2/25

En una segunda fase, luego de un periodo de retest, pudimos recalificar las puntuaciones del Bedside y obtener, para la paciente A, un puntaje total de 12/25 y, para la paciente B, 2/25 (Tabla 1). En la Tabla 2 y 3, respectivamente, podemos observar los puntajes en los distintos dominios lingüísticos, en etapa test y retest de ambas pacientes.

Tabla 2. Puntajes en los distintos dominios lingüísticos en etapas test y retest del Bedside de la Paciente A

Dominio lingüístico	Puntaje Test	Puntaje retest
Lenguaje espontáneo	0	0
Comprensión	2	5
Repetición	0	0
Escritura	0	2
Lectura	0	5
TOTAL	2/25	12/25

Tabla 3. Puntajes en los distintos dominios lingüísticos en etapas test y retest del Bedside de la Paciente B

Dominio lingüístico	Puntaje Test	Puntaje retest
Lenguaje espontáneo	0	0
Comprensión	1	2
Repetición	0	0
Escritura	0	0
Lectura	0	0
TOTAL	1/25	2/25

Discusión

El fundamento teórico científico y conceptual que sostiene este trabajo nos sirvió para analizar la forma de aprovechar el proceso de evaluación, para sostener y brindar apoyos terapéuticos, así como para plantearnos objetivos funcionales derivados de las propias evaluaciones.

Haber elegido una evaluación dinámica nos permitió conocer el nivel de aprendizaje y comunicación real de cada paciente y, también, realizar un diagnóstico fonoaudiológico acorde a cada sujeto, lo cual sentó las bases del tratamiento.

Por ejemplo, en los casos presentados, el abordaje tradicional de las afasias se asoció con el entrenamiento en comunicación aumentativa-alternativa (CAA), ya que se comprobó que las ayudas en soporte gráfico, ofrecidas durante la etapa de retest, mejoraban la comprensión y complementaban el habla, sobre todo en actividades de interacción funcionales.

Como sujetos, estamos en permanente cambio y aprendizaje.

Durante la evaluación, se pretende valorar las modificaciones que se producen constantemente debido a este proceso, observando la habilidad del individuo para mejorar su ejecución, al proporcionarle las ayudas diseñadas para favorecer la comunicación.

Al evaluar desde la singularidad, tenemos en cuenta los factores personales - tanto ambientales como sociales - y la personalidad previa, dinámica familiar, roles y actitudes, que pueden llegar a tener un peso importante en su interacción con el trastorno del lenguaje y su evolución.

Si bien inferimos que hay una estrecha relación entre estos factores y la evaluación del lenguaje, este es un aspecto a profundizar en futuras investigaciones.

Conclusión

Es fundamental encuadrar el proceso de evaluación, situando como protagonista al sujeto, con el fin de lograr una integración real con su entorno, dentro de un proyecto más global que respeta la vida singular, teniendo como objetivos conocer las potencialidades de la comunicación y las fortalezas que favorezcan intercambios comunicativos acordes con las necesidades del sujeto y su entorno, así como ajustar el proyecto terapéutico al servicio de su desarrollo óptimo.

Elegimos dar tiempo al vínculo que se establece con el sujeto, privilegiar la escucha activa, antes que tomar inmediatamente un test o una escala, cuyas puntuaciones son importantes pero no son determinantes. Es la mirada cualitativa la que debe guiar a la relación sujeto-terapeuta-entorno.

La teoría detrás de las evaluaciones y abordajes terapéuticos no es ingenua, ya que habilita o no al otro como sujeto activo del lenguaje. Nuestro proceso de evaluación se sustenta en una concepción de sujeto que sea abrazado y respetado en toda su dimensión.

Bibliografía

1. Álvarez Méndez, JM. (2001) Evaluar para conocer, examinar para excluir. Madrid, España: Ed. Morata
- Araujo Sonia. (2016). Tradiciones de enseñanza, enfoques de aprendizaje y evaluación: dos puntos de vista, dos modos de actuación. Trayectorias Universitarias, 2, 3 - 10. 2019, agosto 10, Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar>.
2. Bernal C.A., Cuervo, D., Cruz, A., Jiménez, D. (2003) Modelo de Procesamiento de Habla y Lenguaje de James Nation y Dorothy Aram. (Primera parte). Revista Redes Comunicativas. 3 (1): 35 - 41;. ISSN 1657 - 1967. Artículo de Revisión, marzo 2019 <http://modeloslinguisticosycomunicativos.blogspot.com/2016/03/modelo-de-procesamiento-de-habla-y.html>
3. Cantis Jorge. (1998). Afasia o el ingreso abrupto al mundo de la discapacidad en la etapa adulta. Actualidad Psicológica, 256, pp. 1 - 13. 31/5/2020, Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar>.
- Cazzaniga S. (1997). El abordaje desde la singularidad. Desde el Fondo, 22, 15 - 22. 2020, marzo 5, Recuperado de <http://www.fts.uner.edu.ar>
4. Levin, Juana (2002) Tramas del lenguaje infantil; Bs as. Argentina: Editorial Lugar
- Mendoza Lara (coord.) (2001) Trastorno específico del lenguaje. Madrid, España: Ed pirámide
- Monfort Marc. (2002). Logopedia: ciencia y técnica. Madrid, España: CEPE
- Monfort Marc (1995) Enseñar a hablar. Madrid, España: CEPE
5. Puyuelo Sanclemente, Rondal, Wiig. Evaluación del lenguaje. (2000). Barcelona España: Ed. Masson
- Sabe L., Courtis M J, Saavedra M.M, Prodan V., Calcagno M., Melián S. (2008). "Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación". Revista de Neurología, 46, pp. 454-460. 2019, octubre 11, Recuperado de <https://www.neurologia.com/>
6. Romani, Y. (2020) ¿Donar o privar? La palabra y la escucha como ofrenda amorosa y sus efectos en la Clínica con niños/as con perturbaciones graves de la subjetividad/lenguaje. 2020, julio 4, de colfono.org.ar Recuperado de <http://colfono.org.ar/>

Trabajo Científico N° 4

QUEJA DE MEMORIA Y ANALOGÍA VERBAL: ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO LINGÜÍSTICO EN EL SUJETO CON DETERIORO COGNITIVO

Doctoranda: Marcela Fabiana Fernández
Directora: Dra. Patricia Vázquez Fernández.

Resumen

Los adultos mayores han sido foco de atención y de estudio en las últimas décadas, producto del continuo incremento que esta población está teniendo a nivel nacional y mundial. Es una población creciente que envejece y que puede ver afectado su estado cognitivo frente a las exigencias de adaptación a las actividades de la vida diaria. Muchas personas de esta población manifiestan preocupación por sus variaciones subjetivas mnésicas.

La memoria juega un papel importante en la información verbal y visuo-espacial, como también en la manipulación mental activa de esta información para realizar operaciones cognitivas, por lo cual la valoración y un análisis cognitivo mediante materiales de fácil aplicación, como lo es operar con analogías verbales, que demandan del sujeto un razonamiento verbal, mostrando la habilidad para asociar ideas, establecer relaciones básicas y esenciales entre palabras y comprenderlas, facilitarían el abordaje terapéutico temprano.

Objetivos

Analizar la comprensión de la proposición analógica en el sujeto con deterioro cognitivo leve y su desempeño lingüístico ante la presentación verboauditiva y visuográfica con respecto a la abstracción semántica.

Material y Método

Se evaluaron 140 sujetos, con queja subjetiva de memoria, a los cuales se les realizó el Test Mini Mental y el Test del Reloj, a los fines de asegurar que a) no padeciesen demencia y b) que presentaban un desempeño correspondiente al del DCL. Luego, les fueron administradas las quince analogías verbales confeccionadas para esta tesis en forma verboauditiva y visuográfica. Fue practicado un test de correlación lineal, Test de Pearson, a fin de analizar la asociación entre las variables en estudio, a la vez que se realiza un Microanálisis de la muestra madre para profundi-

zar en la comprensión propositiva de las analogías.

Resultados

Los hallazgos dan cuenta de una relación significativa entre los valores de las analogías presentadas en los planos verboauditivo y visuográfico y también con los valores del test del reloj totales.

Conclusión

El análisis del desempeño lingüístico del sujeto con deterioro cognitivo leve se proyectará en el campo profesional como una herramienta más para el abordaje temprano, potenciando la elección de estrategias preventivas en el campo de la rehabilitación neurolingüística fonoaudiológica.

Palabras claves: Deterioro Cognitivo Leve (DCL)-Analogías Verbales (AV)-Memoria- Comprensión semántica.

Introducción

Un gran número de sujetos adultos mayores de más de 60 años (15% - OMS, 2016) se queja con frecuencia de que su memoria "no es más la de antes". La aparición en el envejecimiento de "fallas" en la memoria es un hecho conocido desde hace mucho tiempo.

De allí que los deterioros cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en la eficiencia del procesamiento de las diferentes funciones cognitivas superiores.

Estos cambios en la persona adulta mayor se pueden observar de dos maneras:

- un envejecimiento normal que tiene que ver con las modificaciones cerebrales típicas de la senectud;
- un envejecimiento anormal que se daría como resultante de alteraciones atípicas en la histología cerebral (Roselli & Ardila, 2010).

Muchas personas de esta población mayor manifiestan preocupación por sus variaciones subjetivas mnésicas.

El envejecimiento progresivo de la población impacta sobre la sociedad, aún más si sumamos la morbilidad que este fenómeno conlleva (Ortín, 1997). Es un proceso dinámico, se analiza como tal y se asocia con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y con cambios en la situación económica, composición familiar y de las relaciones sociales (Melgar Cuellar, 2012).

La senectud deberá ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. No existe un límite claro dado de que las capacidades del hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales.

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50% de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población (Pérez Martínez, 2005).

La memoria es un proceso mental que tiene la tarea de fijar, retener y reproducir la información, de tal forma que en ocasiones permite recordar de manera consciente eventos pasados, haciendo uso posterior de nuestra experiencia (Carrillo Mora, 2010).

Es, pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes (Pérez, 2008).

Los trastornos de la atención, la comprensión del lenguaje, los defectos sensoriales (visuales y auditivos), la depresión son los que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo simular una demencia.

Es así que la fragilidad de la memoria en el sujeto de edad avanzada es sectorial, variable según los individuos. Asimismo, varios autores no tienen el mismo criterio con respecto a la asociación entre queja subjetiva de memoria y un deterioro anormal. Algunos (Lautenschlager et al, 2005) no encuentran ninguna relación entre ellas, mientras que otros (Gallassi et al, 2010) indican una relación directa en aquellos individuos que presentan deterioro cognitivo leve (DCL) y queja de memoria.

Y otros enfatizan la importancia de las quejas subjetivas de memoria como el primer síntoma de un proceso demencial (Petersen et al, 2008). Por esta razón, es importante identificar a los individuos en estadio temprano para poder iniciar intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar ese déficit.

De allí que resultase fuente de interrogación para la presente tesis la habilidad para comprender y resolver analogías verbales en esta población.

La labor lingüística que involucra la comprensión metalingüística del lenguaje no lineal a través, por ejemplo, de la resolución de proposiciones analógicas, reclama del paciente con deterioro cognitivo un esfuerzo notable y, por lo tanto, se erige en uno de los núcleos terapéuticos del abordaje neurolingüístico del adulto mayor.

La comprensión y resolución de una analogía permite organizar y contextualizar la información, mejorando su recuerdo, favoreciendo el aprendizaje y el desarrollo del pensamiento (González, 2005); está presente en todas las esferas de la actividad humana. En términos generales, significa “semejanza entre dos cosas distintas” y se refiere a la similitud o afinidad de ciertos rasgos, formas o contenidos entre algunos elementos de nuestra realidad.

Es por ello que los resultados de esta investigación, a través del análisis del desempeño lingüístico en el sujeto con deterioro cognitivo leve, se proyectarán directamente al campo profesional, especialmente en lo relacionado a la reformulación de la terapéutica fono-neurolingüística, ya que nos permitirá conocer cuál es la modalidad estimuladora que resulta más sencilla al paciente con deterioro cognitivo leve a la hora de intentar decodificar comprensivamente una analogía verbal, obteniendo, así, una herramienta más para abordar de manera temprana e intentar estrategias preventivas.

Objetivos

- General: estudiar la comprensión del lenguaje no lineal en el paciente con Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

- Específicos: analizar la comprensión de la proposición analógica en el sujeto con Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

analizar las características de la actuación cognitiva ante la sugerencia propositiva verboauditiva y visuo-gráfica con respecto a la abstracción semántica.

Marco teórico

Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Envejecer implica un proceso natural directamente relacionado con el paso del tiempo.

Comfort (1979, pp.81), define el envejecimiento como un: *“...incremento progresivo a lo largo de la vida, o a partir de un estadio dado, en la posibilidad de que un individuo particular pueda fallecer durante la siguiente etapa o unidad de tiempo por causa de factores distribuidos al azar...como resultado de una pérdida progresiva de las funciones fisiológicas...”*

Birren & Zarit (1985, pp.68), define al envejecimiento como: *“...el proceso de cambio en un organismo como que, con el paso del tiempo, disminuye su posibilidad de supervivencia y sufre una reducción en su capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas del medio...”*

La involución en el anciano puede considerarse como un síndrome, ya que concurren distintos factores que hacen que el mismo vaya perdiendo funcionalidad y, por lo tanto, independencia personal. Hay dos grupos de factores en el desarrollo del deterioro cognitivo leve:

- Los múltiples factores vinculados al envejecimiento como las enfermedades relacionadas con la edad con repercusión cerebral, patología psiquiátrica, aislamiento, así como el propio proceso de envejecimiento.
- Y los factores intrínsecos del individuo, como la reserva cognitiva cerebral y la dotación genética del individuo.

La prevención y el tratamiento de las involuciones seniles y de las patologías del Sistema Nervioso Central (SNC) hacen hincapié en la necesidad del tratamiento rehabilitador de las funciones perdidas que aparecen con la edad.

La involución no comienza de forma brusca sino que puede aparecer de forma imperceptible y tempranamente, en donde el individuo empieza a modificar actitudes y abandona actividades paulatinamente y de forma inconsciente.

La evaluación neuropsicológica permite evaluar y tratar a pacientes con quejas cognoscitivas. El funcionamiento cognitivo global puede ser útil en el pronóstico clínico de los pacientes afectados con un deterioro cognitivo leve.

En el tratado sobre neuroplasticidad y regeneración del Sistema Nervioso Central (Ginebra, 1983), publicado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), se establece, como principio general: *“...la neuroplasticidad consiste en la habilidad del sistema nervioso central para adaptarse, tanto en un sentido anatómico como funcional de su organización estructural, a las nuevas consecuencias de las lesiones cerebrales...”*

La OMS, 2013 define a la neuroplasticidad como: *“...la capacidad que tienen las células que conforman el sistema nervioso para reconstituirse de forma anatómica y*

funcional, después de ciertas patologías, enfermedades o incluso traumatismos...”

La utilización de diferentes definiciones del Deterioro Cognitivo Leve en los estudios epidemiológicos hace que los datos de prevalencia obtenidos varíen.

En Argentina, algunos estudios sostienen que, allí, los mayores de 65 años representan el 10% de la población total. Entre 1950 y 2000, mientras la población menor de 15 años creció un 96%, la de más de 65 años lo hizo en un 398%. Esto indica que existe una población creciente que envejece y que puede ver afectado su estado cognitivo frente a las exigencias de adaptación a la vida cotidiana (Mías et al, 2007).

Pasados los 50 años, las quejas subjetivas de memoria en la vida diaria son frecuentes. Éstas pueden ser significativas y referirse tanto a un estado psicoafectivo como a un Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y hasta un síntoma inicial de demencia.

Después de diversos acuerdos y controversias para el diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve, el International Working Group on Mild Cognitive Impairment, en el simposio de Estocolmo en septiembre de 2003, recomendó el empleo de sus criterios, los cuales se relacionaron con los ya definidos por Petersen en 1999:

- Quejas subjetivas de memoria manifestadas por la persona y corroboradas por algún familiar.
- Objetivación de un deterioro de la memoria a través de pruebas neuropsicológicas específicas.
- Conservación de cierta funcionalidad en el resto de las funciones cognitivas.
- Desempeño normal de las actividades de la vida diaria o mínima afectación en las actividades instrumentales.
- Sin elementos de sospecha de demencia.

“...el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se caracteriza por déficits subjetivos y objetivos leves de la cognición, anormales para la edad, sin compromiso esencial de las actividades funcionales del sujeto. El sujeto presenta una condición patológica que no alcanza criterios de demencia...”

El Deterioro Cognitivo Leve es una entidad clínica compleja que define a individuos en alto riesgo para el desarrollo de una futura demencia, permite comprender la evolución natural de las alteraciones cognitivas en el envejecimiento y abre una ventana

terapéutica para intentar estrategias preventivas. No todos los pacientes con DCL progresan a demencia tipo Alzheimer, puesto que algunos permanecen estables, otros retornan a su nivel previo de normalidad y un porcentaje puede desarrollar demencia no Alzheimer (Winblad, 2004).

Ritchie (2004), a través de estudios realizados, habla de una prevalencia en la población general de ancianos de entre 3% y 19% con Deterioro Cognitivo Leve con una incidencia de 8 a 58/1000 por año y un riesgo de desarrollar Demencia de 11% a 33% en 2 años.

Cambios y adquisiciones: Teoría de la Neuroplasticidad

Se ha definido a la plasticidad cerebral como la capacidad de reorganizar y modificar funciones, adaptándose a los cambios externos e internos (Hernández-Muela, Mulas y Mattos, 2004).

Como señalan estos autores, la plasticidad inherente a las células cerebrales permite la reparación de circuitos corticales, integra otras áreas para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones.

Tomando como base la posibilidad del sistema nervioso central para adaptarse a las nuevas situaciones después de una lesión, se podría lograr recuperar, aunque sea sólo en parte, las funciones perdidas a causa de la edad o de una lesión cerebral. En ese sentido, la plasticidad le permite al cerebro reorganizar sus patrones de funcionamiento para compensar las alteraciones (Raz, 2005); es la capacidad de modificarse o adaptarse a los cambios. Este mecanismo permite a las neuronas reorganizarse formando nuevas conexiones y ajustar sus actividades en respuesta a nuevas situaciones o a transformaciones en el entorno (Labos et al, 2008).

La plasticidad es una característica del sistema nervioso que ha sido desarrollada para actuar ante los cambios del entorno y que es usada para dar respuesta a una lesión cerebral.

Está asociada al aprendizaje y al desarrollo, ya que el cerebro interactúa permanentemente con el entorno.

El cerebro no solo se reorganiza ante una lesión, sino que se organiza constantemente en respuesta a los cambios externos e internos. La competencia

intrínseca del cerebro a reformarse persiste toda la vida. Es una propiedad integral del sistema nervioso, el cual está en continua modificación como consecuencia de los estímulos sensoriales del entorno.

Los cambios que permite la neuroplasticidad pueden realizarse por diferentes mecanismos:

- compensación por otras zonas del cerebro que entran en actividad para realizar la misma función.
- la activación de estructuras neuronales fundamentales que abastecen diferentes funciones y sustituyen funciones deterioradas.
- regeneración de las estructuras nerviosas.
- modificación de la eficacia sináptica.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta adaptación puede tener lugar tanto produciendo una reorganización estructural y funcional para una función normal como originando o reforzando la actividad refleja (Chapinal Jiménez, 2000). Por ello, es necesario aplicar los estímulos que logren activar la zona del cerebro apropiada para obtener una respuesta adecuada.

Alteraciones cognitivas y de la vida de relación

En el sistema nervioso central existen áreas secundarias de asociación, encargadas de coordinar diferentes influencias sensitivas, así como también sensoriales y motoras. La integración de todos los datos que llegan al sistema nervioso central no se realizan en una zona determinada, sino que se produce en varias áreas, a veces no muy precisas.

En estas áreas, se desarrollan funciones llamadas de la vida de relación o cerebrales superiores (Chapinal Jiménez, op cit), como son:

- reconocimiento de los objetos.
- percepción visual y auditiva.
- interpretación de los actos.
- memoria inmediata y lejana.
- patrones de conducta y movimiento.
- lenguaje hablado y escrito.

En una actividad funcional, pueden participar de manera conjunta varios procesos cognitivos. El aprendizaje de todos estos procesos requiere la existencia previa de una capacidad de atención. Por ejemplo, cocinar precisa la evocación de los distintos ingredientes, el orden correcto para usarlos, los movimientos automáticos para encender el fuego, la

atención para el punto de cocción, etc. Es decir, cada etapa requiere demandas cognitivas diferentes.

En la actualidad, el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las habilidades mentales o intelectivas, como son la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial.

Presupone un nivel cognitivo previo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable (Peña- Casanova, J.R., 1994), (García- Sevilla, 2014).

El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como una alteración aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno para recordar, en la zona fronteriza de la demencia.

La atención, el aprendizaje, comunicación e interrelación: "en la perspectiva fonoaudiológica".

La atención es el estado de alerta que nos hace tomar conciencia de lo que sucede en nuestro entorno y en nosotros mismos (Chapinal, op cit). Es fundamental para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001). Cuando ésta disminuye, el individuo se encuentra incapacitado de percibir sensaciones y situaciones, memorizarlas y evocarlas.

La atención se encuentra en la base de la memorización y del aprendizaje. Para estimularla se debe estimular los distintos canales sensoriales a través de estímulos cinestésicos, visuales, táctiles, acústicos, etc.

El cerebro, ante los diferentes estímulos, es capaz de ser selectivo y focal, es decir, es capaz de reaccionar a los estímulos que le interesan y no responder a otros y es capaz de mantener la atención focalizada en una tarea realizada que exige esfuerzo mental. Perder la atención activa, provoca en el sujeto distracción y perseveración. La realización de toda tarea requiere un periodo previo de aprendizaje: la atención, la motivación, la repetición y la memorización

nos conducen al aprendizaje. La primera etapa es la más difícil, precisamente porque requiere una gran atención (Chapinal J., op cit), (Pérez Martínez, 2008). Por otro lado, es muy importante para el adulto mayor la comunicación e interrelación, llegando ésta a ser una herramienta de ayuda no sólo en la vida cotidiana sino también en los eventuales abordajes fonoaudiológicos. El anciano que no se comunica puede llegar al abandono total.

Se debe instruir a los familiares para que utilicen, como estímulo de conversación, los temas que él prefería con anterioridad o los juegos de mesa que tanto favorecen la comunicación.

La pérdida de la independencia puede conducirlo a encerrarse en sí mismo, aislarse, perder las relaciones con familiares y amigos y desarrollar un estado depresivo. El elemento más importante para la recuperación de funciones perdidas es la motivación. Para estimular y mantener las múltiples funciones cognitivas es sugerible ejercitar la orientación espacial y temporal, el lenguaje, la memoria, la atención, el cálculo mental y las funciones ejecutivas.

Memoria

La memoria es la facultad o la capacidad encargada de registrar la información, fijarla y restituirla: es el ingrediente esencial de los procesos cognitivos (Acuña y Risiga, 1997). Es un proceso cerebral que permite almacenar información a largo plazo y la amplia variedad de estímulos ambientales producen modificación epigenética (proceso de regulación de la expresión génica) en el SNC que son críticas para la adaptación de la conducta a corto y largo plazo (Rosales-Reinoso et al, 2016). Etchepareborda (2005), señala que la memoria es fundamental para realizar el análisis y/o la síntesis de la información, retener datos necesarios para la consecución de un determinado proceso mental, participar de la impresión mnésica de una situación vivida, realizar una actividad tutora prefuncional y las monitorizaciones posfuncionales.

Desde la perspectiva del cognitivismo, nos ha permitido comprender que la memoria no es una función aislada. Es considerada como el centro del sistema cognitivo, en el que convergen múltiples funciones cognitivas como la atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje (Laurent, 1998).

A través de ella, el conocimiento es adquirido y manipulado (Hopper y Bayles, 2001). Pocos procesos

cognitivos pueden operar de manera efectiva sin su contribución, ya que permite realizar los procesos de codificación, consolidación y acceso a la información. La queja de memoria en las enfermedades del SNC es muy frecuente.

Analogías Verbales

La analogía se define como una similitud estructural, la cual es una relación analógica que se obtiene entre dos o más totalidades o sistemas, y esta relación entre los sistemas es el de la similitud. Cada uno de ellos tiene el mismo número de partes, siendo una relación de contigüidad o de proximidad (Itkonen, 2005). Comprende un conjunto de relaciones o correspondencia entre ellos y una serie de atributos o limitaciones de la analogía (Raviolo et al, 2011).

Desde el Siglo IV, Aristóteles fue el primero en definirla como una igualdad de proporciones que implica al menos cuatro términos, en los que el segundo está relacionado con el primero de la misma forma en que el cuarto está relacionado con el tercero (Pellegrino, 1986 p. 257).

La mayoría de nuestras inferencias cotidianas proceden por analogía. Es la base de la mayoría de nuestros razonamientos ordinarios que van de la experiencia pasada a lo que sucederá en el futuro (Copi y Cohén, 2008).

Las analogías figurativas presentan la misma forma que la verbales, están conformadas por cuatro términos relacionados entre sí (Sanchez, M. 1995).

Las analogías verbales son relaciones entre significados de palabras, las cuales se conectan a través de las variables seleccionadas para establecer la relación analógica.

Las utilizamos también en las descripciones, puesto que funcionan como un recurso por medio del cual es posible crear imágenes vividas en la mente de quien escucha, lee o describe. En el mismo sentido, la metáfora y el símil son usos literarios de la analogía, de los cuales la literatura se ha servido desde tiempos antiguos (Copi y Cohén, 2008).

Su resolución demuestra la habilidad del sujeto para identificar y entender una relación entre dos palabras, así como para reconocerla en otro par de palabras. Este tipo de ejercicio mide tanto las habilidades de razonamiento como el dominio del vocabulario.

Tipos de analogías

Las analogías se clasifican en:

Analogía de opuestos: cuando los términos propuestos expresan ideas opuestas.

Ejemplo: "Cerca es a lejos como rápido es a lento"

Analogía de parte- todo: se basan en si los ejemplos son miembros del mismo grupo o categoría. Se debe tener en cuenta si la parte es principal u opcional.

Ejemplo: "Los botones son al abrigo como los cordones son a las zapatillas"

Analogía de género y especie: son las que tienen dos clases o categorías, una de las cuales es la incluyente y la otra es la incluida.

Ejemplo: "Cucaracha es a insecto como rosa es a flor"

Analogía que involucra cosas y sus propiedades: uno de los términos señala algún rasgo distintivo del otro.

Ejemplo: "El azúcar es a dulce como la sal es a salado"

Analogía de causa – efecto: señalan relaciones de asociación. Cuando el primer término indica una acción que originará un resultado, que se apreciará en el segundo término. Uno de los términos permite que se desencadene el otro.

Ejemplo: "Perseguir es a capturar como buscar es a encontrar"

Analogía que involucra acciones correctivas: se caracterizan en que vinculan objetos que requieren el uno del otro para poder cumplir con su rol.

Ejemplo: "Comer es al hambre como beber es a la sed"

Razonamiento analógico y aprendizaje

Si se compara con el aprendizaje, aquí también interviene el razonamiento analógico, ya que todo aprendizaje se basa en la experiencia previa, más precisamente en una estructura similar entre lo que se ha experimentado en el pasado y lo que está siendo experimentado en el presente, teniendo un punto de partida no analógico.

Razonar por analogías implica entender un concepto nuevo mediante su comparación con otro concepto mejor conocido (Cubillo y González Labra, 1998; Martínez, Herrera, Valle y Vázquez, 2002; Sternberg, 1982/1987).

El ser humano compara entidades estructuralmente semejantes entre sí para completar en forma mental un fenómeno novedoso que se le presenta en verdad incompleto (Raven et al, 1991). La analogía consiste en encontrar un común en la estructura que

subyace entre fenómenos dispares. Aquí se involucran procesos y subprocesos como la abstracción, la idealización y la generalización. Es así que estas operaciones cognitivas son parte de la analogía, la que juega un papel central en el pensamiento humano (Itkonen, 2005).

La falta de razonamiento verbal es equivalente a la incapacidad de comprender una analogía o de construirla.

En la adquisición del lenguaje, se observan dos etapas sucesivas y diferentes de pensamiento analógico: el descubrimiento y la aplicación. El niño descubre una estructura común entre varias declaraciones que él ha escuchado y luego aplica esa estructura para producir nuevas expresiones (Itkonen, 2005). Pinker (1994) afirma que la adquisición del lenguaje se basa en la detección de similitudes estructurales y, si hay similitudes, deben ser analogías lingüísticas que operan dentro del módulo lingüístico innato.

"...Von der Gabelentz (1991) afirma que... el niño aprende el sistema lingüístico sobre la base de la abstracción inconsciente de las múltiples experiencias... y añade que... el funcionamiento de esta abstracción inconsciente se llama analogía..."

Dicho en otras palabras, la analogía es una relación de semejanza entre objetos, conceptos o situaciones distintas. Este vínculo surge por razonamientos destinados a identificar atributos diferentes entre dos entidades similares, determina la habilidad del sujeto para identificar la relación que guardan entre sí dos términos bases o claves y encontrar en el grupo de las alternativas, la que tenga la misma relación propuesta.

Ésta es una competencia del pensamiento que se desarrolla en el lenguaje y son estructuras que permiten estimular el razonamiento analógico a través de la habilidad de identificar los tipos de relación que existen entre palabras (Bernal et al, 2013).

Dicho razonamiento es el que permite establecer o analizar relaciones de orden superior entre diferentes elementos, conceptos, hechos o situaciones pertenecientes a uno o más conjuntos.

Representación mental

Desde la perspectiva del procesamiento de la información, las representaciones mentales son codificaciones simbólicas selectivas del ambiente externo, el cual supone una selección de dicha información disponible en el mundo representado.

Según Mc Shane, 1991, cuando hablamos de repre-

sentación, aludimos a algo que ocupa el lugar de otra cosa o se refiere a otra cosa, lo cual implica la existencia de dos mundos relacionados pero separados funcionalmente: el mundo representado (realidad material) y el mundo que se representa (realidad mental).

Dicho de otro modo por Halford, 1993, la representación cognitiva consiste en una estructura interna que refleja la estructura de un segmento o parte del entorno.

Goodman, 1976, explica que la elaboración más elemental acerca de la representación mental es la analogía de la imagen pictórica y concluye diciendo que puede entenderse como todo aquello que, de alguna manera, “designa” o “remite a”. Ello implica que la representación puede alejarse infinitamente de la imagen o del plano o del dibujo realista y se abre a otras “formas” que van desde los símbolos matemáticos al arte abstracto.

El sujeto codifica y clasifica los datos que le llegan del exterior, transformando tales datos en categorías, de las que dispone para comprender el entorno; la codificación y la clasificación son procesos que se dan entre los estímulos y la conducta, ambos procesos dependen de las necesidades, las experiencias, las expectativas y los valores (Bruner, 2011).

Según Bruner, el desarrollo de los procesos cognitivos posee tres etapas generales que se desarrollan en sistemas complementarios para asimilar la información y representarla. Transforma la información que le llega por medio de tres sistemas de representación: la representación enactiva, la representación icónica y la representación simbólica. El lenguaje es una manera de ordenar nuestros propios pensamientos sobre las cosas. El pensamiento es un modo de organizar la percepción y la acción. Estos modelos y esquemas mentales son un factor esencial en el aprendizaje, ya que este es un proceso activo, de asociación y de construcción (Bruner, op cit).

Para comprender, se debe realizar un recorrido que implica que desde la señal acústica del habla o desde los signos gráficos de la escritura, se deben convertir estímulos visuales o auditivos en representaciones mentales dotados de significado.

Esta acción implica:

- reconocer palabras.
- descubrir las relaciones entre las palabras que forman parte de oraciones.
- descubrir las relaciones entre oraciones que llevan a conformar un discurso coherente.

El sujeto, para comprender, realiza estas complejas tareas utilizando su conocimiento lingüístico y conceptual con rapidez y eficiencia (Marotto, 2008).

Este proceso de razonamiento analógico es una actividad de comparación de estructuras entre un dominio conocido y otro nuevo, de tal manera que las analogías permiten transferir conocimientos, facilitando la comprensión de un dominio abstracto (Oliva et al, 2001).

Es así como el sujeto capta o asimila las características de las cosas y las refleja en su mente en forma de imágenes. En la comprensión y resolución de analogías verbales:

- se desarrolla la habilidad de identificar relaciones, estableciendo conexiones lógicas entre diferentes objetos, fenómenos o circunstancias existentes en el mundo externo, vinculando los contextos a los cuales pertenece.
- se inculca el uso adecuado de la comparación.
- se propicia el uso del sentido figurado del lenguaje.
- se optimiza el empleo de los vocablos y su aplicación pertinente.
- se potencia el ingenio y la creatividad.
- se predispone nuestra capacidad para el estudio de las oraciones incompletas y la sistematización de informaciones, (Raviolo et al, 2011).

Comprensión del lenguaje

La comprensión del lenguaje es un proceso complejo integrado por una multitud de subprocesos más sencillos (Irrazábal, 2005).

Su estudio se divide en áreas relacionadas con diferentes niveles lingüísticos:

Comprensión de fonemas y/o grafemas.

Comprensión de palabras.

Comprensión de oraciones.

Comprensión de texto o discurso.

Comprensión oral

La comprensión oral es una actividad que requiere de la participación de varios procesos cognitivos. Una de las primeras operaciones para poder comprender un mensaje es la de separar la información lingüística de otros estímulos auditivos como son otras conversaciones diferentes a las nuestras, pero que tienen lugar en el mismo contexto.

Cuando esto se produce, el oyente debe discriminar el mensaje que va dirigido a él de los otros intercambios lingüísticos.

Una segunda dificultad que afecta al proceso de decodificación del mensaje es que el lenguaje oral es

continuo y no está segmentado en palabras, como ocurre con la lengua escrita. Por lo tanto, la fragmentación del estímulo lingüístico en sus elementos que lo constituyen corresponde al receptor del mensaje.

Procesamiento cognitivo

Para poder entender un mensaje oral, el oyente tiene que:

1- Identificar los fonemas que componen ese mensaje a través de tres tipos de análisis:

- Acústico, en el que se analizan las variables físicas de las ondas, es decir, la intensidad, la frecuencia, la duración, entre otras, de manera similar a como se hace con el resto de los sonidos.
- Fonético, en el cual se identifican los rasgos fonéticos de esos sonidos (bilabial, oclusivo, nasal, etc.).
- Fonológico, en el que se clasifican los segmentos fonéticos identificados en el nivel anterior como fonemas de la lengua oyente.

2- Reconocer las palabras que componen ese mensaje, con lo cual debe segmentar el habla e identificar las palabras que forman la secuencia de fonemas.

3- Por último, debe acceder al significado de esas palabras, (Cuetos, 2015).

Hipótesis

La abstracción semántica se asocia con el deterioro representacional en el paciente que cursa con deterioro cognitivo leve (DCL).

Metodología

En el siguiente estudio, se recupera la hipótesis mencionada anteriormente que sostiene:

“la abstracción semántica se asocia con el deterioro representacional en el paciente que cursa con deterioro cognitivo leve (DCL).”

Variables

Se identifican, en el presente trabajo, las siguientes variables en estudio:

a) habilidad para operar analogías verbales, dimensionalizada en:

- a.1) naturaleza verbal pura;
- b.2) naturaleza visuográfica;

b) funcionalidad cognitiva, dimensionalizada en:

b.1) nivel de deterioro representacional, medido por el Test del reloj;

b.2) existencia de alteración cognitiva, medida por el Examen Mini Mental State, versión argentina.

Operacionalización

Se medirá la habilidad en la resolución de analogías verbales en los planos verbal puro y visuográfico. Las analogías se representarán a través del material que se expone en el anexo.

Condiciones de inclusión

- Ambos sexos.
- Rango etario comprendido entre 60 – 75 años.
- Cursar DCL.
- Hablantes de castellano rioplatense como lengua primaria.
- Nivel de escolarización funcional.
- Discapacidad sensorial protetizada que habilite la comunicación (audífonos, anteojos, lentes intraoculares).

Condiciones de exclusión y eliminación

- Lesión neurológica.
 - Discapacidad sensorial no protetizada o funcional.
 - Abandono voluntario de la experiencia, haciendo uso de los derechos del consentimiento informado.
 - Óbito.
 - Diagnóstico de demencia surgido con posterioridad al ingreso al estudio.
- Análisis de las variables
- a) Habilidad para operar Analogías Verbales
 - Definición conceptual.

A través de esta variable, se demostrará la habilidad del sujeto para identificar y entender una relación analógica entre dos palabras, así como para reconocerla en otro par de palabras. Este tipo de ejercicio mide tanto las habilidades de razonamiento como el dominio del vocabulario.

Las analogías figurativas presentan la misma forma que las verbales, están conformadas por cuatro términos relacionados entre sí.

Razonar por analogías implica:

- Entender un concepto nuevo mediante su comparación con otro concepto mejor conocido;
- Desarrollar las habilidades para pensar analógicamente, es decir, para trasladar relaciones de un ámbito a otro. Dicha habilidad es indispensable para comprender la lectura, por ejemplo.
- Definición procedimental.

La medición de esta variable se considerará dicotómica por presencia ausencia. Se la medirá por

conteo en escala numérica discreta. Se procederá a realizar un análisis de correlación entre la variable 1 y la variable 2 para probar si existe asociación entre ambos, realizando luego la descripción estadística.

Procedimiento

Se trabajará en una sesión de alrededor de cincuenta minutos de duración, en la cual se explicarán previamente los objetivos del trabajo y se obtendrá el consentimiento informado de los participantes (ver anexo). A continuación, se administrarán las pruebas de valoración neuropsicológica y luego el material fonoaudiológico que se refiere a la habilidad para resolver analogías verbales a aquellos sujetos que cumplieren con las condiciones de inclusión.

En todos los casos, se trabajará en condiciones ambientales óptimas para la tarea de evaluación, con suficiente luminosidad y aislamiento acústico.

Se le presentará a los sujetos de la muestra única las analogías verbales, repitiéndolas verbo-auditivamente, con apoyo visual y escrito.

Primero, el terapeuta dirá las analogías verbales en forma verbo-auditiva, diciéndole al sujeto que escuchará una oración a la que debe completar de manera concordante con lo expresado.

Se reforzará verbalmente dicha consigna, si fuera necesario, hasta tres veces, para asegurarnos la comprensión del mismo en la ejecución.

Una vez finalizada la primera parte, se hará lo mismo, pero presentando las mismas analogías en forma figurativa. Aquí, el sujeto deberá elegir, como respuesta para completar las analogías, la figura correcta entre tres opciones gráficas presentadas. Dichas imágenes fueron seleccionadas con el propósito que sean de cotidiano reconocimiento para los sujetos, ya que se espera que ellos tengan mejor resolución en las consignas figurativas que en las verbo-auditivas solamente.

Material

El material usado fue creado por la autora de esta tesis, con imágenes extraídas del reservorio web, que es de acceso libre, mediante el buscador big-google. Se presentan quince analogías (ver anexo) en forma individual, cuyo tamaño es de 7 cm por 5 cm. En la primera etapa, se leen y, en la segunda etapa, se muestran las mismas quince analogías pero en imágenes (ver anexo), con la posibilidad de seleccionar la respuesta correcta entre tres imágenes. Los datos

serán consignados en una grilla confeccionada para colocar positivo o negativo según corresponda en la columna verbo-auditivo o visual-escrito. El modelo de la misma se encuentra en el anexo.

b) Funcionalidad cognitiva.

Para esta variable, se usaron los siguientes instrumentos para la valoración cognitiva:

- Test Mini-Mental State (Folstein, 1975).

- Test del reloj: una evaluación cognitiva rápida y sensible al deterioro incipiente.

Justificación del uso de los dos tests en esta muestra
El Test Mini Mental (TMM) se emplea no solamente en estudios clínicos, sino también epidemiológicos.

Sin embargo, el TMM es una prueba con limitada sensibilidad y especificidad, como también tiene falsos negativos en pacientes con trastorno cognoscitivo leve debido a que explora insuficientemente las habilidades visuo-construccionales. Por lo cual, es útil complementar esta prueba con otras que evalúen las habilidades constructivas y visuo-espaciales como es la prueba del Test del Reloj.

Esta prueba, desarrollada originalmente para examinar las habilidades visuo-construccionales, puede evaluar las siguientes habilidades cognitivas:

- 1- Comprensión auditiva.
- 2- Planeamiento.
- 3- Memoria visual y reconstrucción de una imagen gráfica.
- 4- Habilidades visuo-espaciales.
- 5- Programación motora y ejecución.
- 6- Conocimiento numérico.
- 7- Pensamiento abstracto (instrucción semántica).
- 8- Inhibición de la tendencia a colocar por características perceptuales del estímulo.
- 9- Concentración y tolerancia de la frustración.

Por consiguiente, se tomaron estas dos pruebas a la población muestral, puesto que, con el TMM, se aseguró la ausencia de Demencia y se complementó la misma con el TR, ya que este evalúa una variedad de funciones cognitivas, como el entendimiento verbal de la orden, memoria, conocimiento de codificación espacial y habilidades constructivas, aportando, de esta manera, evidencia objetiva y gráfica de déficit cognitivo (Oscanoa, 2004).

Población y muestra

Hernández Sampieri (2016), define a la población como:

“...el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones...”

Por ello, en la presente tesis, la población está configurada por sujetos que presentan la signosintomatología de Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

La muestra fue extraída de centros recreativos de la tercera edad, personas que llevan en esa institución una vida social, activa y recreativa, convocada espontáneamente a partir de los centros de actividades culturales que cumpliesen con las condiciones de inclusión consideradas en la presentación de este proyecto.

Esa muestra fue seleccionada de dicha población por asignación de números randómicos (azar). La determinación del tamaño muestral es de $n > \text{ó} = 140$ sujetos, de los cuales 86 son femeninos (61,4 %) y 54 masculinos (38,6 %), de clase social media, escolaridad funcional y residentes de la ciudad de Berisso, provincia de Buenos Aires.

Se realiza, para dicha muestra, un test de correlación lineal, Test de Pearson, a fin de analizar la asociación entre las variables en estudio, considerándose que sólo pueden obtenerse valores entre 0-1. Los alcanzados en la prueba se describen como valores de asociación media y baja.

A los fines de un estudio de frecuencia acumulada para un análisis clínico de la resolución de las analogías verboauditivas con respecto a las visuográficas, se realiza un micro análisis de la comprensión propositiva de los estímulos administrados (analogías), para lo cual se realizó una compulsa de microarray de N= 50 sujetos de la muestra madre empleada en esta investigación.

Se procedió a realizarlos según técnica randómica de números.

El interés radicó en alcanzar un análisis profundizando la perspectiva observacional tan rica a las necesidades fonoaudiológicas.

En dicha foto, se muestra al terapeuta tomando a un sujeto de la muestra seleccionada, la analogía N° 9, en forma visuográfica. Explicación y resolución de la misma.



Resultados
Análisis descriptivo

La muestra total evaluada fue de 140 sujetos, los cuales se dividen en 86 femeninos y 54 masculinos, pertenecientes a Centros de Jubilados de la ciudad de Berisso, provincia de Buenos Aires, la cual es una población activa, con vida social y recreativa.

Tabla N° 1

Sexo	Sujetos	Porcentaje
Femenino	86	61,4 %
Masculino	54	38,6 %

Con respecto a la edad de los sujetos, corresponde entre los 60 y 75 años distribuidos de la siguiente forma:

Tabla N° 2

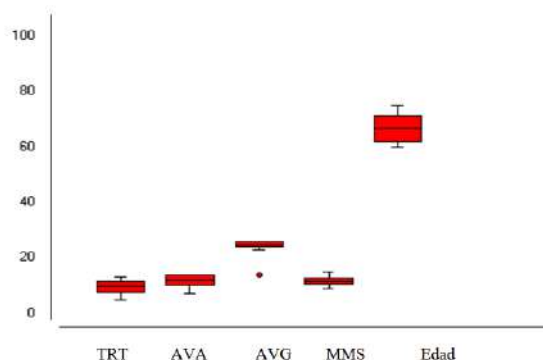
Edad	Sujetos	Porcentaje
60-65 años	62	44,3 %
66-70 años	43	30,7 %
71-75 años	35	25.0 %

Todos los sujetos expresaban tener olvidos, es decir, manifestaban déficit en su memoria para recordar algún objeto perdido o no recordar, por momentos, los nombres de las personas o no encontrar las palabras adecuadas en un momento dado.

Descripción de las Variables. Sus valores de media y Desvío Estándar (DS)

Gráfico N° 1.

Descriptores y valores de media y DS para las variables consideradas y sus categorías.



Referencias:

Test Reloj Total= TRT
 Analogías verbo-auditivas= AVA
 Analogías visuo-gráficas= AVG
 Minimental State test= MMS

Tabla de descriptores estadísticos de las variables en estudio

Tabla N° 3.

	TRT	AVA	AGV	MNS	Edad
n	140	140	140	140	140
Mínimo	5.0000	7.0000	14.0000	9.0000	60.0000
Máximo	13.0000	14.0000	26.0000	15.0000	75.0000
Amplitud Total	8.0000	7.0000	12.0000	6.0000	15.0000
Mediana	10.0000	12.0000	25.0000	12.0000	66.0000
Primer cuartil (25%)	8.0000	10.0000	24.0000	11.0000	62.0000
Tercer cuartil (75%)	11.0000	13.0000	26.0000	13.0000	70.0000
Desvio Intercuartílico	3.0000	3.0000	2.0000	2.0000	8.0000
Media Aritmética	9.6429	11.8643	24.8286	11.7000	66.6714
Variancia	4.1737	3.3699	1.8409	1.5065	21.9344
SD	2.0430	1.8357	1.3568	1.2274	4.6834
ES	0.1727	0.1551	0.1147	0.1037	0.3958
Coefficiente de Variación	21.19%	15.47%	5.46%	10.49%	7.02%

Tabla de resultados analíticos del Test de Correlación de Pearson.

Los valores sombreados en verde son de correlación estadísticamente significativa. Observándose así relación significativa entre los valores de las analogías verboauditivas y visuográficas, como así también dichas analogías y los valores totales del test del reloj. Los que no se sombrearon en esa hilera horizontal son no significativos estadísticamente.

Los valores alcanzados en la prueba se describen como valores de asociación media a baja, por lo cual no se rechaza la hipótesis.

Test de Pearson

Tabla N° 4

	AVA-AVG	AVA-MMS	AVA-TRT	AVG-MMS	AVG-TRT
n (pares) =	140	140	140	140	140
r (Pearson) =	0.6891	0.1335	0.5078	0.1379	0.4352
IC 95% =	0.59 a 0.77	-0.03 a 0.29	0.37 a 0.62	-0.03 a 0.30	0.29 a 0.56
IC 99% =	0.56 a 0.79	-0.09 a 0.34	0.33 a 0.65	-0.08 a 0.34	0.24 a 0.60
R2 =	0.4748	0.0178	0.2579	0.0190	0.1894
t =	11.1701	1.5822	6.9251	1.6356	5.6784
GL =	138	138	138	138	138
(p) =	< 0.0001	0.1161	< 0.0001	0.1044	< 0.0001
Poder 0.05 =	1.0000	0.4708	1.0000	0.4918	0.9999
Poder 0.01 =	1.0000	0.2251	1.0000	0.2413	0.9991

Referencias:

Test Reloj Total= TRT

Analogías verbo-auditivas= AVA

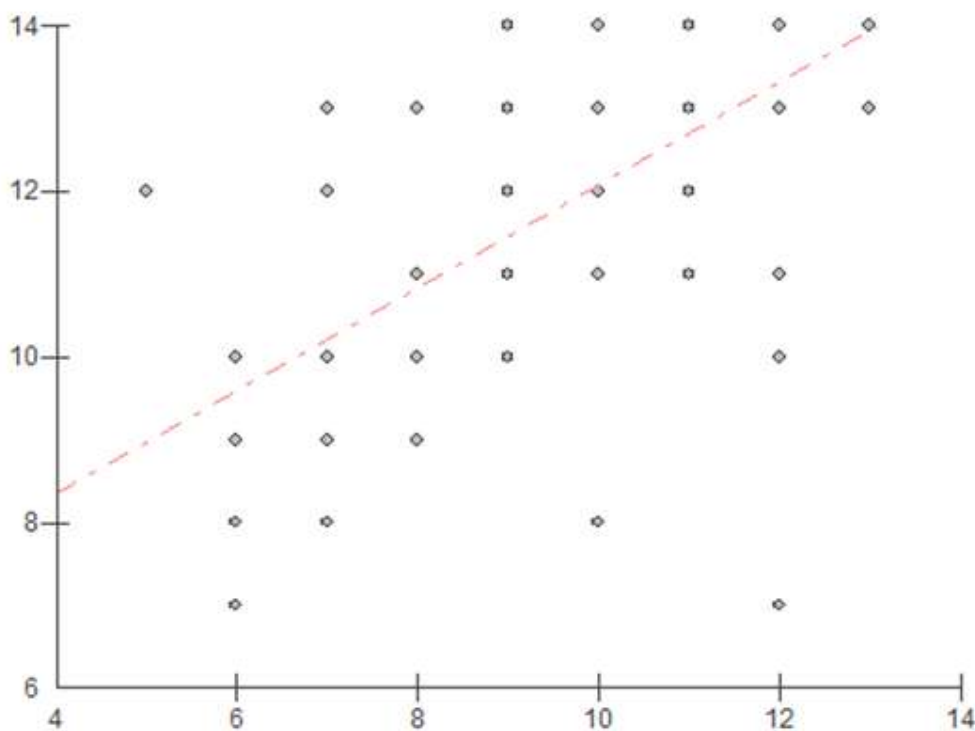
Analogías visuo gráficas= AVG

Minimental State test= MMS

Correlación lineal de Pearson

En rojo se indica el best fit postecucional. No se observa correlación significativa entre todas.

Gráfico N° 2



Frecuencia acumulada. Microanálisis de la comprensión propositiva

A los fines de un estudio de frecuencia acumulada para un análisis clínico de la resolución de las analogías verboauditivas con respecto a las visuográficas, se realiza un Microanálisis de la comprensión propositiva de los estímulos administrados (analogías), para lo cual se realizó una compulsa de microarray de N= 50 sujetos de la muestra madre empleada en esta investigación.

Se procedió a realizarlos según técnica randómica de números.

El interés radicó en alcanzar un análisis, profundizando la perspectiva observacional tan rica a las necesidades fonoaudiológicas.

A continuación, se detalla el análisis realizado con la muestra de N=50 sujetos.

Dicha muestra se divide en 38 sujetos femeninos y 12 masculinos, pertenecientes a la muestra madre extraída de los centros de jubilados de la ciudad de Berisso.

Tabla N° 5

<i>Sexo</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
Femenino	38	76 %
Masculino	12	24 %

Con respecto a la edad de los sujetos, corresponden entre los 60 y 75 años distribuidos de la siguiente forma

Tabla N° 6

<i>Edad</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
60-65 años	26	52 %
66-70 años	12	24 %
71-75 años	12	24 %

Análisis del desempeño positivo en la resolución de las Analogías Verbales

De acuerdo a las variables en estudio, se realiza el siguiente análisis.

Variables:

a) habilidad para operar analogías verbales, dimensionalizada en:

a.1) naturaleza verbal pura.

Aquí se analiza qué cantidad de sujetos (N=50) de la muestra seleccionada por microarray resuelve correctamente (+) cada una de las quince analogías verbales.

Resolución de Analogías Verbales en forma verboauditiva.

Las quince analogías son expresadas para su resolución en forma oral pura

a.2) naturaleza visuográfica

Se analizará la cantidad de sujetos (N=50) que resuelven correctamente (+) las mismas analogías expresadas y presentadas a través de imágenes.

Tabla N° 7

Analogía	F. A
1	35
2	34
3	40
4	23
5	28
6	36
7	45
8	41
9	26
10	11
11	5
12	30
13	31
14	43
15	39

F.A= Frecuencia Acumulada.

Tabla N° 8

Analogía	F. A.
1	38
2	38
3	42
4	33
5	32
6	40
7	45
8	40
9	41
10	26
11	34
12	43
13	41
14	50
15	48

Frecuencia Acumulada= F.A.

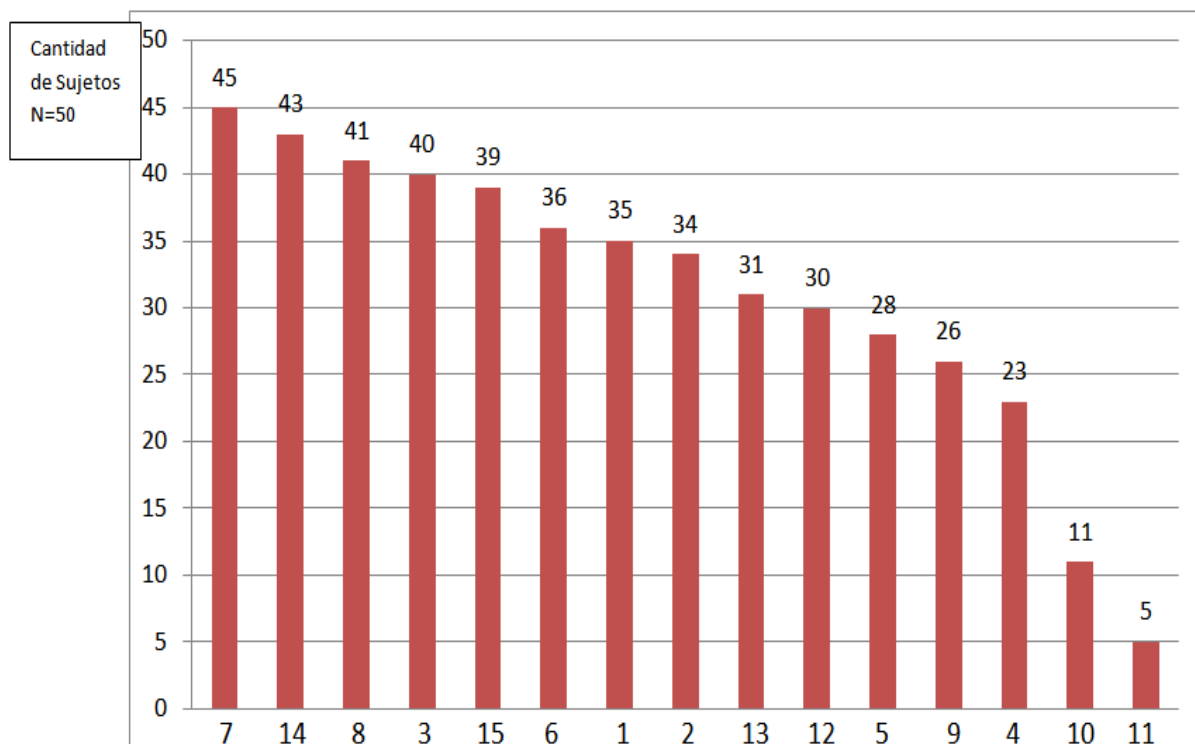


Gráfico N° 3

A.V. Verboauditivas +

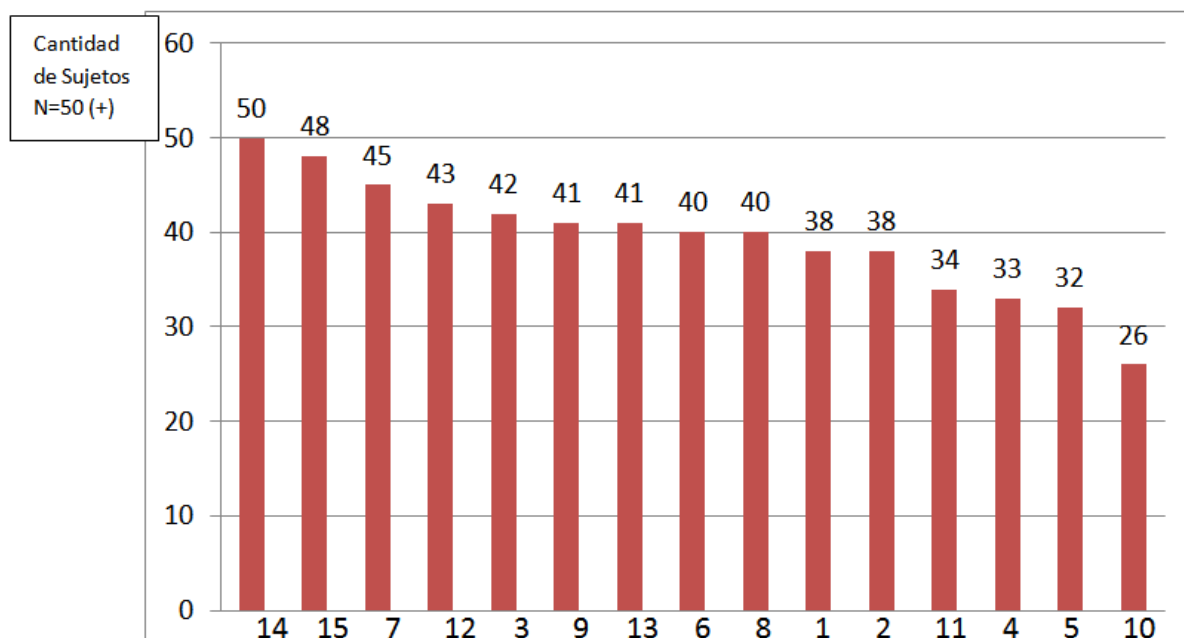


Gráfico N° 4

A.V. Visuográficas +

b.2) nivel de deterioro representacional medido por el Test del Reloj.

Aquí se analiza a los sujetos (N=50) de la población con los puntos de corte del Test del Reloj Totales. Se relacionó la cantidad de sujetos (N=50) con los criterios de puntuación establecidos por J. Cacho y cols (2003), en donde se consideraron los puntos de

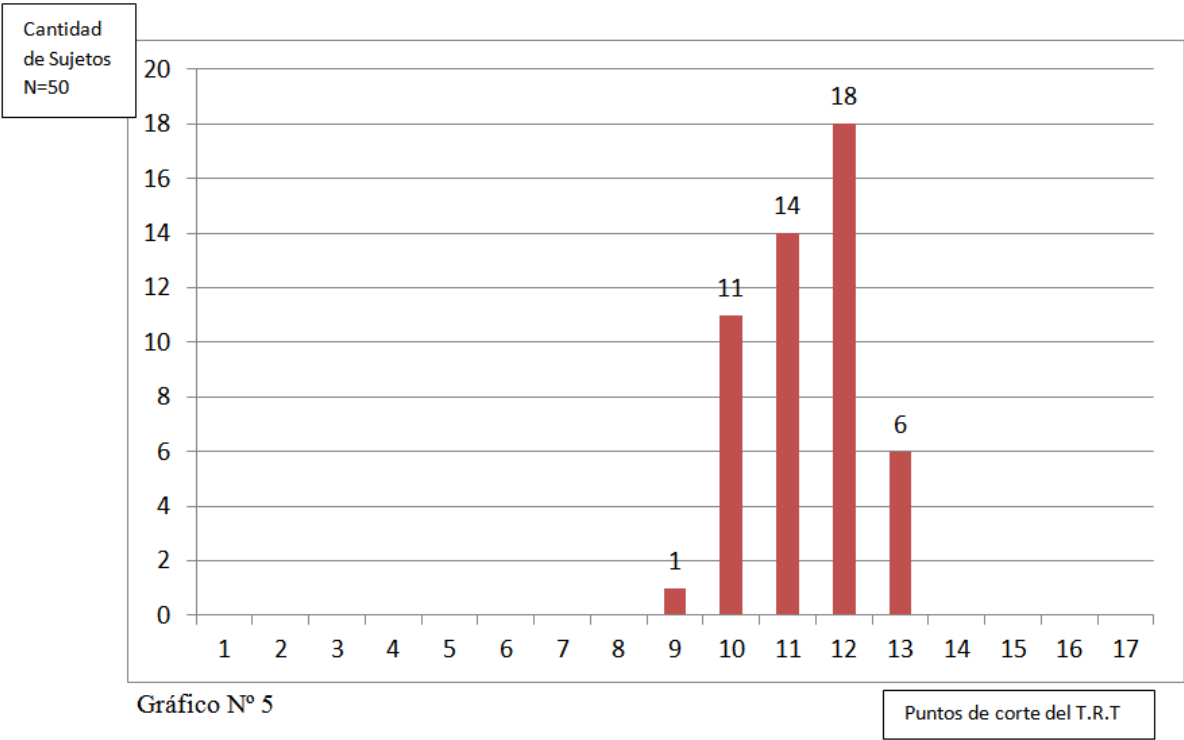
corte para estimación del deterioro cognitivo.

Por encima de 15 se considera que no hay deterioro cognitivo. Aquí la puntuación final se realiza sumando la obtenida en las dos pruebas (a la orden y a la copia).

Tabla Nº 9

Cantidad de Sujetos (N=50)	Puntos de corte Test del Reloj (TRT)
1	9
11	10
14	11
18	12
6	13

Test del Reloj Totales= TRT



Análisis clínico de la resolución de las analogías

Elección de Analogías Verbales de desempeño positivo

Teniendo en cuenta los objetivos específicos y la variable a.1) y a.2) de esta tesis, se observa que de las 15 analogías expresadas a los sujetos N=50 en forma verboauditiva, las mayoritariamente resueltas en forma correcta (positiva) fueron;

“Luna es a noche como sol es a...día”, con el 90 % y, “Comer es al hambre como beber es a la...sed”, con el 86%.

Se analiza que tanto una como la otra se refiere a situaciones cotidianas que se repiten a diario.

Una referida a un acto fisiológico y la otra a una asociación de conceptos temporales.

Lo mismo sucede en la resolución en forma visuográfica, donde la analogía más resuelta positivamente fue:

“Comer es al hambre como beber es a la... sed/ brindis/ festejo”, con el 100 %.

Se analiza que la efectividad demostrada en dicha proposición analógica, además del apoyo gráfico que ofrece el material, se refiere a que ésta involucra para los sujetos una acción conectiva.

Por otro lado, observamos que las analogías menos resueltas correctamente a nivel verboauditivo, son:

“Libro es a palabra como partitura es a...notas”, con el 10 % y, “Pie es a hombre como pezuña es a...vaca”, con el 20 %.

Estos hallazgos dan cuenta de que hay dificultad en el plano semántico del lenguaje por falta de dominio de vocabulario, ya que no hay representación mental de la unidad de código de la palabra “partitura”, al igual que la palabra “pezuña”.

Además, las dos analogías se refieren al análisis y procesamiento cognitivo en el cual el sujeto necesita identificar y reconocer la palabra que compone el mensaje oral y decodificarla en un todo.

Por otro lado, en la resolución de las analogías en

forma visuográfica, la menos resuelta positivamente fue:

“Pie es a hombre como pezuña es a...vaca/mate/zapatilla”, con el 26 %.

Donde a pesar de la ayuda que ofrece el material con el apoyo visual que facilita el pensamiento semántico, prevaleció la dificultad para el procesamiento en la comprensión del código.

Conclusiones

Se requiere de la evaluación neuropsicológica para investigar los cambios cognitivos asociados con la edad, con la posible característica de mostrar un envejecimiento anormal, el cual puede iniciarse con un deterioro cognitivo leve (DCL), aunque tal concepto sigue siendo discutible, como hemos desarrollado en esta tesis.

De allí que los deterioros cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en la eficiencia del procesamiento de las diferentes funciones cognitivas superiores, donde es la memoria la que se afecta inicialmente, siendo ésta fundamental para fijar, retener y reproducir la información verbal o visuo-espacial, como también en la representación cognoscitiva de un discurso, donde la memoria está relacionada a mucha otra información que ya está almacenada, habilitando al sujeto a recuperar conceptos.

En este procesamiento, se considera a la comprensión como un proceso complejo por el cual, para lograr establecer una relación entre conceptos o situaciones, el sujeto necesita de habilidades cognitivas que le permitan la comprensión, la asociación y la jerarquización entre ellos.

El hecho de trabajar con analogías verbales permite analizar, en la población con deterioro cognitivo leve (DCL), el razonamiento analógico como también el dominio de vocabulario, ya que la resolución de las mismas demanda, del sujeto, la habilidad de identificar y entender una relación entre dos palabras, entre dos conceptos, así como organizar y contextualizar la información, mejorando su recuerdo, favoreciendo el aprendizaje y el desarrollo del pensamiento semántico.

Se observó, en esta población, dificultad para la abstracción semántica, como quedó demostrado en la resolución de las analogías presentadas en forma

verboauditiva, ya que evidenciaban, en el plano semántico, dificultad para demostrar la comprensión de dicha analogía en donde el sujeto debe abstraer y organizar los conceptos para comprenderlos.

Por el contrario, se registró que, cuando las mismas analogías eran presentadas en forma visuográfica, había una mejor resolución, debido a que el refuerzo ofrecido a través del material como apoyo visual facilitó la capacidad del sujeto para realizar dicha abstracción y tener un mejor rendimiento en lo que implica la comprensión de un dominio abstracto.

Por último, concluyo diciendo que la habilidad de comprender y resolver analogías verbales demanda del sujeto con deterioro cognitivo leve (DCL) un esfuerzo notable, siendo uno de los núcleos terapéuticos en el abordaje neurolingüístico del adulto mayor. Detectar la dificultad para operar analogías verbales permitirá asociar la posibilidad de un deterioro cognitivo leve. Esto nos dará la oportunidad de conocer la alteración en las operaciones cognoscitivas y observar si ese deterioro se asocia con un detrimento en las estructuras que proporcionan el razonamiento analógico y permiten la comprensión semántica.

De esta manera, el análisis del desempeño lingüístico realizado en esta población, relacionado con la terapéutica fono-neurolingüística, se proyectará en el campo profesional como una herramienta más para abordar una intervención terapéutica temprana y así intentar estrategias preventivas.

Asimismo, queda para una segunda investigación evaluar el mismo desempeño en la habilidad para operar con analogías verbales en una población con deterioro cognitivo moderado y analizar su ejecución con respecto a la abstracción semántica.

ANALOGÍAS VERBALES

1. **Presidente es a país como gobernador es a provincia.**
2. **Codo es a brazo como rodilla es a pierna.**
3. **Barco es a agua como avión es a aire.**
4. **Lluvia es a paraguas como sol es a sombrilla.**
5. **Día es a noche como luz es a oscuridad.**
6. **Nieve es a frío como fuego es a calor.**
7. **Luna es a noche como sol es a día.**
8. **Cuadrado es a cuatro como triángulo es a tres.**
9. **Botón es a abrigo como cordón es a zapatilla.**
10. **Pie es a hombre como pezuña es a vaca.**
11. **Libro es a palabras como partitura es a notas.**
12. **Marzo es a año como miércoles es a semana.**
13. **Tristeza es a lágrima como alegría es a sonrisa.**
14. **Comer es al hambre como beber es a la sed.**
15. **El azúcar es a dulce como la sal es a salado.**

Instructivo de las analogías verbales

La resolución de analogías verbales determina la habilidad del sujeto para identificar la relación propuesta entre dos términos. Esta habilidad permite estimular el razonamiento analógico, el cual establece o analiza dichas relaciones.

Se dispondrá de quince analogías verbales, las cuales serán presentadas a los sujetos adultos mayores de la siguiente manera:

- primero, el terapeuta dirá las analogías en forma verbo-auditivo, diciéndole al sujeto que escuchará una oración a la que debe completar de manera concordante con lo expresado, se darán ejemplos de prueba para asegurar la comprensión;
- una vez finalizada la primera parte, el terapeuta presentará las mismas analogías con apoyo visual y escrito, donde el sujeto deberá completarla, eligiendo la figura correcta entre tres opciones gráficas.

Se hará refuerzo verbal de la consigna, si fuera necesario, hasta tres veces, para asegurarse la comprensión del sujeto en la ejecución.

Después se analizará y observará la asociación entre ambas maneras de resolución.

Analogías: Verbo- Auditivo

1. Presidente es a país como gobernador es a... provincia.
2. Codo es a brazo como rodilla es a... pierna.
3. Barco es a agua como avión es a... aire.
4. Lluvia es a paraguas como sol es a... sombrilla.
5. Día es a noche como luz es a... oscuridad.
6. Nieve es a frío como fuego es a... calor.
7. Luna es a noche como sol es a... día.
8. Cuadrado es a cuatro como triángulo es a... tres.
9. Botón es a abrigo como cordón es a... zapatilla.
10. Pie es a hombre como pezuña es a... vaca.
11. Libro es a palabras como partitura es a... notas.
12. Marzo es a año como miércoles es a... semana.
13. Tristeza es a lágrima como alegría es a... sonrisa.
14. Comer es al hambre como beber es a la... sed.
15. El azúcar es a dulce como la sal es a... salado.

Analogías: Visual- Escrito

1. Presidente es a país como gobernador es a... provincia/ ciudad/ partido.
2. Codo es a brazo como rodilla es a... pierna/ pie/ mano.
3. Barco es a agua como avión es a... aire/ viaje/ pa-

sajero.

4. Lluvia es a paraguas como sol es a... sombrilla/ planta/ playa.

5. Día es a noche como luz es a... oscuridad/ claridad/ idea.

6. Nieve es a frío como fuego es a... calor/ fósforo/ bombero.

7. Luna es a noche como sol es a... día/ luz/ sombrero.

8. Cuadrado es a cuatro como triángulo es a... tres/ pirámide/ carpa de indio.

9. Botón es a abrigo como cordón es a... zapatillas/ cordón de la calle/ cordón umbilical.

10. Pie es a hombre como pezuña es a... vaca/ mate/ zapatilla.

11. Libro es a palabras como partitura es a... notas/ piano/ orquesta.

12. Marzo es a año como miércoles es a... semana/ día/ mes.

13. Tristeza es a lágrima como alegría es a... sonrisa/ cumpleaños/ payaso.

14. Comer es al hambre como beber es a la... sed/ brindis/ festejo.

15. El azúcar es a dulce como la sal es a... salado/ mar/ jamón.

Bibliografía

-Acuña, M. y Risiga, M. Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria, Buenos Aires: Paidós, 1997.

-Albert, M.S.; Dekosky, S.T.; Dickson, D.; Dubois, B.; Feldman, H.H.; Fox, N.C. "El diagnóstico de deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer". PubMed, EEUU, 2012, 7(3), 270-279.

-Arizaga, R.; Allegri, R.; Amengual, A.; Bavec, C.; Brusco, L.; Campos, J.; Minguez, A. Deterioro cognitivo y demencias. Buenos Aires: Polemos, 2011, 1ª edición.

-Baddeley, A.; Gathercole, S.; Papagno, C. "El bucle fonológico como dispositivo de aprendizaje de idiomas. Revista Psicología, Universidad de Bristol, Inglaterra, 1998, 105(1):158-73.

-Ballard, D.G.; Jacoby, R.; Del Ser, T. "Sustratos neuropatológicos de síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia confirmada por autopsia con cuerpo de Lewy", Revista asociación Médica Psiquiátrica, 2004, 161:843-848.

-Belinchón Carmona, M.; Riviere, A. Psicología del lenguaje: investigación y teoría. Madrid: Trotta, 2004.

-Bernal, E.; Itriago, M.; Millán, L. "Razonamiento verbal" en EDACyT, 2013.

-Birren, J.E. y Zarit, S.H. Conceptos de envejecimiento. Madrid, 1985, Cap. 3, p. 68.

-Blackford, R.C. y La Rue, A. "Criterios para el diagnóstico del deterioro de la memoria asociado a la edad", Revista de Neuropsicología, 1989, 5:225-230.

-Blum, G.D.; Abal, F.; Lozzia, G.; Picón Janeiro, J. y Atorresi, H. "Analogías de figures: Teoría y construcción de ítems", Interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines, Argentina, vol. 28(1), 131-144.

-Bosch, B.; Arenaza-Urquijo, E.M.; Rami, L.; Sala-Llonch, R.; Junqué, C.; Solé-Padullés, C.; Peña-Gómez, C.; Bargalló, N. "Múltiple análisis de índices en el envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y Alzheimer. Relación con el desempeño neuropsicológico". Revista de neurobiología y envejecimiento, 2012, 33(1):61-74.

-Bruner, J. Acción, Pensamiento y Lenguaje. "El desarrollo de los procesos de representación", Madrid: Alianza, 2011, cap. V.

-Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. Manual de evaluación psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones. Madrid: Siglo XXI, 1997.

-Carrillo Mora, P. "Sistemas de memoria". Revista de Salud Mental, México, 2010, Vol. 33, nº 1, pp. 85-93.

-Carvache Franco, Zully Betty. "Comprensión de texto. Nivel de lectura inferencial", en SNNA (Sistema Nacional de Nivel y Admisión), Ecuador, 2014.

- Casanova-Sotolongo, P.; Casanova-Carrillo, P.; Casanova-Carrillo, C. "La Memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico". Revista de Neurología, Barcelona, 2004, 38: 469-472.
- Comfort, A. Bases neurobiológicas de envejecimiento. Estados Unidos: Elsevier, 1979, 81-86.
- Costa Molinari, J.M. Trastornos cognitivos en psicopatología, Barcelona: Prous, 1995, 113 pp.
- Crook, T., Bahar, H. y Sudilovsky, A. "Alteración de la memoria asociada a la edad: Criterios diagnósticos y estrategias de tratamiento", Int. J. Neurología, Estados Unidos, 1987-1988, 21-22: 73-82.
- Cubillo, J.C. y González Labra, M.J. El razonamiento analógico como solución de problemas. Introducción a la psicología del pensamiento. Madrid: Trotta, 1998, pp. 409-451.
- Cuetos V. F.; González A. J.; De Vega; B. M. Psicología del lenguaje, Madrid: Panamericana, 2015, Cap. 8, 1ª edición.
- Cuetos, V. F. Neurociencia del lenguaje. Bases neurológicas e implicancias clínicas, Madrid: Panamericana, 2015, Cap. 2, 2ª edición.
- Cummings, J.L.; Mega, M.S. Neuropsiquiatría y neurociencia conductual, New York: Oxford, 2003.
- Chapinal Jiménez, A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Barcelona: Masson, 2000, 257 p.
- Copi, I. y Cohen, C. Introducción a la lógica. México: Limusa, 2008, 1ª edición.
- Daly, E.; Zaitchik, D.; Copeland, M. "Predecir la enfermedad de Alzheimer usando información clínica estandarizada", Revista Neurología, 2000, 57:675-680.
- Dehaene, S. El sentido numérico: como la mente crea las matemáticas. Londres: Penguin, 1997.
- De La Fuente Arnaz, J. y Minervina, R.A. "Pensamiento analógico". En M. Carretero y M. Asensio, Psicología del pensamiento, Madrid: Alianza, 2004, pp. 193-214.
- De la Fuente Rocha, J. y De la Fuente Zepeda, J. "Implicancias de los conceptos actuales neuropsicológicos de la memoria en el aprendizaje", Revista Ciencia, México, 2015, vol.21-1, pp. 83-91.
- Delgado Losada, M. y Fernández Guinea, S. "Comprensión de oraciones y deterioro cognitivo: aspectos semánticos y léxicos" Revista InterSalud, 2007.
- DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Panamericana, 2013.
- Etchepareborda, M.C.; Abad-Mas, L. "Memoria de trabajo en los procesos básicos de aprendizaje", Revista Neurología, Barcelona, 2005, 40 (Supl. 1): 579-583.
- Ellis, A.W. y Young, A.W. Neuropsicología cognitiva humana, Barcelona: Masson, 1992.
- Fernández Ballesteros, R. "Evaluación psicológica y test", en La evaluación psicológica en el año dos mil, Madrid: Tea, 2000, cap. 1- pp.11.
- Fodor, J.A. La modularidad de la mente, Madrid: Morata, 1983.
- Fudge, J.L.; Powers, J.M.; Haber, S.N.; Caine, E.D. "Considerando el papel de la amígdala en la enfermedad psicótica: una correlación clínico-patológica", Revista Neuropsiquiátrica, 1998, 10:383-394.
- Gallasi, R.; Oppi, F.; Poda, R.; Scortichini, S.; Stanzani, M.; Marano, G.; Sambati, L. "¿Son las quejas cognitivas subjetivas un factor de riesgo para la demencia? Revista de ciencias neurológicas, 2010, 31(3): 327-336.
- Ganguli, M.; Dodge, H.H.; Shen, C.; Dekosky, S.T. "Deterioro cognitivo leve, tipo amnésico", Revista Neurología, Estados Unidos, 2004, 63(1): 115-21.
- García García, Deissy Milena. "Comprensión de oraciones en una muestra de pacientes con Demencia: análisis de componentes sintácticos y cognitivos", Univ. Nacional de Colombia, Bogotá, 2014, pp. 53 y 54.
- García- Sevilla, J.; Fernández, P.; Fuentes, L.; López, J.; Moreno, M. "Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria", Anales de Psicología, Murcia-España, 2014, vol.30, nº1.
- Gentner, D.; Jeziorski, M. "El cambio de la metáfora a la analogía en la ciencia occidental" En Metáfora y pensamiento, Andrew Ortony, Estados Unidos: Cambridge University Press, 1993, 2ª edición.
- Gonzalez González, B.M. "El modelo analógico como recurso didáctico en ciencias experimentales". Revista Iberoamericana de Educación, Madrid: OEI, 2005, 37(2).
- González Labra, M.J. y Ballesteros Jiménez, S. "Análisis componencial de las analogías geométricas", Revista General y Aplicada, España, 1993, 46(2), 139-147.
- González Palau, F.; Buonanotte, F. y Cáceres, M. "Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo". Neurología Argentina, España: Elsevier, 2015, 7(1): 51-58.
- González, V.R.; Hornauer- Hughes, A. "Cerebro y Lenguaje", Revista Hosp. Clínicas, Univ. de Chile, 2014, 25: 143-53.
- Hermann, C.S.; Friederici, A.D.; Oertel, U.; Maess, B.; Hahne, A.; Alter, K. "El cerebro genera su propia frase: percepción del habla", 2003, 85: 396-401.
- Hernández Espinosa, J. "La huella mnémica, base de una memoria dinámica", Revista Temas de

Psicoanálisis, 2011, vol. 1.

-Hernández Muela, S.; Mulas, F.; Mattos, L. "Plasticidad neuronal funcional", Revista de Neurología. Valencia-España, 2004, Vol. 38 Supl.1, 58-68.

-Hernández Sampieri, R.; Fernández collado, C.; Baptista Lucio, P. Metodología de la investigación. México: Interamericana, 2016, 6º edición.

-Hickok, G, y Poeppel, D. "Corrientes dorsal y ventral: un marco para la comprensión de aspectos de la anatomía funcional del lenguaje", Cognición Pub Med, Estados Unidos, 2004, 92, 67-99.

-Hirono, N.; Mega, M.S.; Dinov, I.D.; Mishkin, F.; Cummings, J.L. "La hipoperfusión frontotemporal izquierda se asocia con agresión en pacientes con demencia", Revista Neurología, 2000, 57:861-866.

-Hofstadter, D. "Analogía como el núcleo de la cognición", en La mente analógica: perspectiva de la ciencia cognitiva, Gentner, D. et al, Cambridge, MA: TL MIT Press/ Bradford book, 2001, pág. 499-538.

-Hopper T. y Bayles, K.A. "Manejo de los trastornos de la comunicación neurogénica asociados con demencia", en Estrategias de intervención lingüística en afasia y trastorno de comunicación neurogénica", Baltimore: Lippincot, 2001, p. 829-846.

-Iñiguez, J. "El deterioro cognitivo leve: factores predictivos y abordaje terapéutico", Informes portal mayores, 2006, 46:1-20.

-Irrazábal, N. y Molinari Marotto, C. "Técnicas experimentales en la investigación de la comprensión del lenguaje". Revista Latinoamericana de Psicología, Argentina, 2005, Vol. 37 n° 3, pp. 581-594.

-Itkonen, E. Analogy as Structure and Process, Filadelpia: John Benjamins, 2005.

-Jara Madrigal, M. "La estimulación cognitiva en personas adultos mayores", Revista Cúpula, Costa Rica, 2007.

-Jonker, C.; Launer, L.J.; Hooijer, C.; Lindeboom, J. "Quejas de memoria y deterioro de la memoria en personas mayores", Revista A.M. Soc. Geriátrica, Estados Unidos, 1996, 44(1):44-9.

-Katrin J.; Damian, M.; Wattmo, C.; Hausner, L.; Bullock, R. "Deterioro Cognitivo Leve y déficit en las actividades instrumentales de la vida diaria", Revista Médica BioMed, Alemania, 2015, 7:17, pp. 2-20.

-Kral, V.A. "Olvidos en la vejez: benignos y malignos", Revista Asoc. Médica Canadiense, 1962,86:257-260.

-Labos, E.; Manes, F.; Slachevsky, A.; Fuentes, P. Tratado de Neuropsicología clínica. Argentina-Buenos Aires: Akadia, 2008, 1º edición.

-Laurent, B.; Thomas-Anterion, C. "Memoria y Demencia", Revista Neurología, Francia, 1998, 154 S.2: S33-49.

-Lautenschlager, N.; Flicker, L.; Vasikaran, S.; Leedman,

P. y Almeida, O. "Quejas subjetivas de memoria". Revista americana de psiquiatría geriátrica, 2005, 13, 731-734.

-Leturia Arrazola, F.J.; Yanguas Lezun, J.J.; Arriola Manchola, E.; Uriarte Méndez, A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir, Madrid-España: Cáritas, 2001.

-Levy, R. "Informe sobre declive cognitivo asociado a la edad", Revista de psicología geriátrica, 1994, 6:63-68.

-Lezak, M.D. "El problema de evaluar las funciones ejecutivas", Revista Internacional de Psicología, Estados Unidos, 1982, 17:281-297.

-Lezak, M.D. "Evaluación para propósitos de rehabilitación" en Rehabilitación Neuropsicológica, New York: Oxford University Press, 1987.

-Lieberman, I.Y.; Shankweiler, D.; Fischer, F. y Carter, B. "Lectura y conocimiento de segmentos lingüísticos", Revista de aprendizaje y comprensión verbal, 1985, 18: 201-212.

-López Pousa, S. Epidemiología de la demencia. Madrid: Médica Panamericana, 2001, pp. 25-34, 2º edición.

-López Pousa, S. La demencia: concepto y epidemiología. Madrid: Panamericana, 2006, 3º edición, pp. 36.

-López, R. y Sánchez, H. Psicología del lenguaje. Madrid: Pirámide, 2006, 27- pp. 79-122.

-Lorenzo Otero, J. y Fontán Scheitler, L.E. "La frontera entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de Deterioro Cognitivo Leve". Revista Médica de Uruguay, 2003, 19: 4-13.

-Maroto Serrano, M.A., "La memoria". Inst. Salud Pública, Madrid: Elsevier, 2005, N° 2, 100 pp.

-Martínez, L.; Herrera, C.; Valle, J. y Vázquez, M. "Razonamiento analógico verbal y no verbal en niños preescolares con TEL". Revista chilena de fonoaudiología, 2002, 3(1), 5-24.

-Mc Rae, K. y Jones, M.N. "Memoria Semántica", Manual de psicología cognitiva. Oxford, 2013, pp. 206-219.

-McRae, K. y Jones. M.N. "Memoria semántica", Manual de psicología cognitiva, Oxford, UK, pp. 206-219.

-McClelland, J.L. y Elman, J.L. "Percepción del habla", Psicología Cognitiva, 1987, 18, 1-86.

-Melgar Cuellar, F. "Características del envejecimiento" en Geriátrica y gerontología, Bolivia: La Hoguera, 2012, pp. 27-36.

-Mías, C.D.; Fernández, R.; Willington, J.M.; Gallerano, R. "Quejas subjetivas, memoria y depresión en la normalidad y el deterioro cognitivos", U.N.C. Facultad

de ciencias médicas, Revista de Salud Pública, Córdoba-Argentina, 2008, 3:48 1-86.

-Mías, C.D.; Sassi, M.; Masih, M.E.; Querejeta, A.; Krawchik, R. "Deterioro cognitivo leve". Revista de Neurología, Argentina, 2007, Vol. 44(12), pp. 733-738.

-Molinari Marotto, C. Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Argentina: Eudeba, 2008.

-Montejo, P.; Montenegro, M.; Sueiro-Abad, M.; Huerta, S. "Fallas de memoria de la vida cotidiana", Anales de Psicología, Murcia-España, 2014, vol. 30, nº1, pp. 320-328.

-Morris, J.C.; Storandt, M.; Miller, J.; McKeel, D.; Price, J.; Rubin, E.; Berg, L. "El deterioro cognitivo leve representa a la enfermedad de Alzheimer en etapas tempranas". Revista de neurología, 2001, 58,397-405.

-Morles, A. "El desarrollo de las habilidades para comprender la lectura" En Comprensión de la lectura, Puente, A., Madrid: Pirámide, 1991.

-Mula, F.; Etchepareborda, A.H.; Díaz-Lucero, R.; Ruiz-Andrés, R. "El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo", Revista Neurología, 2006, 42 (supl.2): S103-S109.

-Muñoz Marrón, E. y Periañez Morales, J.A. Fundamentos del aprendizaje y del lenguaje. Barcelona: UOC, 2012, 176 pp., 1º edición.

-Nelson A.P. y O'Connor, M.G. "Deterioro Cognitivo Leve: una perspectiva neuropsicológica", Revista científica, 2008, 13:56-64.

-Ojea Ortega, R.; González Alvarez de Sotomayor, M.; Pérez González, O.; Fernández Fernández, O. "Valoración de la memoria episódica", Revista Neurología, 2013, vol.28, nº8, pp. 488-96.

-Olazarán Rodríguez, J., Molinuevo, J.L., Peña Casanova, J. "Deterioro cognitivo leve", Sociedad Española de Neurología, Barcelona: Prous Science, 2009.

-Oliva, J.M.; Aragón, M.M.; Mateo, J. y Bonat, M. "Una propuesta didáctica basada en la investigación para el uso de analogías en la enseñanza de la ciencia". Revista de enseñanza de las ciencias, 2001, Cádiz, 19(3), pp. 453-470.

-Ollari, J. "Declinación cognitiva y deterioro cognitivo. Envejecimiento normal y enfermedad de la senescencia". Sociedad Neurológica Argentina, 1999, vol. 23,1:3-8.

-OMS. "Envejecimiento y Salud", 2015.

-OMS. "La salud mental y los adultos mayores", 2016.

-Organización de las Naciones Unidas. "Perspectivas de la población mundial", New York: ONU, 2010.

-Ortín, A. "Conductas a seguir ante una demencia", Revista Medicina Práctica Clínica, 1997, 2:151-9.

-Ortiz, M.J. "La metáfora visual corporeizada: Bases cognitivas del discurso audiovisual". Revista de Estudios de Comunicación, 2011, España, vol. 16, Nº 30, pp. 57-73.

-Oscanoa, T. "Evaluación de la prueba del reloj en el tamizaje de enfermedad de Alzheimer". Anales de la Fac. de Medicina. Univ. Nac. Mayor de San Marcos, Perú-Lima, 2004, Vol. 65, Nº1, pág. 43.

-Otero, J.L. y Scheitler, L.F. "Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer", Revista Médica Uruguay, Montevideo, 2003, vol. 19 nº1.

-Paymal, N. "El hemisferio derecho". Revista especializada Pedagogía 3000, La Paz- Bolivia, 2013, pp. 143-146, 4º edición.

-Peña Casanova, J.R. y Ser del, Quijano Teodoro. Evaluación neuropsicológica y funcional de la Demencia, Barcelona: Prous, 1994, 247 pp.

-Pérez Fonollá, M.D.; García Castillo, N. "Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado" Revista Gerokomos, Barcelona, 2006, vol. 17 nº3.

-Pérez Martínez, V.T. "El deterioro cognitivo: una mirada previsor". Revista Cubana Med. Gen. Integr., 2005, 21(1-2).

-Pérez Ortiz, L. "El envejecimiento de las sociedades". Revista Encuentros Multidisciplinarios, Univ. de Madrid, España, 2004, Vol. 6, pp. 38-46.

-Petersen, R. C. y Smith, G. E. "Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome". Revista de Neurología, 1999, 56(3): 303-308.

-Petersen, R. C., Roberts, R.O., Knopman, D. S., "Mild cognitive impairment: ten years later". Revista de Neurología, 2009, 66(12): 1447-1455.

-Petersen, R.C. "Deterioro cognitivo leve: diagnóstico", Revista Medicina Interna, 2004, 256:183-94.

-Petersen, R.C.; Doody, R.; Kurz, A.; Mohs, R.C.; Morris, J.C.; Rabins, P.V., "Conceptos actuales en el deterioro cognitivo leve". Revista de Neurología, 2001, 58:1985-92.

-Petersen, R.C.; Negash, S. "Deterioro Cognitivo Leve: una visión general", Revista Neurología, 2008, 13(1):45-53.

-Posner, M.I. y Petersen, S.E. "El sistema de atención del cerebro humano", Revista de Neurociencia, 1990, 13:25-42.

-Ramos Chagoya, E. "El proceso de la comprensión lectora". Ciencias de la Educación, México, 2008.

-Ravaglia, G.; Forti, P.; Montesi, F.; Lucicesare, A.; Pisacane, N.; Rietti, E. "Deterioro cognitivo leve", Rev. Americana de la sociedad geriátrica, 2008, 56(1), 51-58.

-Raviolo, A.; Aguilar, A.; Ramirez, P.; López, E. "Dos analogías en la enseñanza del concepto del modelo

científico". Revista de investigación en educación en ciencias, Argentina, 2011, vol. 6 N° 1.

-Raz, N.; Lindenberger, U.; Rodrique, K.M.; Kennedy, K.M.; Jefe, D.; Williamson, A.; Dahle, C.; Gerstorf, D.; Acker, J.D. "Cambios regionales del cerebro en el envejecimiento de adultos sanos: tendencias generales, diferencias individuales", Instituto Nacional de Salud, Estados Unidos, 2005, 15(11): 1676-89.

-Rebollo, A.A. El abecé de la Psicolinguística. Madrid: Arco/Libros, 2002, 2° edición.

-Reisberg, B. y Ferris, S.H. "Escala de deterioro global. Escala para la evaluación de la demencia degenerativa primaria", Revista Americana de Psiquiatría, 1982, 139:1136-1139.

-Ritchie, K. "Deterioro Cognitivo Leve: una perspectiva epidemiológica", Revista Clínica Neuropsicológica, 2004,6:401-408.

-Roediger, H.L.; Zaromb, F.M. y Goode, M.K. "Una tipología de los términos de la memoria en aprendizaje y memoria: una referencia completa". Academic Press, 2008, vol. 1, pp. 11-24.

-Román Lapuente F. y Sánchez Navarro, J.P. "Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal". Anales de Psicología, Univ. de Murcia-España, 1998, vol.14 n°1, pp. 27-43.

-Román, G. y Pascual, B. "Demencia vascular y deterioro cognitivo de origen vascular". Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 2012, 12(1), 201-216.

-Rosales- Reinoso, M.A.; Ochoa Hernández, A.B.; Juárez- Vazquez, C.I.; Barros-Nuñez, P. "Mecanismos epigenéticos en el desarrollo de la memoria y su implicación en algunas enfermedades neurológicas", Revista Neurología Española, 2016, vol.31, pp. 628-638.

-Roselli, M. y Ardila, A. "Detección temprana de la demencia desde la perspectiva neuropsicológica". Rev. Neurológica Colombiana, 2010, 26, 59-68.

-Rubiales, J.; Bakker, L.; Russo, D.; Gonzalez, R. "Memoria verbal y estrategia de recuperación", Revista Psicología, México, 2014, vol.31, n°2, pp.79-89.

-Saá, N. "Lenguaje y hemisferio derecho". Cuadernos de Neurología, Univ. Católica de Chile, 2001, vol. 25.

-Sampedro, B.; Otero, J.; Casajús, A. "Evaluación de la codificación y comprensión lectora en adultos". Fac. Filosofía y letras, Fac. Psicología, UBA, Hospital Eva Perón, CONICET, Buenos Aires - Argentina, 2010.

-Sánchez Gil, I.; Pérez Martinez, V. "El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor", Revista Medicina General Integral, Cuba, 2008, vol.24.

-Saykin, A.J.; Wishart, H.A.; Rabin, L.A.; Santulli, R.B.; Flashman, L.A.; West, J.D.; Mc Hugh, T.L.; Mamourian, A.C. "Los adultos mayores con quejas cognitivas muestran atrofia cerebral similar al DCL amnésico", Revista Neurología, 2006, 67(s):834-42.

-Sierra Díez, B. "Solución de problemas por analogías". En M. Carretero, J. Almaraz y P. Fernández Berrocal (Eds), Razonamiento y Comprensión, 1995, Madrid: Trotta, pp. 179-218.

-Simón T.; Ruiz Gallego-Largo, T. y Suengas, A. "Memoria y envejecimiento", Psicothema, Univ. Complutense de Madrid- España, 2009, vol.21, n°3, pp.409-415.

-Smith, G. y Rush, B.K. "Envejecimiento normal y deterioro cognitivo leve". Intervención y evaluación neuropsicológica geriátrica, 2006, pp. 123-145.

-Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. "Uso de la formación de la memoria compensatoria", Revista de Neuropsicología, 11:971-891.

-Solé, I. Estrategias de comprensión lectora. Barcelona: Grao, 2001.

-Solé, I. Estrategias de lectura. Barcelona: Grao, 2000.

-Sosa-Sosa, M.J. "Deterioro cognitivo en la vejez", Univ. República del Uruguay, Facultad de Psicología, Uruguay, 2016.

-Sperry, R.W., Gazzaniga, M.S. y Bogen, J.E. "Relaciones interhemisféricas: Síndromes de desconexión hemisférica", Manual de Neurología clínica, Holanda del Norte, 1969, vol. N°4, p. 273-290.

-Squire, L.R. "Los sistemas de memoria del cerebro: una breve historia y perspectiva actual", en Neurobiología del Aprendizaje y la Memoria, 2004, Estados Unidos, vol. 82, pp. 171-177.

Sternberg, R.J. Inteligencia humana II: cognición, Barcelona: Paidós, 1987.

-Tárraga, L. "Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer", Revista Neurología, 1999, 27(1): 51-62.

-Tulving, E. y Schacter, D.L. "Sistemas de memoria primitivos", Revista científica, 1990, 247: 301-306.

-Van Dijk, T.A. Estructuras y funciones del discurso. España: Siglo Veintiuno, 2012.

-Van Dijk, T.A. La ciencia del texto. Barcelona: Paidós, 2012.

-Vázquez, F.L. "Técnica de resolución de problemas aplicada a la depresión mayor", Revista Psicothema, España, 2002, 14: 516-522.

-Vega Rodríguez, M. Aristóteles y la Metáfora. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2004.

-Vivas Radakoff, J. y García Coni, A. "La memoria semántica. Organización y Desarrollo". Revista actualidades en psicología, Argentina, 2013, 27(114),

1-18.

-Winblad, B. "El compromiso tardío en actividades sociales y de ocio con un menor riesgo de demencia", Revista Americana de Epidemiología, 2000.

-Winblad, B.; Gauthier, S.; Scinto, L.; Feldman, H., Wilcock, G.K.; Truyen, L. "Seguridad y eficacia de la galantamina en sujetos con deterioro cognitivo leve", Revista Neurología, 2008, 70:2020-1.

-Winblad, B.; Palmer, K.; Kivipelto, M.; Jelic, V.; Fratiglioni, L.; Wahlund, L. "Deterioro cognitivo leve". Rev. de medicina interna, 2004, 256, 240-246.

-Wolf Nelson, N. & Gillespie, L. Analogías para pensar y hablar, Tucson: Habilidades de Comunicación, 1991.

Escuela de Posgrado Regional La Plata

Capacitación y perfeccionamiento para el colectivo fonoaudiológico

La Escuela de Posgrado Regional La Plata nace ante la necesidad de continuar jerarquizando la profesión y brindar, a nuestros colegas, capacitaciones académicas formuladas en base a conocimiento científico actualizado con una mirada amplia.

Se estableció, como principal meta de esta propuesta nacida en Regional La Plata, la implementación de un ámbito específico para la formación continua y su acreditación universitaria.

La Escuela de Posgrado marca el inicio de un camino de formación postítulo en diversos formatos. Será una importante fuente de nutrición científica y abordará, entre otras cuestiones, las especialidades en Fonoaudiología, respondiendo a una demanda que lleva años instalada en la profesión fonoaudiológica.

Los objetivos principales son:

- Formular proyectos de las especialidades en Fonoaudiología.
- Establecer parámetros de formación postítulo.
- Crear espacios de intercambio científico con disciplinas del campo propio y conexas.
- Concretar convenios con unidades académicas públicas y privadas para los proyectos formativos que colaboren con el avance profesional.

La Escuela de Posgrado, nacida y gestionada desde la Regional La Plata, propone amplio acceso de todos los matriculados de la Provincia de Buenos Aires al campo de formación.

Para la gestión de esta propuesta, teniendo en cuenta el formato legal y académico que requiere, se ha

realizado un análisis minucioso y se han llevado a cabo reuniones con diferentes sectores. En primera instancia, se aprobó la Resolución de creación de la Escuela de Posgrado, en la reunión del Consejo Directivo de la Regional La Plata presidido por la Lic. María Alejandra Morchón.

Luego, se iniciaron las gestiones correspondientes y se coordinó con el área científica a cargo de la Lic. Irene Fernández para que cada arista del proyecto sea gestionada con la celeridad y seriedad que amerita.

En este año marcado por la imposibilidad de ejecutar los proyectos de manera presencial, se han adaptado formas y dispositivos de gestión cuyo resultado es tan auspicioso que enorgullece a la comunidad fonoaudiológica y la estimula para adherir a este proyecto.

Se ha formulado un convenio de colaboración a nivel nacional con la Universidad del Este, en cuyo seno se dictarán cursos y capacitaciones de nivel superior, y se ha emprendido el camino para formular proyectos de investigación con visión de futuro para esta profesión.

Además, se ha concretado el convenio internacional con Aula CEDESNA, entidad de capacitación de renombre en España, cuyo Director es también el Presidente de la Asociación de Logopedas de España, el Dr. Ismael Fuentes, y tiene el aval de la Universidad Española Miguel de Cervantes.

En este marco de colaboración, y a partir de las gestiones realizadas, la Lic. Silvia Censi ha sido invitada a participar como exponente en el XI Congreso Internacional de Logopedia, a realizarse a completo beneficio de la Cruz Roja, teniendo en cuenta el contexto mundial adverso que ha azotado a la población.

El mismo podrá ser presenciado por quien lo desee a través de la plataforma Zoom.

En vistas de estos grandes avances, a pesar de ser un año atípico, esta gestión comparte con orgullo el crecimiento de esta propuesta y su concreción. Esto se debe a que se inscribe como un plan a largo plazo y una apuesta sólida a la formación de grado académica fortalecida por las propuestas postítulo y la formación continua.

Invitamos a todos los colegas a estar en contacto con la Escuela de Posgrado a través de las redes sociales y los medios típicos de la Regional para mantenerse actualizados sobre las propuestas, eventos y oportunidades de compartir el saber.



Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos

COMISIONES

Audiología



Fonoestomatología

Lenguaje



Voz



www.cflp.org.ar



/COFOBARegionalLaPlata



Regional La Plata

Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

(0221) 427 2234 - (0221) 489-4823

info@cflp.org.ar

Horario de Atención: de lunes a viernes de **10 a 15 hs.**

Si querés ser parte de la próxima edición de la Revista Científica envíanos tu trabajo a revistacientifica@cflp.org.ar