



Revista Científica de la
REGIONAL LA PLATA
del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653



CRECER EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Trabajos Científicos

Publican en esta edición:

Dra. Patricia Vázquez Fernández.

Lic. María Paula Timpone.

Lic. Virginia Zangroniz.

Pág. 4.

Caso Clínico

“Intervención fonoaudiológica inicial en disfagia por secuelas de resección de cáncer escamocelular de amígdala palatina”

Fga. María Esperanza Sastoque y equipo.

Pág. 24.

Opinión

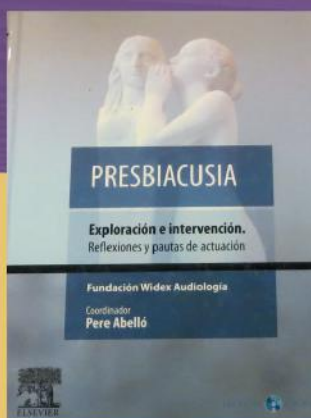
“La Fonoaudiología hoy”

Por la Lic. Mónica Dudok.

Pág. 35.

Nuestras novedades bibliográficas

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



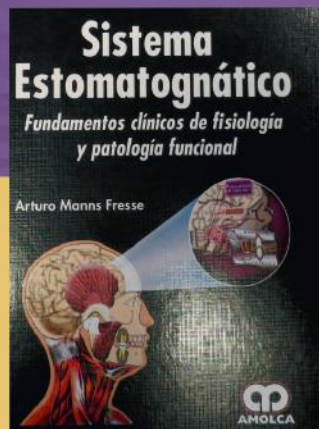
PRESBIACUSIA. Exploración e intervención. Reflexiones y pautas de actuación.
Fundación Widex.
Coordinador Pere Abelló.

El libro pretende facilitar la labor clínica del audioprotesista, del ORL y del fonoaudiólogo, proponiendo una serie de pautas a seguir, pruebas de reconocimiento especialmente diseñadas para la atención audiológica de este colectivo y un compendio de orientaciones concretas, con el objetivo de favorecer al máximo las posibilidades auditivas de estas personas, así como su derecho a mantener una óptima calidad de vida



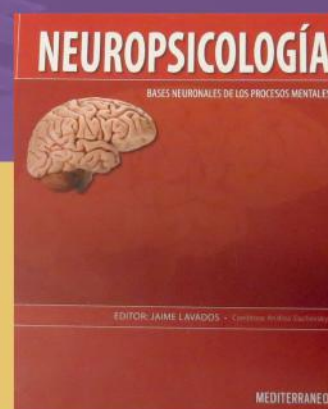
CIENCIA EN EL ARTE DEL CANTO. Soledad Sacheri.
Ed. Akadia

Este libro no sólo presenta la anatomía y fisiología del aparato fonador sino también los aspectos acústicos y las diferencias entre canto clásico y los muy distintos estilos "populares" de la voz. De la misma manera, con lenguaje accesible y claro, dedica un capítulo a la voz y a la articulación del lenguaje hablado. Trata además temas tales como: comportamiento respiratorio durante el canto, sistema fonatorio, resonancia, formante del cantante, sonidos del habla, esquema corporal del cantante, registros vocales, pasaje de la voz, belting y clasificación vocal



SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE FISIOLÓGIA Y PATOLOGÍA FUNCIONAL.

Arturo Manns Fresse. Ed. AMOLCA
Examen morfofuncional básico del Sistema Estomatognático. Origen y evolución. Análisis morfofuncional de la musculatura estomatognática de las articulaciones temporomandibulares, oclusión dentaria. Componente neuromuscular. Mecanismos de regulación neuromuscular. Componente neuromuscular. Organización funcional del sistema trigeminal. Organización funcional del dolor craneofacial. Mecanismos sensoriales propioceptivos.



NEUROPSICOLOGÍA. Bases neuronales de los procesos mentales.
Editor: Jaime Lavados.

La arquitectura general del órgano del conocimiento. Neurobiología de los procesos neuropsicológicos. Emociones y cerebro. Lenguaje y habla. Procesos ejecutivos y adaptación del comportamiento. Conciencia, correlatos neurales y sus trastornos. Sueño y aprendizaje. El cerebro y la cultura humana. Funciones ejecutivas y valores.

Préstamos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.
No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



COMPARTIR CIENCIA PUBLICANDO

“El ser y el quehacer profesional”

Hemos transcurrido un año institucional con dos hechos muy importantes: el Congreso Provincial organizado por el Consejo Superior del COFOBA y el Acto Eleccionario del 5 de septiembre pasado, ocasiones en que los colegas dijeron “Presente”.

Estas circunstancias persiguieron objetivos absolutamente diferentes: la ciencia, por un lado, y el ejercicio democrático del deber-derecho, respectivamente, por el otro. En ambas instancias, tuvimos la clara percepción del crecimiento de la Profesión y de la Institución, con la convicción de que estos hechos acompañaron el ininterrumpido camino hacia la jerarquización.

A su vez, nuestros canales de comunicación alcanzan hoy un nivel de eficiencia y eficacia que, por fin, el matriculado mucho valora y que se evidencia en intervenciones, consultas, aportes y comentarios.

La Revista Científica contiene artículos de rigor científico, evaluados por un Tribunal altamente calificado y revisados y corregidos rigurosamente, que recorren caminos de ida y vuelta con el equipo y el autor, brindando oportunidades de mejorar su producción con tutorías y tendiendo puentes de diálogo e intercambio fructíferos. Sin embargo, es en este valioso canal de comunicación que no encontramos la respuesta masiva que anhelamos para publicar el resultado de las variadas evidencias teórico-prácticas, para propiciar un ejercicio insustituible de reflexión en torno al análisis de los problemas, para la evaluación de sus características, para su resolución y para constatar la efectividad e idoneidad de un proceso que permite avanzar en el conocimiento y crecer en el saber compartido.

Nos preguntamos entonces: ¿conoce el matriculado el valor de publicar en un medio calificado como este?, ¿le interesa compartir sus valiosos saberes con los pares?, ¿lo asusta el nivel de proyección que tiene la Re-

vista a nivel provincial, nacional y hasta nos animaríamos a decir, internacional? Lo dicho, puesto en actos: en este ejemplar publica una colega colombiana.

Muchas son las preguntas que nos hacemos y la más importante de ellas: ¿Interesa al colega este compendio de conocimientos? A pesar de ignorar las respuestas, nos satisface expresar el beneplácito que, como equipo de trabajo, nos genera la producción y edición de cada número de esta Revista.

Con el fin de compartir la reflexión acerca de nuestra voluntad de que todos los colegas tengan el deseo y la oportunidad de publicar en la Revista Científica de la Regional La Plata, estamos planificando implementar un Curso de Metodología de la Investigación. Esto permitirá propender al acceso del avance del estado del arte de una Ciencia que hoy nos propone profesionales con formación continua, con mayor nivel de actualización y con acceso a fuentes calificadas. Eso es una parte de lo que nuestra Revista Científica persigue.

Dado que la producción científica constituye un factor clave para el intercambio y la discusión e implica inexorablemente la jerarquización, pretendemos que la Fonoaudiología no sólo sea reconocida por su quehacer profesional, sino por el ser Profesional de quienes integramos esta querida comunidad.

Sea esta editorial una franca invitación a compartir ciencia PUBLICANDO.

Cordialmente,

Lic. María Alejandra Morchón

Presidente Colegio Regional La Plata

Lic. Irene Fernández

Directora General de la Revista Científica

Staff

Edición N° 3

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.

Directora General

Lic. Irene Beatriz Fernández

Secretario de Redacción

Trad. Publ. Raúl Carranza

Editor responsable

Consejo Directivo

Presidente

Lic. María Alejandra Morchón

Vicepresidente

Lic. Ana María Uriarte

Secretario General

Lic. Laura Elizabeth Flores

Tesorero

Lic. Silvia Edith Moszenberg

1° vocal titular

Lic. Irene Beatriz Fernández

2° vocal titular

Lic. Claudia Edith Díaz

3° vocal titular

Lic. Gabriela Josefina Domínguez

1° vocal suplente

Lic. María Elena Aguilera

2° vocal suplente

Lic. María Silvia Cesanelli

3° vocal suplente

Lic. Gabriela Cecilia Medina

Tribunal de ética

Titular: Lic. Nora Beatriz Dumm

Suplente: Lic. Marta Alicia Hongay

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

Lic. María Rosa Alfaro.

Dra. María del Carmen Campos.

Lic. Claudia Díaz.

Lic. María Elsa Echave.

Lic. Lucía Infante.

Revisión

Lic. Gabriela Domínguez.

Lic. María Elena Aguilera.

Producción General

AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicaciòn

Impresión

Arte Gráfica Nesdan SRL.

"Registro DNDA en trámite".

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

Sumario



**Lenguaje interior y el ensamble semiótico
en la conciencia individual**

de la Dra. Patricia Vázquez Fernández

4



Análisis descriptivo de una población de pacientes con barra cricofaríngea y alteraciones de la función deglutoria

De las Lics. Yanina Rodó y María Paula Timpone

Experiencia en salud y estética vocal con personas trans

De la Virginia Zangroniz

13

Intervención fonoaudiológica inicial en disfagia por secuelas de resección de cáncer escamocelular de amígdala palatina

De las Fgas. Ana Catalina Bolaños
Diana María Irurita
Ximena Peláez López
María Esperanza Sastoque H.

3er Congreso Provincial de Fonoaudiología

Opinión La Fonoaudiología hoy
Por la Lic. Mónica Dudok

19

24

32

35

Trabajo Científico N° 1

LENGUAJE INTERIOR Y EL ENSAMBLE SEMIÓTICO EN LA CONCIENCIA INDIVIDUAL

Dra. Patricia Vazquez Fernández

Directora y Docente del Doctorado en Fonoaudiología de la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA). A su vez, es investigadora.

NDN Buenos Aires; Laboratorio de Investigaciones Fonoaudiológicas del Doctorado en Fonoaudiología-UMSA

Resumen:

Partiendo de la vinculación entre imaginación, identificación y la interacción con las herramientas culturales y los sistemas simbólicos para producir aprendizaje, instalados desde una perspectiva teórica vigotskiana, los fonoaudiólogos diariamente somos testigos de que la lengua comunitaria o social requiere de un ensamble semiótico con el lenguaje interior para transformarse en un instrumento consistente del pensamiento. De allí que este trabajo se enfoque en los aspectos teóricos relativos a tal operación semiótica.

Palabras claves: Lenguaje interior – Semiótica – Teoría socio-histórica – Mente - Pensamiento.

Abstract:

Based on the link that exists between imagination, identification and interaction with the cultural tools and the symbolic systems to produce learning, and seen from a Vygotskian theoretical perspective, we, speech & language therapists, witness, on a daily basis, that the social language needs a semiotic assembly with inner speech in order to become a sound instrument of thought. Hence this article focuses on theoretical issues relative to this semiotic operation.

Keywords: Inner language – Semiotics – Socio-historical theory – Mind - Thought

Introducción:

La perspectiva vigotskiana, en tanto sociohistórica, considera que el desarrollo de la conciencia humana se halla conectado íntimamente con el del lenguaje de origen social y cultural.

Cuando Vygotski se refiere a la conciencia reflejada en la palabra, lo hace a través de una imagen de gran poesía: la conciencia se refleja en la palabra como el sol se refleja en una gota de agua. La palabra, plena de significado, es un microcosmo de conciencia humana (Vygotski, 2006). Esta línea de pensamiento guarda relación con la formulación del desarrollo del pensamiento expuesta por la escuela rusa del lenguaje, en la que la internalización de la lengua egocéntrica potencia el desarrollo del pensamiento verbal. Por ello, la identificación de la lengua con el pensamiento verbal requiere del desarrollo de lenguaje interior (LI).

Ya en la década de los '80, Azcoaga (1990) propuso atribuir a un sistema de algoritmos el pasaje de la carga de significados al pensamiento verbal. En ese sentido, el análisis de tal componente del lenguaje interior permitiría iluminar un aspecto formal de la conciencia humana.

Se propone, dentro de los límites de esta teoría, una dependencia entre el pensamiento verbal y el desarrollo del lenguaje interior. De allí el interés por analizar las características semánticas de la lengua interiorizada en tanto *"microcosmo de la conciencia humana"*. Al respecto se consideran tres características semánticas básicas, interconectadas:

(a) el sentido de la palabra predomina por sobre el significado. El sentido es un agregado experiencial de naturaleza psicológica que emerge en nuestra conciencia como resultado de "pensar" una palabra dada. El sentido es una formación dinámica, con zonas de estabilidad diferentes; el significado es una de esas regiones, la más estable y precisa. Mientras que el sentido varía de acuerdo a los diferentes contextos, el significado permanece inalterable, más allá de los cambios de sentido que aparezcan en los distintos escenarios.

Así, puede encontrarse una relación de mayor independencia entre una palabra y su sentido, a diferencia de lo que sucede entre un significante y su significado, de modo tal que a nivel de interiorización de la lengua operaría una mutua conexión entre los sentidos atribuidos a las palabras-contenido de la lengua egocéntrica.

(b) la aglutinación de la unidad semántica y (c) la

influencia del sentido son los otros dos aspectos a destacar. El primero se refiere a una forma de unificar algunas palabras que designan una idea simple, dentro de una palabra compuesta que expresará un concepto complejo. Despojado de sonido y de sintaxis, la operación fundamental del lenguaje interior se torna la de otorgar sentido global e integrado.

Intersubjetividad y lenguaje interior

Cuando Bruner (2004, 2007) menciona² "un oscuro pero importante ámbito [...] llamado 'intersubjetividad, que facilita el acceso que, como humanos, tenemos a la mente de los demás", está aludiendo, desde el instrumentalismo, a un concepto esencial en el abordaje del LI.

Como seres humanos, tenemos la capacidad semiótica de resignificar señales, alterando su naturaleza radicalmente, insuflándole el principio simbólico vital de la *representación*. Hay, además, un segundo nivel de actividad semiótica, emparentada con la capacidad para atribuir al otro la capacidad de generar un mensaje que entenderemos y de comprender lo que expresaremos. Los partidarios de la Teoría de la Mente (en adelante: ToM; Baron Cohen, 1988, 1999), aluden, en ese sentido, a que la intersubjetividad es el fenómeno que permite a las personas desarrollar la capacidad para identificar, suponer, imaginar, representarse los pensamientos, intenciones, creencias y estados mentales de los otros hombres.

Desde la disciplina fonoaudiológica, la intersubjetividad es considerada uno de los requisitos protolingüísticos que deben estar presentes en el niño para que éste acceda a adquirir las pautas de la lengua hablada en su medio. Así, la atención compartida, a través del direccionamiento de la mirada hacia un foco en común con el interlocutor, comienza a registrarse en el primer año de vida, y asegura su disposición a participar del juego dialógico (gestual, verbal).

Vygotski plantea un acceso a la subjetividad del Otro a través de la convergencia de la motivación socio-cultural para establecer comunicación con los demás. Ahora bien, la referencia bruneriana a Trevarthen no es vana. Éste ha brindado un acercamiento teórico de alta especificidad relativo a la formación de la intersubjetividad en el niño, en especial en lo relativo a la primera regulación del dominio interlocutivo entre madre e hijo durante los primeros meses de vida. El bebé se comporta como si intuyese que en los gestos de su madre hay una intención de

² Quien originariamente empleó esa adjetivación fue Colwyn Trevarthen en el capítulo "Instincts for human understanding and for cultural cooperation: their development in infancy" en: M. Von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies y D. Ploog (comp), *Human Ethology: claims and limits of a new discipline*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

transmitirle algo que le será de ayuda (en su vida psicológica, social, cultural, física, no importa el orden del que se trate). Hay, además, una “gran predisposición” (Trevvarthen y Aitken, 2001) a ingresar en la sintonía de esa persona que deliberadamente busca su atención. En terapia de la comunicación humana, se lo denomina “poseer ánimo comunicativo”, y suele ser la propiedad que garantiza el establecimiento de vínculos de conexión básicos con el Otro (vg: claramente ausentes en los sujetos del espectro autista).

Quizás haya sido el propio Bruner (2004) quien llevase al territorio del descubrimiento la idea del andamiaje materno inicial al proceso de adquisición de la lengua y desarrollo del lenguaje, el cual adquiere resonancias propias. En su estudio, Bruner comprobó que la madre entabla una relación de interacción con su hijo, durable y conformada por actividades en apariencia reiterativas, verdaderas rutinas altamente estructuradas, en las que aquélla establece pequeños *formatos* o formas prototípicas de intercambio comunicativo con su hijo.

En estos formatos, la madre emplea el lenguaje inicialmente asegurándose que la mirada de su niño esté direccionada hacia ella, de modo de contar con un flujo atencional inicial. Suele realizar, por ejemplo, verdaderos ejercicios de lectura en conjunto, en los que *repetirá sus intervenciones con regularidad* sostenida. Así, preguntará siempre en una secuencia regular, “vocativo, pregunta, rótulo, confirmación”. Lo interesante de sus hallazgos fue el descubrimiento del ajuste paulatino que practicaban las madres en su desempeño: tan pronto notaban que su hijo era capaz de asumir por sí mismo una parte de la tarea (vg. la nominación), delegaban esa parte de la labor en él, al tiempo que elevaban la demanda en el desempeño de una nueva faceta del intercambio. Ilustra Bruner (2004): “ella [la madre] permanece siempre en el límite creciente de la competencia del niño”.

Y es, justamente, la percepción de que el proceso adquisitivo de la lengua demanda del niño hacia el adulto criador una dosis creciente de estimulación dinámica, ajustada a las potencialidades particulares de cada uno, lo que subraya el componente netamente *humano* de esta empresa.

El lenguaje interior y la función autorreguladora de la conducta

Díaz y Frauenglass (1985) también comulgan con la idea de un lenguaje interior de gran dinamismo,

pero enfatizan un aspecto único de éste: la función autorreguladora del habla interiorizada infantil. Zivin (1979) aludió a los propósitos de guiar la ejecución cognitiva y de regular la conducta social, como las metas esenciales del LI. El habla privada representa, en términos vygotskianos, el intento del niño por usar el lenguaje no sólo como el instrumento de pensamiento sino como un dispositivo de planificación, guía y dirección de la actividad en la solución de problemas.

En el derrotero cronológico del proceso de interiorización, inicialmente se observa un pensamiento sin lenguaje y una lengua sin ideación, es un momento inicial sincrético, en el que no existen límites netos en el universo perceptivo-presimbólico. Se instala luego el sujeto en una etapa de psicología nativa, en la que requiere de apoyos concretos, externos al mundo ideatorio puro, (vg: el niño que requiere hacer el gesto de sorber la sopa con una cuchara imaginaria para inferir cuál es la mano diestra).

Paulatinamente, su pensamiento se irá infiltrando de sentido simbólico, y será capaz de proceder sólo por ideación pura, sin requerir proyecciones motoras para plantear una idea. Alrededor de los 3 años, el niño comienza a manifestarse verbalmente en voz alta cuando se enfrenta a tareas de gran demanda cognitiva.

Así, es frecuente escuchar los llamados monólogos autodirigidos, emitidos en voz alta, aun en presencia de terceros, pero sin ser totalmente consciente de ello. Inicialmente, esta lengua egocéntrica en proceso de ser interiorizada, alude exclusivamente a la acción en curso, esto es: hace referencia exclusivamente acompañando la acción motora del sujeto, dando un guión verbal inconsciente a lo que está ejecutando (vg: dos niños juegan con bloques de madera en el jardín de infantes, y uno de ellos susurra: “*este vacá, ahora, éste no... te caigas..., así, queate bien en tode paa-da*” Juan Pablo, 3;9 a [este va acá, éste, no-te-caigas-así, quedate bien en torre parada]). Lentamente, se observa que el discurso exteriorizado hace referencia no ya a lo que está teniendo lugar sino a lo que se planifica acometer.

El habla privada o lenguaje interior adquiere gradualmente las funciones de orientar, planificar y guiar las acciones del niño, funciones que caracterizan el pensamiento verbal humano. Esta lengua egocéntrica así exteriorizada fue considerada por Vygotski como una transición entre el lenguaje vocal y el LI, y surge en el momento en que el lenguaje y el pensamiento

se integran para constituir el pensamiento verbal. El habla egocéntrica acaba por desaparecer como tal, a veces transita una etapa de murmullo ininteligible, sostenido un tiempo más.

La transformación que opera entre habla egocéntrica autodirigida y habla interiorizada es la que posibilitará contar con un pensamiento vertebrado a partir de contenido simbólico puro. De allí las amplias posibilidades que se abren al niño para acceder a la idea superior, al lenguaje formulado creativamente, sin ligazones parásitas con la sintaxis próxima.

Una línea crítica hacia la posición vygotskiana irrumpió a principios de la década del '80 (Fuson, 1979; Goodman, 1981) e intentó desvirtuar el sentido de la producción de habla egocéntrica como reguladora de la actividad mental. Para ello, hacían hincapié en que había ausencia de correlación positiva entre éxito en las tareas y cantidad de habla privada (Dickie, 1977).

Tanto la producción de habla privada como la probabilidad de error están en función de la dificultad de la tarea; el LI coincide más a menudo con los errores en las tareas que con las ejecuciones exitosas. Justamente, ante tareas de gran demanda cognitiva, el niño exterioriza su razonamiento, verbalizándolo sin intención de ser oído por otros; de hecho, se sorprende cuando se le hace notar tal eventualidad (Morin, 1993; Manfra y Winsler, 2007).

Y es también sensato considerar que, ante tareas de complejidad cognitiva, la probabilidad de cometer errores sea mayor. Por ello, la asociación LI y errores de ejecución en tareas difíciles, lejos de verse como un contrasentido, debería analizarse como una contextualización de la emergencia natural del LI. En el estudio de Díaz y Frauenglass (op cit), se buscó ex profeso evitar la aparición del artefacto del paradigma utilizado en las investigaciones de la época, en las que se trabajaba con material como rompecabezas, laberintos o dibujos con cubos, tareas no verbales, en las que el niño asumía que él debía restringir su expresión.

De allí que los autores aconsejan el empleo de tareas de clasificación de objetos o figuras y ordenamiento de historietas pues éstas tienden a elicitar más habla egocéntrica que las tareas perceptivas.

La clasificación es una tarea que suele resolverse mediante las dimensiones semánticas y, por lo tanto, resultan facilitadas por el uso del lenguaje.

Acerca de la naturaleza del dispositivo genético-modelador en la investigación del LI

En la teoría sociohistórica, el LI aparece como un dispositivo en el que se amalgaman las pautas culturales de la comunidad de crianza del sujeto y la ontogénesis semiótica que le cabe en tanto ser humano. El sistema de signos y símbolos adquiridos a través del influjo sociocultural de la lengua materna irá madurando conforme el niño también lo haga, y operará el pasaje transformativo de lengua a lenguaje formulado creativamente, con la posesión de la germinatividad semiótica plena.

Existe, también, una tendencia a considerar que el LI puede ser *entrenado*³, para hacer de él un mediador que facilite la autorregulación de la conducta⁴. Básicamente, se trata de considerar el principio de que a través del habla interiorizada, el niño puede hacerse cargo e internalizar las funciones regulatorias impuestas por los adultos, facilitando la progresión de interacciones de aprendizaje mediadas socialmente a un funcionamiento autónomo y autorregulado cognitivamente.

Esta idea, que roza el entrenamiento condicionante en su esencia, está lejos de entender el sentido vygotskiano de la función autorregulante del LI en el niño. No se entrena un proceso que debe generarse por sí mismo, a partir de la maduración matricial de los subsistemas lingüísticos. Como el LI es en sí mismo un instrumento para la autorregulación, emerge espontáneamente cuando una tarea dada demanda el uso de operaciones ejecutivas por sobre las de tipo rutinario o automatizado.

Varias son las críticas que este tipo de recurso ha ido ganando a lo largo del tiempo, y pueden condensarse en las tres observaciones siguientes: (a) se asume erróneamente que los niños con requerimientos específicos de enseñanza carecen o tienen un uso deficitario del LI. Cuando se registra ausencia de LI, el sujeto no ha alcanzado el grado de desarrollo semiótico necesario para adquirir la lengua que se habla en su lugar de crianza.

Debe sopesarse, entonces, primariamente, la existencia de los precursores lingüísticos en ese niño: la atención sostenida y compartida, un desarrollo suficiente de la intersubjetividad y la capacidad de atender al estímulo verbal diferenciadamente del sonoro sin carga lingüística. Estos precursores construyen

³ En especial en el amplio espectro conformado por los niños otrora conocidos como "con necesidades educativas especiales (NEE)".

⁴ Díaz, Neal y Amaya-Williams, 1990 han reunido un interesante registro de tales prácticas, no superado en su detallada extensión por otro trabajo a la fecha, de acuerdo a la revisión bibliográfica practicada

el protolenguaje y, como tales, deben estar presentes en el primer año de vida, en la etapa preverbal. Se entenderá que su ausencia requiere estimulación para favorecer su desarrollo; no se trata de entrenar en ninguna disciplina. (b) se presupone que el modelado del uso de verbalizaciones a modo de pseudolengua egocéntrica en vías de internalización por parte de un adulto, redundará en el uso espontáneo del LI en los niños que cursan trayectos en la modalidad especial o acceden a experiencias de inclusión escolar.

Favorecer la repetición de frases ilustrativas que responden al guionado de la acción que está siendo desarrollada no equivale a que el niño emplee su lengua egocéntrica. La misma, por su peculiar naturaleza, comparte el consensuado "lexicon" social y una dimensión personalísima, que es única de cada ser, y que se relaciona específicamente con el nivel de ideación simbólica creciente que irá demandando su empleo de acuerdo a las propias necesidades.

Se infiere de ello que el suministro de un guión externo a las necesidades internas de ideación simbólica del niño se convierte en un mero ejercicio de naturaleza articulatoria, o quizás, hasta mnésico, pero no alcanza a estimular el tránsito ideativo privado del sujeto. (c) Finalmente, quizás el más paradójico de los tres puntos críticos, corresponde considerar que instruir a un niño para que emplee verbalizaciones referidas a la tarea que tiene entre manos equivale a potenciar el ordenamiento del pensamiento, omitir tomar en cuenta la dinámica y compleja relación entre LI y la maestría que el niño va ganando en la resolución de una tarea inicialmente altamente demandante cognitivamente.

Cuando los procesos cognitivos están afiatados, como consecuencia de la maduración que ha operado sobre ellos, un niño no exhibe verbalizaciones de lengua egocéntrica en camino a internalizarse como LI. No lo necesita.

De hecho, hablar a pedido de un tercero cuando se enfrenta a una tarea sobre la que está ganando cierta competencia en su resolución, se convierte en un factor interferente de la acción psicomotora e ideacional.

El docente que insta recursivamente al niño para que cuente lo que hace mientras lo está haciendo termina por convertirse en un distractor que obtura el camino a la autorreflexión simbólica que podría estar teniendo lugar por la vía natural, no interferida.

Principios de la perspectiva epistemológica de las ondas solapadas y lenguaje

Tradicionalmente, ha primado en la concepción científica del desarrollo epistemológico la metáfora de la escalera (Robbie Case, 1992, 2011) para explicar que los niños piensan de un modo determinado durante un período de tiempo extenso y luego su pensamiento transita un súbito cambio en dirección ascendente, que será seguido por otra permutación repentina y superior, que determinará que piensen de un modo diferente al anterior.

Estas inferencias de Case, lejos de emplear puramente el método clínico piagetiano, se basaron en los hallazgos a través de repetidas pruebas ejecutadas por muchos sujetos. Han sido, en realidad, análisis microgenéticos, que emplearon una estrategia de uso evaluada a través de una base de ensayo por ensayo que permitió un examen más delicado de los procesos de cambio.

Entre estos hallazgos, sin duda los más sorprendentes han resultado ser que, más allá de que las pruebas involucrasen actividades tan disímiles como razonamiento, memoria, lenguaje, atención o motricidad y, a pesar de que el rango etario de los sujetos no se hubiese circunscripto a una delimitación única (pues hay trabajos con muestras de infantes, preescolares, escolares de primaria y adolescentes), los sujetos han demostrado que utilizan una amplia variedad de estrategias embarcados en la resolución de una tarea, aun cuando comparten un mismo rango de edad y nivel de desarrollo (Kuhn, García-Mila, Zohar y Andersen, 1995; Granott, 1998; Alibali y Goldin Meadow, 1993; Miller y Aloise-Young, 1996, Thornton, 1999).

Las estrategias más antiguas y más primitivas no son desechadas a pesar de contar con otras superadoras y nuevas: el niño continúa alternando su uso durante períodos extensos, en una suerte de solapamientos ondulantes (Siegler, 2002).

Si bien el empleo de una multiplicidad de estrategias frente a un mismo problema por parte de un mismo niño puede llegar a inferir cierta cuota de comportamiento azaroso, en realidad, tal como lo proba Adolph (1997) en su trabajo sobre motricidad del niño pequeño y Chen y Siegler, posteriormente (2000), los niños seleccionan sus estrategias en función de la adaptabilidad (vg: Adolph muestra cómo

los niños que no tenían experiencia en el desplazamiento a través de rampas, solían ajustar sus estrategias a la pendiente o angulación de éstas; de modo que elegían estrategias de desplazamiento rápido y eventualmente más riesgoso, en las rampas de poca angulación, mientras que seguían estrategias de desplazamiento más lento y seguro en las de gran inclinación. Adolph (op cit) comprobó que, con el tiempo, los niños más grandes seguían empleando estrategias elegidas en función de la adaptación que éstas ofrecían al terreno a recorrer, así los ajustes que operaban sobre ellas eran de calibrado fino.

El desarrollo estratégico respondería así a la representación de las ondas solapadas en el uso. La frecuencia relativa de empleo de cada una de las estrategias cambia. Algunas se vuelven menos frecuentes, otras lo son más, algunas se vuelven más frecuentes para luego decaer en su uso y otras nunca se vuelven muy frecuentes. Por otra parte, más allá de estos cambios en las frecuencias relativas de empleo de las estrategias, el niño descubrirá otras nuevas, y algunas más viejas dejarán de emplearse definitivamente.

Esta perspectiva del solapamiento de ondas aplicado al desarrollo estratégico intenta primar por sobre aquella de la metáfora de la escalera. En la actualidad, se considera que el uso de estrategias cognitivas está lejos de seguir un derrotero lineal interrumpido por cambios bruscos; antes bien parece adecuarse al principio de variabilidad y coexistencia de varios tipos de recursos, bajo el uso imperativo de la selección según la adaptabilidad que cada uno represente al usuario (vg: los niños que parecen haber alcanzado la constancia de sustancia pero abruptamente parecen “regresar” a niveles estratégicos más primitivos, demostrando que también emplean criterios estratégicos basados en la longitud o en la disposición espacial de los elementos). La perspectiva de las ondas solapadas se focaliza en el descubrimiento de los nuevos intentos que produce el sujeto en pos de realizar satisfactoriamente una tarea.

De la lengua al lenguaje

Lengua y lenguaje son dos entidades lingüísticas bien diferenciadas en el universo fonoaudiológico. Mientras la primera es el conjunto de signos y símbolos inicialmente adquiridos por influjo social, el segundo es el fenómeno biopsicosocial por el cual el sujeto desarrolla un conjunto de signos y símbolos para comunicarse con los demás y consigo mismo, que opera sobre un desarrollo suficiente de las ba-

ses neurológicas, perceptivas y psíquicas, según la ajustada definición quirosiana. Así, mientras la lengua se configura como el idioma con el que se dan a entender entre sí los miembros de una comunidad lingüística (no necesariamente geográficamente estreñida a límites concretos), el lenguaje se asume como una instancia superior, que abarca a aquélla, pero que además permite la formulación simbólica creativa e innovativa. El lenguaje, como tal, no reconoce fronteras, pues pertenece al Hombre, como uno de sus principales atributos que se profesan de su naturaleza única.

Es por ello que cuando la lengua comunitaria lleva ya varios años siendo empleada por el niño LN, comenzará a desarrollarse un fenómeno conocido como el pasaje de lengua a lenguaje. Se trata de un momento crítico en el desarrollo semiótico del sujeto, y, no todos los niños lo alcanzan. Es, quizás, el más específico de los filtros a los que se puede someter el proceso de maduración neuropsicolingüística del niño.

Cuando el niño LN se aproxima al período de los 4;6 – 5 años, comienzan a observarse algunos cambios sutiles en el juego expresivo-comprensivo, que anuncian la nueva disposición simbólica, que suele consolidarse hacia los 8 años. El sujeto será capaz de elaboraciones metalingüísticas, podrá reflexionar sobre la naturaleza y uso de su aparato semiótico, y ello habilitará el aprendizaje del lenguaje lecto-escrito. Ello sólo es posible cuando, previamente, a partir de los 3 años, el niño ha ido internalizando la lengua egocéntrica, de modo tal de contar con una verdadera identificación de lengua con pensamiento al momento de iniciar el pasaje.

La ausencia de lenguaje interior dificulta el proceso del pasaje, el niño no es capaz de valerse con autonomía lingüística, queda preso de las pautas discursivas contextuales, no es capaz de generar propositivamente con creatividad ni innovación.

A nivel educativo, es un sujeto que realiza lectoescritura, una suerte de mueca gimnástica psicomotora y oral, que no alcanza a ser una herramienta semiótica, pues no está edificada sobre el lenguaje, de allí la aparición de dificultades en la comprensión de lo leído, fallas disortográficas a nivel escritural, desarrollándose un cuadro conocido como discapacidad primaria del aprendizaje, de base lingüística. El lenguaje es el medio del que se vale la escuela para transmitir los contenidos y, generalmente, se asume que, por la simple razón de que el niño hable y es-

cucho, podrá generar estructuras discursivas complejas y comprender otras del mismo tipo. Hablar el idioma de una comunidad no equivale a poder generar lingüísticamente un producto de consistencia semiótica. Escuchar, por su parte, tampoco implica comprender. Las operaciones cognitivas exigen una integración superior a la del nivel asociativo perceptual de aquellas instancias.

Cuando se plantea la labor educativa en la modalidad de integración a la escuela común en los niños que padecen un trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL), se lo hace asumiendo que la perturbación lingüística es del plano verbal o del receptivo. La experiencia forjada en la clínica neurolingüística de estos niños señala que tal suposición es persistente, y, a pesar de no cursar este cuadro con retardo mental, (por ser uno de los elementos excluyentes según la definición vigente en la comunidad científica), la realidad es que las dificultades derivadas de la falla matricial semiótica son tomadas erróneamente por meras alteraciones pseudoperceptuales⁵.

Ha sido reportado en la bibliografía del área que aun cuando los niños de LN de 4 años pueden no demostrar una comprensión del lenguaje interior (Flavell, Green, Flavell y Lin, 1999; Flavell y Miller, 1998 y Flavell, Green, Flavell y Grossman, 1997), la extensa investigación sobre teoría de la mente o habilidad para inferir los estados mentales de los otros (vg: deseos, creencias, emociones), las habilidades mentales experimentan un impulso entre el cuarto y quinto año, en consonancia con otro proceso en el plano verbal: el pasaje madurativo de lengua a lenguaje.

Según Flavell y Lin (1999), la conciencia de que la gente posee habilidades para pensar debe estar relacionado con la conciencia y uso del lenguaje interior como una nueva herramienta de pensamiento verbal. En tal sentido, es interesante notar que Berk (1992) refiere que sólo los niños de mayor desarrollo lingüístico emplean expresiones monológicas de lenguaje interior a los 4 años, carentes de direccionamiento hacia un interlocutor verbal cierto. Es de notar que en la relación planteada por Berk (op cit) se expresa la condición de mayor desarrollo lingüístico previo como elemento necesario para que opere la internalización de la lengua. De ello se infiere que, en los sujetos con severa afectación matricial semiótica como los TEDL, tal eventualidad no opera.

En el espectro TEDL, algunos niños generarán palabra y otros, en una proporción muy restringida, no

alcanzarán a hacerlo. Para estos últimos, se suelen destinar esfuerzos en establecer un sistema alternativo de comunicación, generalmente a través de comunicadores protésicos, manuales o electrónicos. No redundará recordar que, al no existir injuria intelectual ni perceptual, estos niños aprenden con relativa rapidez a comunicarse libremente valiéndose de estas ayudas terapéuticas.

El desarrollo verbal en estos sujetos permanece en el nivel de lengua o lingua, esto es, un discurso auxiliado permanentemente por la sintaxis provista por el contexto sociolingüístico, carente de creatividad y sin alcanzar verdadera formulación creativa, con innovación en las estructuras discursivas (vg: se trata de discursos estructurados a partir de frases hechas, que calcan la estructura sintáctica de los enunciados que son producidos en su contexto vital).

Estos niños se condenan, así, a no poder reflexionar sobre la lógica de los enunciados, sobre las inferencias, anáforas, metáforas que reciba a través del mensaje de sus ocasionales interlocutores (personas, textos escritos, letra de canciones, etc). No existe estadística sobre el particular, es éste un aspecto que suele pasar desapercibido en los registros evaluativos escolares (Roy y Chiat, 2008).

⁵ En Al respecto, esta autora recuerda el caso de JP, TEDL quien a los 8 años fue admitido en 1er grado en modalidad de integración en una escuela de provincia de Buenos Aires, autotitulada experta en la educación de niños con requerimientos educativos de ese tipo, y, donde tras una semana de clases, la psicopedagoga y la psicóloga de la institución citaron a los padres del niño para indicarles la necesidad de equiparlo con un audífono (!)... pues algo le pasaba a su hijo, que parecía no entender lo que se le decía. Lamentablemente, falsas creencias de este tipo persisten en el equipo docente-técnico involucrado con la integración escolar de los niños con perturbaciones primarias del desarrollo del lenguaje

Bibliografía:

1. Adolph, K., "Learning in the development of infant locomotion" *Research in Child Development*, 1997, 62. Serie 251.
2. Alibali, M., y Goldin-Meadow, S., "Gesture-speech mismatch and mechanisms of learning: What the hands reveal about a child's state of mind. *Cognitive Psychology*, 1993, 25, 468-523.
3. Azcoaga, J. Pensamiento verbal. Buenos Aires: El Ateneo, ed 1990.
4. Baron-Cohen, S., Without a theory of mind one cannot participate in a conversation. *Cognition*, 1988, 29, 83-84.
5. Baron-Cohen, S., "Evolution of a theory of mind?, en Corballis, M., y Lea, S. (eds) *The descent of mind: psychological perspectives on hominid evolution*. Oxford: Oxford University Press 1999
6. Berk, L., "Children's private speech: an overview of theory and the status of research. En R.M. Díaz y L. Berk (eds), *Private Speech: from social interaction to self-regulation*. Hillsdale: Erlbaum. 1992
7. Bruner, J., *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Visor. 2004.
8. Bruner, J., *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. España: Gedisa. 2007
9. Bruner, J. *El habla del niño*. Buenos Aires: Paidós. Ed. 2003.
10. Case, R., *The mind's staircase: exploring the conceptual underpinnings of children's thought and knowledge*. Nueva Jersey: Erlbaum, 1999. ed 2011.
11. Chen, Z. y Siegler, R., "Across the great divide: bridging the gap between understanding of toddlers' and older children's thinking". *Research in Child Development*, 2000, 65, 2. Serie 261.
12. Díaz, R., y Frauenglass, M., "Self-regulatory functions of children's private speech: a critical analysis of recent challenges to Vygotsky's theory", *Developmental Psychology*, 1985, 21, 2, 357-364.
13. Díaz, R., Winsler, A., Atencio, D., y Harbers, K., "Mediation of self-regulation through the use of private speech", *Int Jnl of Cognitive Education & Mediated Learning*, vol 2, N°2, 1992, 155-166.
14. Dickie, J. "Private speech: the effects of presence of others, task and intrapersonal variables" *Diss Abst Int*, 1973:34, 310-324.
15. Flavell, J.H., Green, F.L., Flavell, E.R., & Grossman, J.B., "The development of children's knowledge about inner speech." *Child Development*, 1997, 68, 39-47.
16. Flavell, J.H., Green, F.L., Flavell, E.R., & Lin, N.T. Development of children's knowledge about unconsciousness. *Child Development*, 1999, 70, 396-412.
17. Flavell, J.H., & Miller, P.H., "Social cognition". En W. Damon (Ed.), D. Kuhn & R.S. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology, Volume 2: Cognitive, perception, and language* (5th ed., pp. 851-898). New York: Wiley & Sons. 1998.
18. Fusson, K., "The development of self-regulating aspects of speech: a review" en G. Zivin (ed) *The development of self-regulation through private speech*. Nueva York: Wiley, 1979.
19. Goodman, S. "The integration of verbal and motor behavior in preschool children", *Child Development*, 1981, 52, 280-289.
20. Granott, N. "A paradigm shift in the study of development: Essay review of *Emerging Minds*, de R. S. Siegler" en *Human Development*, 1998, 41, 360-365.
21. Joffe, V., Cruice, M., Chiat, S., *Language Disorders in Children and Adults: New Issues in Research and Practice*. Nueva York: John Wiley & Sons, 2008
22. Kuhn, D., García-Mila, M., Zohar, A. y Andersen, C., "Strategies of knowledge acquisition" *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1995, 60, N° serie publicado 245.
23. Manfra L., y Winsler, A., "Preschool children's awareness of private speech", *International Journal of Behavioral Development*, 2006; 30; 537.
24. Miller, P., y Aloise-Young, P., "Preschooler's strategic behaviors and performance on a same-different task." *Journal of Experimental Child Psychology*, 1996, 60, 284-303.
25. Morin, A. (1993). "Self-talk and self-awareness: On the nature of the relation". *The Journal of Mind and Behavior*, 14, 223-234.
26. Roy, P. y Chiat, Sh. "Beyond outcomes: the importance of developmental pathways" en: *Language Disorders in Children and Adults: New Issues in Research and Practice*. Victoria Joffe, Madeline Cruice, Shula Chiat. Londres: John Wiley & Sons, Ltd., 2008.
27. Siegler, R., "Microgenetic studies of self-explanation" en Nira Granott y Jim Parziale (Eds) *Microdevelopment. Transition Processes in Development and Learning*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
28. Thornton, S., "Creating the conditions for cognitive change: The interaction between task structures and specific strategies. *Child Development*, 1999, 70, 588-603.
29. Trevarthen, C., "Instincts for human understanding and for cultural cooperation: their development in Infancy" en M. Von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies y D. Ploog (comp), *Human Ethology: claims and limits of a new discipline*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

30.Trevarthen, C. Y Aitken, K., "Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2001, 42: 3-48.

Vygotski, L., Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires: La Pleyade, ed 1989.

31.Zivin, G., The development of self-regulation through private speech. Nueva York: Wiley, 1979.

Trabajo Científico N° 2

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON BARRA CRICOFARÍNGEA Y ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN DEGLUTORIA

Lic. Rodó, Yanina

*Egresada de la Facultad de Medicina de la UBA
Residente de la Unidad de Fonoaudiología del HIGA
Gral. San Martín, La Plata.*

Lic. Timpone, María Paula

*Egresada de la Facultad de Medicina de la UBA
Jefa de Residentes de la Unidad de Fonoaudiología del
HIGA Gral. San Martín, La Plata.*

Resumen:

El músculo cricofaríngeo ubicado en la región faringo-esofágica es considerado, por diversos autores, como el componente principal y responsable de la máxima presión del esfínter esofágico superior (EES) y ejerce un importante rol en el pasaje del bolo alimenticio durante la deglución. Los cambios locales en el músculo cricofaríngeo caracterizados por la degeneración muscular, fibrosis, y/o estenosis se denominan comúnmente barra cricofaríngea que ocasiona disfagia de origen estructural o mecánica. Se presenta como una imagen hipodensa con impronta en dedo de guante en la pared posterior del músculo cricofaríngeo a la altura del tercio inferior del cartílago cricoides. El propósito del siguiente estudio es realizar un análisis retrospectivo y descriptivo de una muestra de 30 pacientes con hallazgo de barra cricofaríngea diagnosticada mediante videofluoroscopia de la deglución y correlacionar datos clínicos y videofluoroscópicos con los reportados en la bibliografía.

Palabras clave: Barra cricofaríngea, Disfagia, EES.

Abstract:

The cricopharyngeal muscle is situated in the pharyngeal-esophageal region and is described by a variety of authors as the main component and responsible for the high pressure of the upper esophageal sphincter (UES), taking an essential role in the flow of the alimentary bolus during swallowing. The local changes in the cricopharyngeal muscle characterized by the muscular degeneration, fibrosis and stenosis are commonly known as cricopharyngeal bar causing dysphagia of structural or mechanical origin. It is visualized as a hypodense image like a glove finger in the posterior cricopharyngeal muscle wall at the lower portion of the cricoid cartilage. The purpose of the following research is to carry out a retrospective and descriptive analysis of a sample of 30 patients with cricopharyngeal bar diagnosed by swallowing videofluoroscopy, establishing a correlation between the clinical aspects and the videofluoroscopic parameters with those reported in the literature.

Keywords: Cricopharyngeal bar, Dysphagia, UES.

Marco Teórico:

El músculo cricofaríngeo (CF) conforma al EES en su tercio inferior (Fig.1). Se encuentra en contracción permanente y se relaja durante la deglución, el eructo y el vómito. Es estructural, bioquímica y mecánicamente distinto del resto de los músculos faríngeos y esofágicos. Es tónicamente activo, tiene un alto grado de elasticidad, no desarrolla la máxima tensión en la longitud basal, y se compone de una mezcla de fibras de contracción lenta (Tipo 1) y rápida (Tipo 2). Estas características permiten que el CF mantenga un tono de reposo y que sea capaz al mismo tiempo de abrirse por fuerzas externas, tales como el paso del bolo, el movimiento hioideo y la excursión laríngea.

La innervación eferente del músculo CF se encuentra dividida bilateralmente, lo cual determina que cada mitad actúe como una unidad motora diferente. Es innervado por el plexo faríngeo, conformado principalmente por las ramas faríngea y laríngea superior, por el glossofaríngeo y por las fibras nerviosas simpáticas mediante los ganglios craneales cervicales. La rama laríngea inferior o recurrente del nervio vago contribuye al plexo desde abajo. El principal neurotransmisor de esta vía es la acetilcolina.

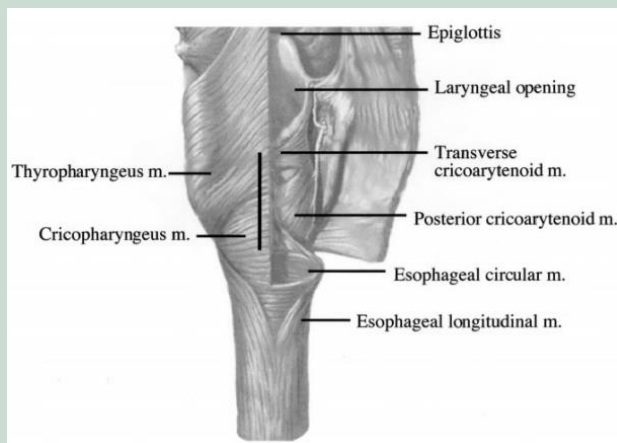


Fig. N°1: Vista dorsal de la musculatura faríngea. El músculo tirofaríngeo y el cricofaríngeo constituyen la pars oblicua y horizontal, ambos componentes del músculo constrictor faríngeo inferior, respectivamente. La barra vertical representa la extensión de la región del EES, zona de alta presión que se corresponde con la superficie posterior del cartílago cricoides y transversalmente con los músculos interaritenoides alrededor de este. Se evidencia que el músculo cricofaríngeo solo representa la porción inferior y el tirofaríngeo la parte superior del EES. (Modificado de la colección El CIBA de ilustraciones Médicas)

Los cuerpos celulares de las neuronas motoras inferiores (MNI) que innervan al CF se encuentran en el núcleo ambiguo. Estas neuronas se caracterizan por una amplia arborización dendrítica en la formación reticular adyacente con contactos sinápticos tanto excitatorios como inhibitorios, permitiendo el control reflejo del EES por diferentes vías aferentes. Los aferentes vagales faríngeos convergen en las neuronas premotoras del núcleo del tracto solitario y de allí se proyectan a las motoneuronas faríngeas del núcleo ambiguo (Fig.2).

Para el transporte normal del bolo hacia el esófago es necesaria la coordinación entre la apertura del EES y las fuerzas faríngeas de propulsión. Este complejo mecanismo es controlado por el centro generador de patrones deglutorios del tronco encefálico que determina las relaciones espacio-temporales de los diferentes eventos de la deglución, que incluyen el tiempo de relajación del EES.

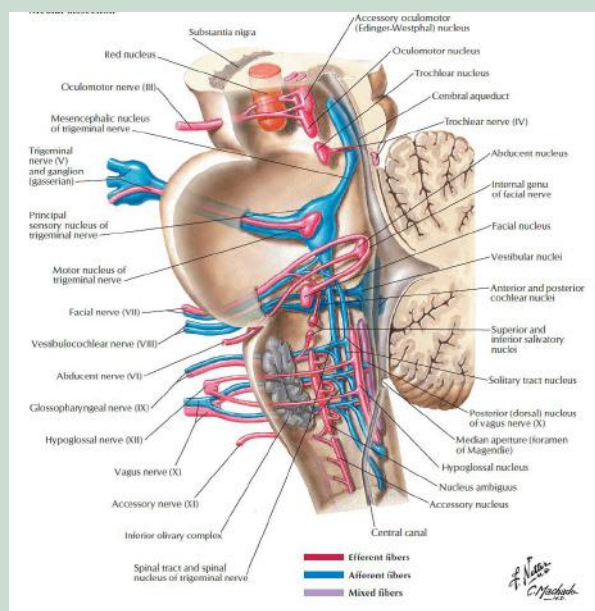


Fig. N° 2: Esquema de la ubicación de los nervios craneales que constituyen la vía aferente y eferente y de las estructuras del centro de integración comprendido a este nivel por el tronco encefálico.

El EES constituye una zona de alta presión, siendo su principal función la de permitir el paso de los alimentos hacia el esófago, evitar el reflujo a la vía aérea superior, y proteger a la faringe y vías respiratorias del contacto con el contenido esófago-gástrico. La zona del esfínter es oval y posee una configuración en C, encontrándose su presión máxima de reposo en el plano sagital o sentido anteroposterior. Si bien la mayor parte del tono del EES es de origen miogénico debido a la entrada neural tónica vagal,

un pequeño porcentaje corresponde a la presión intrínseca. El extremo superior de la zona de alta presión del EES está delimitado por la cara inferior de las cuerdas vocales. Es una estructura músculo-cartilaginosa cuya cara anterior está formada por la superficie posterior del cartílago cricoides y aritenoides y por los músculos interaritenoides en su parte superior. La cara posterior y lateral está conformada por el músculo cricofaríngeo en el tercio inferior (Fig1) y el tirofaríngeo en los dos tercios superiores. Este último constituye la pars oblicua del constrictor inferior de la faringe.

Cabe destacar la diferencia entre los términos relajación y apertura del EES. El primero hace referencia a un concepto fisiológico y manométrico caracterizado por la interrupción transitoria de la actividad neural con la consiguiente abolición del tono residual intrínseco. La apertura, en cambio, hace referencia a un concepto exclusivamente anatómico o radiológico. A partir del desencadenamiento del reflejo deglutorio, se producen los siguientes eventos que preceden a la apertura del EES:

1. Movilidad de ascenso laríngeo,
2. Movimiento anterior del hueso hioides,
3. Inhibición de la actividad vagal,
4. Inicio de la relajación manométrica del esfínter y
5. Movimiento anterior de la laringe.

La apertura completa del EES se produce entre 100-150 ms después de la relajación manométrica de los músculos cricofaríngeo y tirofaríngeo, cuando el movimiento de ascenso y adelantamiento del hioides y la laringe alcanzan su punto máximo. Esta movilidad junto con el acortamiento del músculo tirohioideo generan el movimiento anterior del cartílago cricoides abolviendo la presión restante dentro del EES y dando inicio a su relajación. Por otro lado, la presión ejercida por el bolo contribuye a la apertura máxima durante el pasaje.

Patrones de alteración del EES y del músculo cricofaríngeo

Se encuentran en la bibliografía diferentes clasificaciones de las alteraciones del EES.

Clavè P. et al. definen tres patrones de alteración en la apertura del EES:

1. Disminución en la apertura del EES: Característico en pacientes con enfermedades neurológicas o neurodegenerativas, es causado por insuficiente

propulsión del bolo, respuesta motora orofaríngea lenta, movimiento hioideo limitado. La relajación manométrica es normal.

2. Relajación neuromuscular incompleta del EES: Se observa en enfermedades neurológicas espásticas de origen neural y se caracteriza por severa demora o ausencia de reflejo deglutorio, movimiento hioideo limitado, propulsión débil del bolo y escasa relajación neuromuscular.

3. Alteraciones en la apertura del EES asociada a divertículo de Zenker y Barra Cricofaríngea: Respuesta motora orofaríngea normal, distensibilidad manométrica del esfínter reducida por fibrosis con presencia de tejido conectivo entre los haces musculares. Cook I.J. diferencia entre los desórdenes estructurales y los desórdenes de la función cricofaríngea. Dentro de los desórdenes estructurales se encuentran la barra cricofaríngea y el divertículo de Zenker. Considera desórdenes en la función a los casos de relajación incompleta que se acompañan de alteraciones en la etapa faríngea.

La barra CF se ubica en el tercio inferior de la pared posterior faríngea, a nivel del cartílago cricoides, siendo su localización en relación a las vértebras cervicales de carácter variable debido al movimiento de ascenso faríngeo durante la deglución. Sudiagnóstico se lleva a cabo mediante el estudio radiográfico utilizando la maniobra de Valsalva o durante pasaje del bolo contrastado por hipofaringe posterior al disparo del reflejo deglutorio. Curtis y Cols. realizaron un estudio de 618 sujetos seleccionados de manera aleatoria y reportaron presencia de barra CF en un 10.8% del total.

La patogénesis acerca de la barra CF ha sido controversial. Diversos autores han considerado a la barra como resultado de un espasmo, una hipertrofia o una hipertensión muscular. Otros han propuesto que representa una alteración en la relajación muscular del EES, denominándola acalasia cricofaríngea. Sin embargo, las presiones manométricas del EES son normales en estos pacientes.

Finalmente, se concluye que la disminución de la distensibilidad del músculo cricofaríngeo en esta patología se debe a cambios musculares caracterizados por la degeneración, fibrosis y estenosis del músculo CF. Autores como Crusey Cook han demostrado que se observan cambios miopáticos degenerativos y fibrosis en pacientes con barra cricofaríngea.

La marcada disminución en la apertura del músculo cricofaríngeo en pacientes con barra produce un aumento de la presión intrabolo a ese nivel, generando síntomas de obstrucción. Sin embargo, a pesar de la fisiología obstructiva, la tasa de flujo del bolo a través de la zona que presenta la barra cricofaríngea es normal. Dantas et al. proponen que esto se debe al aumento compensatorio en la contracción faríngea, que genera un incremento de la presión intrabolo, lo que explica por qué la mayoría de los pacientes con barra cricofaríngea aislada, por lo general, no refieren síntomas de disfagia. Su hallazgo debe proseguir de una minuciosa evaluación de posibles alteraciones concomitantes faringo-esofágicas como causa de la sintomatología.

El envejecimiento puede causar un retraso en la relajación del EES en relación con el pico contracción faríngea y una presión residual del EES más alta durante la relajación. La pérdida de motoneuronas en sujetos de edad avanzada provoca un fenómeno de hipertrofia compensatoria que puede verse acompañado por la aparición de tejido graso y conectivo, lo que puede estar en relación con la etiopatogenia de la barra cricofaríngea.

Intervención en cuadro de disfagia de origen mecánico por alteración del músculo cricofaríngeo.

La disfagia por disfunción del músculo CF puede impactar significativamente en la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento quirúrgico mediante realización miotomía transmucosa por medio de cirugía endoscópica con láser de CO2 es una de las posibilidades más comúnmente halladas en la bibliografía, principalmente en aquellos pacientes con documentación de barra cricofaríngea obstructiva, que muestran un incremento de la presión intrabolo y una disminución del rango de flujo en la manofluoroscopia. Otra opción sencilla con bajo riesgo de complicaciones es la realización de dilatación endoscópica con balón, aunque este procedimiento en la mayoría de los casos tiene efectos de corto plazo. En la actualidad, la inyección transcutánea de toxina botulínica representa una alternativa poco invasiva, de bajo costo y efectiva para la mejoría de la sintomatología de disfagia. Su aplicación disminuye el tono y la contracción activa del músculo CF por medio de la inhibición en la producción de acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular.

Maniobras y posturas compensatorias

Dentro del abordaje terapéutico fonoaudiológico, existen diversas maniobras y posturas cefálicas

compensatorias cuyo objetivo principal es lograr una deglución segura y eficaz que disminuye la sintomatología del paciente. Las técnicas de biofeedback, como la maniobra de Mendelson, que consisten en la prolongación volitiva de la movilidad de ascenso y anteroposterior laríngea durante el reflejo deglutorio, pueden prolongar la movilidad del hioides y la excursión laríngea y aumentar el tiempo de apertura del EES.

La postura compensatoria de giro cefálico mejora el grado de apertura del EES reduciendo la resistencia al pasaje del bolo sin modificar el tiempo de apertura o de tránsito orofaríngeo. Además, el incremento del volumen y la modificación en la consistencia del bolo puede favorecer y prolongar la apertura del EES.

Se ha demostrado que el aumento de la resistencia al pasaje del bolo a través del EES en los ancianos disminuye con ejercicios específicos dirigidos a fortalecer la musculatura suprahiodea, por el incremento de las fuerzas de tracción externas sobre el EES.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes internados y ambulatorios evaluados por la Unidad de Fonoaudiología del HIGA Gral. San Martín de La Plata, durante el período de julio de 2012 a julio de 2015. La muestra está constituida por 30 pacientes con una edad media de 66,43 (rango=18-87), un 83,3% de sexo femenino y 16,6% de sexo masculino, todos con barra cricofaríngea diagnosticada mediante estudio de videofluoroscopia de la deglución, utilizando equipo Siregraph-C2 Siemens.

Se realizó una revisión de las historias clínicas de dichos pacientes, recabando datos de la evaluación clínica e instrumental de la función deglutoria. Los datos se plasmaron en una planilla para su recopilación y análisis, y se expresaron los resultados en porcentajes.

Análisis y resultados:

Un reporte minucioso de los estudios videofluoroscópicos de los paciente seleccionados con barra cricofaríngea fue realizado en función de la bibliografía para su identificación y su correlación con la dinámica funcional deglutoria. Del total de los 30 sujetos evaluados, el 83.3% fueron sujetos de sexo femenino y el 86.6% mayores de 50 años de edad. El 99,33% consulta por presentar síntomas de disfagia (Fig. 3), y el 6,66% restante es derivado para evaluación de la función deglutoria en relación con antecedentes patológicos de relevancia (traumatismo encéfalo-craneano y esclerodermia) (Fig. 4).



Fig.Nº3. Representación en porcentaje de la sintomatología de disfagia referida por los sujetos evaluados.

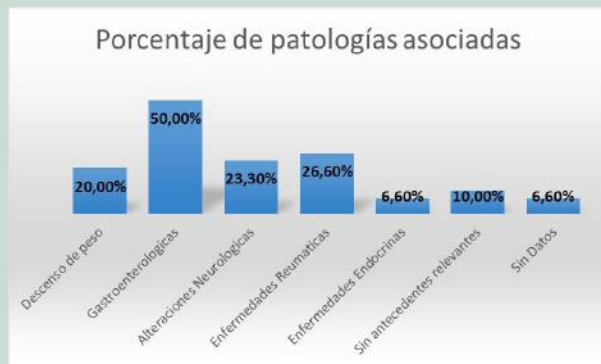


Fig.Nº4. El gráfico representa la prevalencia de patologías asociadas, contemplándose como más significativas: las afecciones gastroenterológicas (50%) y las enfermedades reumáticas (26.60%).

Solo en el 6,66% se evidenció función deglutoria dentro de límites funcionales. El resto de los pacientes (99,33%) presentaron disfagia, todos ellos con alteración de la etapa faríngea (Fig. 5), de los cuales el 67,85% presentó además alteraciones en la etapa oral y el 46,42% en la etapa esofágica. Solo el 36,66% del total de los pacientes presentó ingreso a la vía aérea, tratándose en la totalidad de los casos de penetraciones vestibulares sin llegar al nivel de las cuerdas vocales. La disminución de la apertura del EES es originada en un 93.30% por impronta en pared posterior faríngea a nivel del músculo cricofaríngeo y solo en el 6.66% en la pared anterior (Fig. 6).

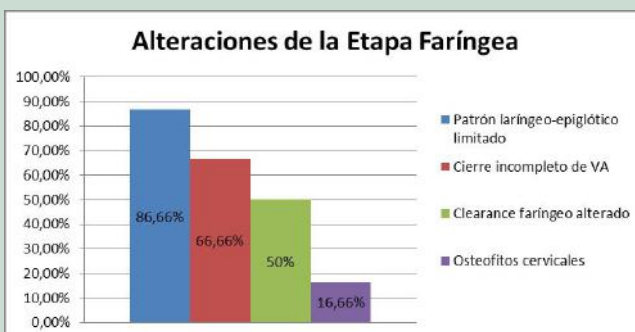


Fig.Nº5. Porcentaje de alteraciones de la etapa faríngea. Solo el 6,6% no presentó alteraciones en esta etapa.



Fig.Nº6. Porcentaje de pacientes con barra cricofaríngea en pared anterior y posterior

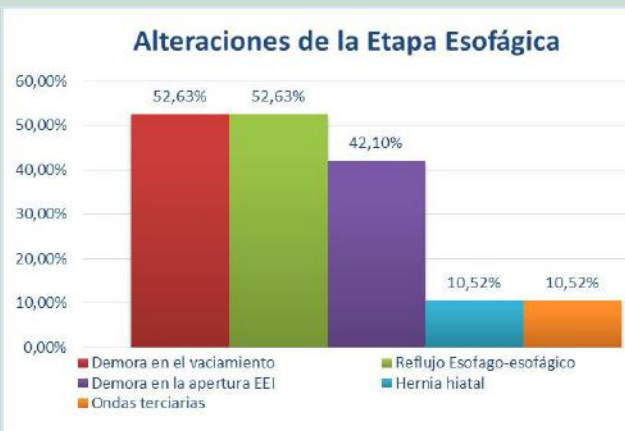


Fig.Nº7. Porcentaje de alteraciones esofágicas del total de los sujetos en los cuales se evaluó esta etapa. El 31,57% no presentó alteraciones.

Discusión y conclusión

Los reportes bibliográficos descriptivos en lo que respecta a esta patología son escasos y la mayoría de ellos consisten en el análisis de una muestra de pacientes sin sintomatología de disfagia ni antecedentes clínicos de relevancia. Uno de los principales propósitos del presente trabajo es cotejar, en función de la bibliografía, la interpretación de los hallazgos radiográficos de la muestra de pacientes con barra cricofaríngea, y establecer su incidencia en pacientes con trastornos de la deglución.

En concordancia con los autores consultados, se demuestra que la prevalencia de esta patología es mayor en sujetos de sexo femenino y de edad avanzada. Se corrobora que la localización en la pared posterior cricofaríngea a nivel de C5-C6 es más frecuente.

La sintomatología de disfagia se manifiesta cuando la barra cricofaríngea se presenta concomitantemente con otras patologías o alteraciones faríngeas. Esto explica porqué gran porcentaje de los pacientes evaluados no poseen respuesta motora orofaríngea normal, en contraposición a la definición de algunos autores. Debido a estas alteraciones funcionales asociadas no es posible determinar con precisión la implicancia de la barra cricofaríngea en la efectividad del clearance faríngeo. A pesar de la fisiología obstructiva, el pasaje del bolo a ese nivel no se ve significativamente alterado.

Debido a que el comportamiento del músculo cricofaríngeo difiere frente a los cambios en la consistencia y el volumen del bolo, se observa que en la mayoría de los casos la visualización de la barra cricofaríngea es intermitente.

Además de las alteraciones faríngeas, un alto porcentaje de la muestra presentó alteraciones concomitantes en la etapa esofágica, manifestando en numerosos casos sintomatología alta.

En función de los datos analizados, podemos concluir que el hallazgo de una barra cricofaríngea en pacientes con sintomatología de disfagia debe ser seguido de una evaluación minuciosa de posibles alteraciones funcionales en las etapas faríngea y esofágica.

Bibliografía:

1. Oubiña J; Anatomía quirúrgica del esófago. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; 1-150, pág. 1-13.
2. D.V. Sivarao, PhD, Raj K. Goyal, MD: Functional Anatomy and Physiology of the Upper Esophageal Sphincter. The American Journal of Medicine. 2000. Volume 108 (4A), 275-375.
3. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almirall J, García Peris P y Carrau R. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp. 2007;82(2):62-76.
4. Raj K. Goyal, MD, Sandra B. Martin, MS, Jo Shapiro, MD, and Stuart J. Spechler, MD. The Role of Cricopharyngeus Muscle in Pharyngoesophageal Disorders. Dysphagia 1993, 8:252-258.
5. Ian J. Cook, MD. Cricopharyngeal Function and Dysfunction. Dysphagia 1993, 8:244-251.
6. Frank H. Netter, Atlas of human anatomy. Sexta edición. 201, página 117.
7. Netter FH. The CIBA Collection of Medical Illustrations: Digestive System, Part I. West Caldwell, NJ: CIBA 1989

Trabajo Científico N° 3

EXPERIENCIA EN SALUD Y ESTÉTICA VOCAL CON PERSONAS TRANS

Virginia Zangroniz

*Licenciada en Fonoaudiología. UNLP con
entrenamiento en Voz.*

*Integrante de la Comisión de Voz del Colegio de
Fonoaudiólogos de la Provincia de Bs. As. Regional La Plata.
Concurrente al Servicio de Urología. Unidad de Reasignación
Genital. Hospital "Ricardo Gutiérrez". La Plata.*

*Profesora de Foniatría, Voz y Educación Vocal en Educación
Artística, Superior y Universitaria.
Entrenadora Vocal de Actores y Cantantes.*

*Agradecimiento especial al Jefe del Servicio de Urología del
Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata,
Dr. César Fidalgo y a su equipo.*

Resumen:

El presente trabajo tiene por objeto compartir la experiencia, que desde octubre de 2013, se viene llevando a cabo en relación al trabajo vocal con personas trans, en el Servicio de Urología, Unidad de Reasignación Genital del Hospital Ricardo Gutiérrez de la ciudad de La Plata.

Surgido de la necesidad de información especializada, de la búsqueda de material bibliográfico o de experiencias previas en relación a esta temática, a partir de la demanda específica en mi actividad privada, me contacto con el Dr. Fidalgo, Jefe del mencionado Servicio, entendiendo que, en La Plata y en la provincia de Bs. As., era un referente indiscutido y que era el Hospital el lugar donde realizaba las cirugías de reasignación genital.

A partir del contacto y ante la "vacancia" en este campo, acordamos que podía incorporarme a su equipo con la intención de trabajar y producir conocimiento que redundara en un beneficio para la mencionada población. Desde ese momento, me encuentro trabajando y produciendo contenidos en esta primera experiencia en la "Adecuación de voces trans" que se realiza en el marco de un trabajo interdisciplinario en el ámbito de lo público en la ciudad de La Plata.

Desde entonces, atiendo a personas derivadas por los médicos del servicio y a otras que concurren desde afuera.

El objetivo del mencionado trabajo es acercarles a las personas que así lo soliciten la posibilidad de realizar una adecuación vocal saludable, enmarcada en la noción de las buenas prácticas, para lo cual se creó este Programa de Adecuación Vocal.

Abstract

The aim of this paper is to share the experience related to the vocal work with trans people that has been carried out since October at the Genital Reassignment Unit of the Urology Service of the Ricardo Gutiérrez Hospital of the city of La Plata. Emerged from the need to obtain specialized

information, from the search for bibliographical material or from previous experience in relation to this subject and from the specific demand in my private practice, I contacted Dr. Fidalgo, Head of the mentioned Service , who is, in La Plata and in the province of Bs. As., an unquestionable reference and it was in the above mentioned Hospital where he made the genital reassignment surgeries.

Since that contact and with the “vacancy” in this subject, we agreed that I could join his team to work and produce knowledge that will result in a benefit for that population. From that moment, I am working and producing content in this first experience in “Adaptation of trans voices” as part of an interdisciplinary work in the public sector of La Plata city. Since then, I have taken care of people referred by doctors of the service and who come to the Hospital from outside.

Keywords: adaptation of voices, trans people, genital reassignment.

Introducción:

Desde la sanción, en nuestro país, de la ley de Identidad de Género (26743), en el año 2012, mucho ha cambiado en relación a la atención de personas trans en los sistemas de salud. La nueva ley reconoce y permite el cambio de Identidad de Género, rechazando la patologización de las personas que deciden instrumentar dicho cambio. Asimismo, la ley, en su artículo 2º, describe a la identidad de género como la “vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente, que puede o no corresponder con el sexo asignado al momento de nacer, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

Asimismo, en el artículo 11º, se menciona el “goce a la salud integral”. Entendiendo que el logro del “Bienestar Comunicativo” es un derecho comprendido en el “goce a la salud integral”, sumado a que, cuando en la Ley se menciona “el modo de hablar”, nos implica y nos compromete, es que encaramos este trabajo de “Adecuación vocal en personas trans”.

Este trabajo no puede ser llevado a cabo sin un enfoque Interdisciplinario como punto de partida para la construcción de nuevos postulados y estructuras discursivas propias.

“La interdisciplina tiene que ser provocada, ser intencional, requiere de un elemento fundamental que es la flexibilidad y supone, como consecuencia, la transformación de las disciplinas intervinientes. Requiere también un grado de tolerancia frente al “no saber” y frente a las modificaciones en la identidad profesional. Supone la incorporación de nuevas formas de trabajo y aprendizaje que exceden el saber formal académico. La respuesta interdisciplinaria es necesaria frente a “problemas” cada vez más complejos”.* (Cuervo Echeverri, C: “La profesión de fonoaudiología”. UNC. Bogotá. Colombia. 1998).

El trabajo desde la interdisciplina es también ideológico e implica despojarse de ciertos clichés y conductas hegemónicas y entrar en consonancia con otros que tienen parte de un saber que a mí me falta y me completa y, de ese modo, nos posibilita llegar a ese todo que es la nueva pregunta o el nuevo punto de partida.

El concepto Voz es estudiado y abordado desde un enfoque interdisciplinario. La Voz se encuentra fragmentada en diferentes disciplinas biológicas, humanas y artísticas y cada una tiene un dominio específico complementado en las otras necesariamente.

“La voz puede considerarse sólo como producción sonora, como acción normal y apropiada de un conjunto de órganos en tanto función fisiológica, pero cuando la contemplamos como un instrumento de transmisión de información, con un contenido simbólico y emocional, constituye un sistema funcional de comunicación que puede modificar intencionadamente el medio ambiente y es forzosamente modificado por las múltiples exigencias de éste. (Luchsinger et al., 1965; Luria, 1978; Schrager, 1992; Alves, 1996; Bermúdez de Alvear, 2000; Farías 2012)

La voz de las personas trans fue silenciada, acallada, sufrió por causa del viejo paradigma estigmatizante que la patologizó, anulando sus palabras y decires desde los discursos de “normalidad” que vociferaban los que esgrimían sobre ellos su poder.

Sabemos que la voz se constituye en un claro indicador de bienestar tanto físico como emocional. Y también colectivo. Y cultural. Y es la voz una de las más importantes portadoras de “identidad”.

Cuando hablamos de Identidad, hablamos del derecho personalísimo al propio cuerpo como una construcción en base a elecciones también

personalísimas. Identidad como algo dinámico y en construcción. La propia voz, o la voz propia, tal como la identidad, es también dinámica y se construye de acuerdo a múltiples y de las más diversas variables. Construimos nuestra voz a partir de la escucha propia, de la escucha del otro, la construimos con el otro para diferenciarnos del otro y para Ser. Sólo que no estamos todo el tiempo pensando es eso. Tenemos una voz y punto. A partir de la voz tenemos también una mirada del mundo.

“De la voz se ocupa la Fonoaudiología y, dentro de la Fonoaudiología, la actualmente llamada “Vocología”, término acuñado en EEUU por The Voice Foundation (Titze, 1972) y donde son denominados vocólogos o vocologistas los profesionales interesados y habilitados para el estudio de la voz humana y sus alteraciones:

Vocologista quirúrgico o médico,
Vocologista rehabilitador o fonoaudiólogo,
Vocologista capacitador o profesor de técnica vocal.
De la voz también se ocupa la Foniatría, término que definía a la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos de la voz y del habla-lenguaje. (Tarneaud, 1925. Francia)” (Farías, 2012).
En la actualidad, el uso del término Foniatra se utiliza para designar a los profesionales fonoaudiólogos que se dedican a la reeducación de los trastornos de la voz y el habla, como así también de su educación y entrenamiento.

La intervención para el logro del Bienestar Comunicativo es inherente a los profesionales fonoaudiólogos en tanto haya una dificultad que lo impida o para su optimización.

El Bienestar Comunicativo abre la posibilidad de participar en las actividades de la vida cotidiana y responder a sus demandas en tanto ocurran y sea necesario dar respuesta.

Permite la inserción en la vida socio-político-cultural y la comprensión de información nueva. Se constituye en una necesidad y en un derecho básico que hace posible la vinculación con la sociedad. Y una participación más activa en las decisiones colectivas. En el caso de las personas trans, el logro o no del Bienestar Comunicativo tiene que ver con muchas de las cosas que se ponen en juego en el proceso de la comunicación.

Un paciente trans vive su segunda pubertad, un regreso a la adolescencia con todo lo que eso

implica y conlleva. No sólo se verá afectada su manera de comunicarse sino también su manera de pararse frente al mundo. La comunicación puede verse afectada en los distintos niveles. Y es en la comunicación oral donde aparecen las dificultades más visibles.

El programa de Adecuación Vocal se ofrece como una alternativa de adecuación saludable. Cuando decimos saludable, nos referimos a la optimización y a la eficiencia vocal, partiendo de que una comunicación es eficiente cuando existe salud vocal, entendiendo por “salud vocal” a todo el proceso que está implicado en su producción, que es dinámico y que está modificado por distintos niveles y dimensiones.

Metodología de trabajo

Primera entrevista

En el primer encuentro, realizo anamnesis y ficha de evaluación foniátrica.

Escucho cuál es el deseo del paciente en relación a su voz (¿Cuál es su deseo en relación a su voz?).

Hago la derivación al Servicio de ORL para corroborar que haya salud vocal. En caso de detectarse patología, hago la derivación a tratamiento según corresponda. En la siguiente sesión, realizo el Laboratorio de Voz. (En este punto es fundamental el dato de si la persona tiene iniciado o no el tratamiento hormonal por la consecuente modificación de la F0 de la voz, fundamentalmente en el caso de los hombres trans).

A partir de la pregunta “¿Cuál es su deseo en relación a su voz?”, se me ofreció una nueva posibilidad, desde lo profesional, que voy comprendiendo en la medida en que transito la experiencia. Como Fonoaudióloga con varios años de trabajo en Educación y en Clínica Vocal, me encontré con una nueva realidad y es que no terminaba de saber qué tenía que hacer frente a demandas tan nuevas como distintas y complejas. La “comodidad” que tenía frente a saber qué hacer con un paciente disfónico para colaborar en la restauración de su salud vocal, o con un actor para trabajar determinada “voz” de tal personaje o con un cantante que de un día para otro no llegaba plenamente a sus agudos dejaba paso a la “incomodidad” de lo nuevo. Afortunadamente, no lo sabía todo. Sí me aparecía una especie de intuición sustentada en el saber previo: algo como de la “competencia” y la “performance” Ese fue el punto de partida de todo. Y la ausencia de material bibliográfico en español. La mayor cantidad de material está en inglés y en otras realidades muy

lejanas a las nuestras. Ese fue el punto de partida para una nueva identidad profesional que agradezco. No estaba yo para decir lo que sabía o creía sino para escuchar qué quería hacer “el otro” con su deseo. Y con su identidad. Esto, sin dudas, me instala un cambio de paradigma.

Los prestadores y las instituciones del sistema de salud necesitamos actualizarnos y actualizar nuestros protocolos en relación a las nuevas demandas y de acuerdo con las nuevas normas para poder dar nuevas respuestas.

A partir de las identidades trans, surgen estos enunciados como respuesta a la pregunta inicial: “¿Qué siente en relación a su voz?”

En el caso del cambio de hombre a mujer, en general, lo que aparece con mayor frecuencia es:

“Mi voz es muy nasal”.

“Es aninada”.

“Es muy grave”.

“Me confunden por teléfono”.

“No me coincide el audio con el video”.

En el caso del cambio de mujer a hombre:

“Mi voz parece no decidirse”.

“Me duele la garganta”.

“Hago esfuerzos por mantenerla baja (tono grave)”.

De la observación y evaluación (en algunos casos de mujeres trans), se consigna cirugía nasal, en algunos de ellos se observa una marcada modificación en la resonancia. En relación a lo estrictamente Fonoaudiológico, aparece mayormente: tensión laríngea, fatiga vocal, (Mecanismos de compensación) soplo, aspereza, carraspeo, sensación de cuerpo extraño, dificultades con la voz a intensidades altas, resonancia nasal, hipernasalización, disfonía leve.

En algunos casos se consigna el susurro como elección comunicativa.

Aparecen también dificultades articulatorias, (la más común es la Interdentalización).

Los Instrumentos de Evaluación que se utilizan son: Fichas de Evaluación Fonoaudiológica. De evaluación de Riesgo vocal. Escala RASATi. Laboratorio de Voz.

La evaluación tiene varias etapas y consiste en Evaluación Perceptual y Acústica de los parámetros vocales y de la habilidad fonatoria.

Una vez recabada la información relevante, se arma el plan de trabajo y se informa al * “paciente” o “usuario del sistema de salud”, según corresponda, sobre cuáles son las posibilidades reales de modificación o adecuación vocal, teniendo en cuenta lo evaluado. Si resultara “paciente” es porque se detectó patología vocal y tendrá que realizar previamente el

tratamiento correspondiente. Si resultara “usuario” está en condiciones de comenzar con el Programa.

** cabe aclarar que, en la actualidad y en el marco de este trabajo, el término “paciente” remite a un lugar de pasividad frente al saber del otro (fonoaudiólogo, médico, psicólogo) y está muy asociado a la patología. Por este motivo es que se habla de “usuarios” del sistema de salud. En este caso específico, no hablamos, en términos muy generales, de salud sino de estética vocal.*

El Plan de trabajo, cuyo objetivo es el logro de una Adecuación vocal saludable a través del logro del Bienestar comunicativo, se centra en:

Adecuación miofuncional,

Trabajo con músculos fonoarticulatorios,

Logro de la Eutonía

Técnica de Respiración

Trabajo de Coordinación Fonorespiratoria

Ejercicios vocálicos. Emisión

Establecimiento de una nueva Fo

Pautas de cuidado vocal

Entrenamiento vocal específico (Compatible con el que se realiza con Profesionales de la voz).

Casuística:

Total de pacientes atendidos entre Octubre de 2013 y Octubre de 2014: 8 (MaF).

Pre-hormonación: 1 (actualmente realizando análisis previos).

Hormonación: fuera del circuito de salud. (Sin prescripción médica): 1 (actualmente en tratamiento en el Servicio).

Con Tratamiento hormonal indicado, iniciado y supervisado en el Servicio: 6 (5 MaF y 1 FaM).

A partir de las entrevistas y del comienzo del trabajo, surge un cambio de paradigma del quehacer fonoaudiológico y es en relación a qué quiere hacer el paciente con su voz.

Muchas veces nos encontramos con personas que quieren modificar su tono de voz porque no se corresponde con su actualidad. Otras, sin embargo, quieren conservar algo de su identidad vocal anterior. Otras lograron una modificación a costa de compensaciones que acarrear malestar o fatiga vocal. En este punto, tal vez sea necesaria la siguiente

denominación: “Trans” nombra a todas aquellas personas que viven en un género diferente al “sexo” asignado al nacer o eligen el tránsito, negándose a habitar un solo género, independientemente de que se hayan producido modificaciones corporales a través de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos” (“Aportes para pensar la salud de las personas trans” Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud. Capicúa, 2014)

Caso 1. Hombre trans de 21 años. Comenzó su proceso a los 17. El tratamiento hormonal modificó su voz cuyo resultado audible era el de una voz de hombre sana y con una sonoridad plena y, sin embargo, su acercamiento tenía que ver con poder recuperar algo de su voz femenina ya que con su anterior identidad femenina cantaba y hoy no podía ajustarse al repertorio aquel.

Caso 2. Mujer trans de 44 años. Acude cansada de que la confundan con un hombre cada vez que en el trabajo atiende el teléfono. Tiene una imagen femenina desde hace varios años que no coincide con su producción vocal muy ligada todavía a lo masculino, en cambio el discurso está perfectamente ajustado a su identidad actual.

“Este cuerpo que es mío. Este cuerpo que no es mío. Este cuerpo que, sin embargo, es mío. Este cuerpo extraño. Mi única patria. Mi habitación. Este cuerpo a reconquistar”

Jeanne Hyvrard, “La Meurtritude”

Conclusión:

La mayor dificultad del Programa radica en que la mayoría de los pacientes viven lejos del Hospital, con lo cual se dificulta la continuidad de los tratamientos (distancia, disponibilidad horaria, empleos, inestabilidad laboral, etc.). Por esta causa, se está trabajando en la implementación de una plataforma a través de Skype o medios alternativos con quienes no pueden asistir regularmente y sí disponen de esas posibilidades.

Sólo se tomaron pacientes trans femeninos para el presente trabajo. (Un sólo paciente trans masculino está actualmente en período de entrevistas de evaluación. A partir de dichas evaluaciones, surge un diagnóstico de disfonía y es asociada a lo laboral por tratarse de un docente en actividad. A la fecha del presente trabajo, se encuentra en tratamiento fonoaudiológico.)

Estamos en etapa de análisis de resultados. Realización de una segunda grabación de Laboratorio de Voz para objetivar modificaciones.

Algunos pacientes ya refieren cambios en su voz relacionados con la optimización del Tono y la fundamentalmente ausencia de fatiga vocal y tensión muscular.

Bibliografía:

1. Aportes para pensar la salud de personas trans”. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud. Guía Capicúa. Bs. As. 2014
2. Berkins, L: “La gesta del nombre propio”. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. 2013
3. Bordelois, I: “A la escucha del cuerpo: puentes entre la salud y el lenguaje”. Ed. Del Zorzal. Bs. As. 2009
4. Cuervo Echeverri, C: “La profesión de fonoaudiología”. UNC. Bogotá. Colombia. 1998
5. Davies, Sh; Goldberg, J: “Changing Speech”. Trans Care. Gender Transition. Vancouver Coastal Health. Canadá. 2006
6. Dólar, M: “Una voz y nada más”. Ed. Bordes Manantial. Bs. As. 2007
7. Farías, P: “Ejercicios para restaurar la función vocal”. Ed. Akadia. Bs. as. 2012
8. Helien, A; Piotto, A: “Cuerpxs equivocadxs”. Hacia la comprensión de la diversidad sexual”. Ed. Paidós 2012
9. Le Breton, D: “Las pasiones ordinarias”. Antropología de las emociones”. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 2009
10. Morin, E: “Sobre la interdisciplinariedad”. Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires. (Ciret. Boletín 2)
11. Raíces Montero, J: “Un cuerpo: mil sexos”. Ed. Topía. Bs. As. 2010.

Caso Clínico

INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA INICIAL EN DISFAGIA POR SECUELAS DE RESECCIÓN DE CÁNCER ESCAMOCELULAR DE AMÍGDALA PALATINA

Ana Catalina Bolaños

Fonoaudióloga Universidad del Valle. Diplomada en Disfagia. Diplomada en intervención terapéutica desde neurodesarrollo. Est. Especialización en Audiología. Fga. Asistencial en Centro de Diagnostico Médico CEDIMA IPS.

Diana María Irurita

Fonoaudióloga Universidad del Valle. Diplomada en Disfagia. Diplomada en intervención terapéutica desde neurodesarrollo. Est. Especialización en Audiología. Fga. Asistencial en Oír Audiología. Docente Universidad del Valle

Ximena Peláez López

Fonoaudióloga Universidad del Valle. Diplomada en Disfagia. Especialista en Audiología. Diplomada en intervención terapéutica desde neurodesarrollo. Fga. Asistencial en Achieve Beyond, NY.

María Esperanza Sastoque H.

Fonoaudióloga Universidad del Valle. Especialista en Foniatría. Diplomada en Disfagia. Maestrante en Ciencias biomédicas. Docente Universidad del Valle. Fga. Asistencial en Centro Médico Imbanaco.

Resumen:

El cáncer escamocelular de amígdala palatina es el más frecuente entre los casos de cáncer de la orofaringe y abarca diversidad de lesiones patológicas que modifican la estructura de forma unilateral o bilateral y ocasionan en los pacientes síntomas orofaríngeos (Gonzalez, Nazar, Callejas, Arredondo, & Nilsen, 2004). Afecta principalmente a personas de edad avanzada, con mayor predominio en el sexo masculino. Las opciones de tratamiento médico para esta patología son la intervención quirúrgica, la radioterapia y la quimioterapia, que ocasionan efectos secundarios en las funciones de deglución, fonación y respiración. El caso clínico presenta un paciente de sexo masculino, de 57 años de edad, con diagnóstico de post-operatorio de cáncer escamocelular de amígdala palatina derecha y dificultades en el proceso de ingestión de alimentos. Describe los hallazgos clínicos, la evaluación, el tratamiento y la evolución, con el fin de visualizar el plan de intervención Fonoaudiológico en pacientes postquirúrgicos de cáncer de amígdala palatina, teniendo en cuenta las diferentes variaciones estructurales y funcionales ocasionadas por la patología y el manejo médico-quirúrgico.

Palabras Clave: Carcinoma escamocelular de amígdala palatina, Disfagia, Intervención Fonoaudiológica.

Introducción:

El carcinoma escamocelular, también denominado carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano o escamoso. Es la neoplasia maligna más común de amígdala que representa el 75% de los casos. El carcinoma escamocelular de amígdala palatina es la segunda neoplasia maligna más frecuente de vía aérea superior y el lugar anatómico más común dentro de los cánceres de la orofaringe. Predomina en el sexo masculino, con una elevada incidencia a partir de los 60 años. En Estados Unidos, se estiman 2,18 casos por cada 100.000 habitantes (Gonzalez, Nazar, Callejas, Arredondo, & Nilsen, 2004).

El tabaco y el consumo exagerado de alcohol son factores de riesgo del carcinoma escamocelular de amígdala palatina, pero se considera que su origen es multifactorial. También ha sido asociado con el virus de papiloma humano, el cual se encuentra presente hasta en el 43% de estos pacientes. Generalmente, se desarrolla una masa amigdalina unilateral, evidenciándose un grado variable de síntomas faríngeos. No obstante, puede pasar desapercibida durante mucho tiempo y debutar con un nódulo metastático en cuello de origen desconocido, al propagarse a los ganglios linfáticos del cuello debido a la proximidad de las amígdalas al sistema linfático (Quiróz, 2009).

Los tumores incipientes son notablemente asintomáticos y muchas veces alcanzan un tamaño considerable antes de manifestar algún síntoma. El paciente, en un período inicial, refiere molestias subjetivas discretas, como malestar, leve irritación y sensación de ardor en la zona amigdalina. También es posible que presente alguna dificultad en la motilidad lingual, voz nasal o saliva con estrías sanguinolentas. Adicional a estos hallazgos, la palpación profunda del cuello puede evidenciar uno o varios ganglios inflamados, pero aún indoloros y móviles (Gonzalez, Nazar, Callejas, Arredondo, & Nilsen, 2004).

En períodos avanzados, los síntomas subjetivos se hacen más manifiestos: el dolor espontáneo es muy intenso y hasta intolerable, puede haber disfagia y odinofagia, reflujo nasal, halitosis, modificaciones del timbre de la voz, saliva espesa sanguinolenta y sialorrea. La otalgia referida homolateral es muy común y el trismus o disminución de la apertura oral se observa cuando el tumor se extiende en profundidad y alcanza el plano del músculo pterigoideo interno (Quiróz, 2009).

Clínicamente, el cáncer de amígdala palatina a menudo se extiende a lengua, paladar blando, nasofaringe y a las cadenas linfáticas regionales del cuello, por lo que, si no es tratado oportunamente, se extiende por metástasis a otros órganos y concluye con la muerte del paciente. Funciones vitales como la deglución y la respiración, así como consideraciones de calidad de vida como el habla y el aspecto, pueden verse amenazadas por el mismo cáncer y su tratamiento (Hosemann, 2012).

La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia son las alternativas terapéuticas que deben ser empleadas de acuerdo a la ubicación, extensión y etapa del carcinoma. Sin embargo, dichos tratamientos pueden generar efectos secundarios que suelen ser más problemáticos en pacientes con carcinomas orofaríngeos que en aquellos con otros tipos de cáncer (Hosemann, 2012). A continuación se enumeran algunos de ellos (Gaziano, 2002):

Efectos de la radioterapia: Xerostomía, eritema, sangrado, dolor, mucositis y estenosis hipofaríngea. Además, osteoradionecrosis, trismo, reducción del flujo capilar, flora oral alterada, caries y pérdida del gusto. Dificultades para deglutir, fibrosis y rangos de movilidad de lengua y cierre glótico reducidos.

Efectos de la quimioterapia: Náusea, vómito, debilidad generalizada y fatiga. Anorexia y pérdida de peso. Mucositis que puede generar suficiente dolor para requerir vía alterna de alimentación. Odinofagia durante la masticación y deglución, sangrado, disfagia, deshidratación, acidez y sensibilidad para alimentos salados, picantes, fríos y calientes.

Efectos de la cirugía: Se generará una disfagia dependiendo de la localización, tamaño y extensión del tumor, como del procedimiento quirúrgico de reconstrucción realizado.

Metodología:

Para la elaboración del presente caso clínico, se llevó a cabo la revisión de la historia clínica del paciente, anamnesis, evaluación y evolución de la intervención fonoaudiológica de los últimos tres meses. Además, se tuvieron en cuenta los reportes dados por otros profesionales como otorrinolaringólogo, oncólogo, infectólogo y patólogo, junto con los resultados de pruebas objetivas de diagnóstico, tales como nasofibrolaringoscopia, tomografía axial computarizada de cuello (tejidos blandos) y videofluoroscopia de la deglución.

Descripción del caso:

Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad, quien inicialmente consultó a Otorrinolaringología por presentar masa en la región submandibular derecha de tres años de evolución con un crecimiento progresivo. Se llevaron a cabo procedimientos médicos de biopsia, Tomografía Axial Computarizada (TAC) y fibronasolaringoscopia, en los que se encontró hipertrofia en la amígdala palatina derecha con evidencia de compromiso ganglionar y cambios de infiltración tumoral en nivel III ipsilateral, indicando, como diagnóstico patológico, carcinoma escamocelular bien diferenciado, por lo que le sugirieron amigdalectomía.

A los seis meses de detección, le practicaron una cirugía de resección de carcinoma de amígdala palatina con vaciamiento ganglionar, reconstrucción de cuello con colgajo pectoral y de la porción derecha del hueso de la mandíbula con material de osteosíntesis. Realizó 30 sesiones de radioterapia. Posteriormente, requirió reingreso hospitalario porque presentó un cuadro infeccioso que se manifestó con dificultad respiratoria, disfagia, importante eritema, edema en cuello y sensación de masa a nivel cervical que consideraron inicialmente secundaria a la radioterapia. Le realizaron drenaje quirúrgico, retiro de material de osteosíntesis y traqueostomía con cubrimiento de antibióticos de amplio espectro por posible osteomielitis asociada.

Evaluación Fonoaudiológica:

En el componente físico se evidenció, en el sujeto de estudio, edema a nivel de cuello, refiriendo dolor, tensión y restricción en los rangos de movilidad de cabeza, cuello y hombros. Posturalmente, se observó asimetría corporal, falta de verticalidad marcada por cabeza levemente inclinada hacia la izquierda y hombros protruidos con descenso del derecho. En cuanto a la anatomía de los órganos fonoarticuladores, se encontró lengua atrofiada y desviada hacia la derecha, ausencia parcial de la rama mandibular derecha y de piezas dentarias superiores y molares inferiores.

En la valoración de praxias orolinguofaciales, presentó dificultad para la ejecución de movimientos de labios (protrusión-retracción, lateralización), lengua (protrusión, lateralización y elevación de ápice) y mejillas (succión, contra-resistencia). Además, falta de disociación lengua-labios-mandíbula y fuerza disminuida en la musculatura del tercio inferior de la cara. Con relación al tono muscular, se encontró

disminución en mejillas y labios y aumento en borbolla del mentón. En cuanto a la sensibilidad, el paciente refirió alta sensación de sequedad en la boca y se evidenció baja respuesta al estímulo en la porción derecha de la lengua y aumento en paladar duro y blando. Adicionalmente, se observó reflejo de náusea anteriorizado y xerostomía.

En la comunicación, el paciente se comunicó a través de lenguaje oral al hacer oclusión digital de la traqueostomía, ocasionalmente su habla se torna ininteligible por dificultades articulatorias y por la intensidad disminuida de su voz, la cual se percibe con un timbre ronco y un tono tendiente a los graves.

En la evaluación clínica del proceso de ingestión de alimentos en el sujeto de estudio, se encontró que la vía de alimentación era exclusivamente por gastrostomía. En la valoración, se utilizaron consistencias tipo compota y líquido espeso, por la dificultad del paciente para recibir sólidos por falta de piezas dentales. Manipuló correctamente los utensilios facilitados, realizó adosamiento y barrido labial, limpió el alimento de los labios con movimientos linguales restringidos sin derrame del alimento.

Se evidenció dificultad para movilizar el alimento dentro de boca y leve latencia en reflejo de deglución. No se observaron signos de aspiración como tos, carraspeo o voz húmeda. Sin embargo, se evidenció realización de movimientos compensatorios de cabeza e incremento de tensión muscular en cabeza y cuello.

En los resultados de la Videofluoroscopia de la Deglución, se encontraron datos relevantes descritos en cada fase del proceso. En la Fase Preparatoria Oral, el paciente se anticipó a la situación de alimentación realizando barrido del alimento, presentó déficit en rango de movimiento lingual con bombeo para el envío anteroposterior del alimento y al incremento de consistencia tipo compota se observó dificultad para el tránsito el alimento, acumulándolo en cavidad oral. En la Fase Faríngea, la deglución se desencadenó a tiempo; sin embargo, se observó movimiento incompleto de ascenso/descenso laríngeo y relajación parcial del esfínter cricofaríngeo, lo cual generó residuos de moderados a severos en recessos piriformes con predominio en lado derecho. A pesar de múltiples intentos, sólo limpió parcialmente. Además, se encontraron trazos de aspiración con líquidos claros y penetraciones a vestíbulo laríngeo con líquidos espesos.

Al realizar carraspeo por elicitación con esta última consistencia, logró limpiar vestíbulo. No se evidenciaron cambios en la deglución tras la modificación de diferentes posturas de la cabeza con respecto a línea media. En la Fase Esofágica, el tiempo de vaciamiento se encontró levemente aumentado.

En cuanto a la participación en los diferentes entornos socializadores, se encontró una marcada restricción para llevar a cabo las actividades que con anterioridad realizaba en su cotidianidad.

El paciente no lograba mantener una conversación por un período prolongado de tiempo, pues sentía fatiga, cansancio vocal y alta sensación de sequedad. Por otro lado, refería que le molestaba saber que no le entendían cuando hablaba y que tenía que repetir más de dos veces lo que estaba diciendo.

Su participación social se limitó principalmente a la interacción en escenarios médicos, a los cuales requirió asistir y permanecer con mayor frecuencia debido a su estado de salud.

Su círculo social se redujo, pues ya no asistía a reuniones o eventos a los que era invitado, por no poder comer como los demás, por sus dificultades para conversar y por su apariencia física, la cual cambió considerablemente después de la cirugía y que representa para él un estigma social haciendo que sienta vergüenza de su enfermedad. De igual manera, esto repercutió en el aspecto económico, pues antes de la enfermedad dictaba clases particulares de filosofía e historia a diario; y a raíz de los cambios estructurales y anímicos dejó de hacerlo de manera regular y pasó a dictar algunas clases por internet, lo que se ve reflejado en menor cantidad de ingresos para su hogar.

A nivel familiar, se presentaron niveles de estrés, tensión y preocupación por la incertidumbre de su tratamiento y los resultados del mismo.

A partir del análisis de los resultados descritos anteriormente, se describió como diagnóstico Disfagia Orofaringea Severa asociada a las secuelas del manejo médico quirúrgico de cáncer escamocelular de amígdala palatina. La disfagia se caracterizó por déficit en los rangos de movimiento labial y lingual, dificultades en la masticación y alteraciones sensoriales, aspectos que interfieren con el tránsito y control del alimento, generando acumulación severa de las diferentes consistencias en cavidad oral, latencia para desencadenar el reflejo de la deglución, movi-

miento incompleto de ascenso y descenso laríngeo, inadecuada posición corporal con marcada tensión y restricción en los movimientos de cabeza, cuello y cinturón escapular. La alteración en el proceso de ingestión de alimentos interfirió en la interacción socio-comunicativa del paciente y en la participación en sus diferentes entornos de la vida diaria.

Guía para la discusión:

Con el fin de permitir a los fonoaudiólogos analizar diferentes problemáticas en el proceso de ingestión de alimentos en poblaciones con patología oncológica, el presente caso clínico formula dos posibles hipótesis y propone cinco preguntas dirigidas al lector para guiar el análisis previo a la discusión presentada por las autoras.

Hipótesis:

1. Los procedimientos médico-quirúrgicos para el tratamiento de cáncer escamocelular de amígdala palatina traen consigo cambios a nivel estructural y funcional del sistema estomatognático que afectan significativamente el desempeño y participación de la persona en los procesos de ingestión de alimentos.

2. La intervención fonoaudiológica en la disfagia orofaríngea asociada al tratamiento médico-quirúrgico del cáncer escamocelular de amígdala palatina debe tener en cuenta, en su fase inicial, el manejo previo de los factores secundarios asociados al cáncer de amígdala palatina (tales como edema, xerostomía, restricción en la movilidad), antes de iniciar directamente la rehabilitación de la funcionalidad de las estructuras y del proceso directo de deglución.

Preguntas:

1. ¿Los trastornos en el proceso de ingestión de alimentos son consecuencia del cáncer escamocelular de amígdala palatina o del tratamiento médico-quirúrgico del mismo?

2. ¿Cuáles son las consecuencias del tratamiento médico para el cáncer escamocelular de amígdala palatina en el proceso de ingestión de alimentos?

3. ¿Se puede determinar el pronóstico de evolución terapéutico a partir del grado de severidad y extensión del tratamiento médico-quirúrgico para el cáncer escamocelular de amígdala palatina?

4. ¿En qué consiste el plan de tratamiento inicial del fonoaudiólogo en los pacientes con disfagia orofa-

ríngea asociada a cáncer escamocelular de amígdala palatina?

5.¿En qué momento del proceso de intervención fonoaudiológica se debe iniciar con el estímulo oral para fines terapéuticos?

Discusión:

El cáncer escamocelular de amígdala palatina genera trastornos en el proceso de ingestión de alimentos dependiendo de su ubicación, extensión y etapa; generalmente en los estadios más avanzados es cuando la sintomatología se hace manifiesta y el paciente refiere disfagia y/u odinofagia.

A su vez, la intervención médico-quirúrgica necesaria para tratar esta clase de cáncer (quimioterapia, radioterapia, cirugía) trae consigo consecuencias en las estructuras y las funciones de la cavidad orofaríngea, y el grado de severidad dependerá de las características del tumor, así como del procedimiento quirúrgico de reconstrucción realizado (Hosemann, 2012). La semiología descrita se correlaciona con el sujeto de estudio anteriormente expuesto, quien inicialmente sólo refirió leve molestia al tragar, la cual se agudizó y, posterior al tratamiento médico-quirúrgico, presentó alteración en el proceso de ingestión de alimentos, asociada a la modificación en su nueva configuración anatómica y a los efectos de la radioterapia sobre sus tejidos.

Al momento de la evaluación fonoaudiológica, se evidenció, en el sujeto de estudio, edema y fibrosis a nivel de cuello, dolor, tensión y restricción en los rangos de movilidad de dicha zona. Además, alteraciones en la sensibilidad, tono muscular, fuerza y movilidad de los órganos fono articuladores (mejillas, labios y lengua), xerostomía y dificultades en la masticación y deglución. En pacientes con cáncer de amígdala palatina, posterior al procedimiento quirúrgico y/o tratamiento de radioterapia o quimioterapia, estas consecuencias son las más frecuentes reportadas en la bibliografía (Gaziano, 2002).

La resección de menos del 50% de una estructura involucrada en la deglución no interfiere o tiene un impacto serio en dicha función (Gaziano, 2002). No obstante, la localización de la lesión, más que su extensión, puede ser un indicador del pronóstico de evolución. Los estudios muestran que las resecciones hasta un tercio de la lengua causan dificultades transitorias en la deglución; si se preserva el control neurológico y cierto movimiento lingual, se logrará

una función deglutoria óptima. Sin embargo, si se requiere resección mandibular, el pronóstico de recuperación será pobre porque se afecta el ascenso laríngeo y la apertura del esfínter cricofaríngeo (Gaziano, 2002).

Los tumores que se encuentran ubicados en la parte posterior de la cavidad oral, que involucran la base de la lengua, paladar blando, trigono retromolar y fosa amigdalina, usualmente requieren de una resección quirúrgica que causará una disfagia severa (Rosentahl, Lewin, and Eisbruch, 2006). Para este tipo de casos, el tratamiento médico quirúrgico puede causar latencia en la deglución, poca elevación laríngea, reducción en la presión para la propulsión del bolo alimenticio y aspiración. Estos signos y síntomas fueron observados en el sujeto de estudio, diagnosticado con Disfagia Orofaríngea Severa después del procedimiento quirúrgico y la radioterapia.

En dicha medida, la intervención fonoaudiológica para la disfagia orofaríngea por secuela de resección de cáncer escamocelular de amígdala palatina, en un momento inicial, debe estar orientada a la realización de procedimientos indirectos sobre la deglución, los cuales minimicen los efectos secundarios de su tratamiento médico-quirúrgico (xerostomía, ulceración, edema, eritema, dolor, restricción en los rangos de movimiento). Dichos efectos generan fijación del complejo hiolaríngeo, reportado frecuentemente en la bibliografía, y que genera reducción en la amplitud de los movimientos de la lengua, disminución en el cierre glótico, e inadecuada relajación del músculo cricofaríngeo, afectando la eficacia y seguridad de la deglución (Gaziano, 2002).

Por lo tanto, en el presente caso el tratamiento se enfocó inicialmente a estabilizar los patrones posturales, restablecer el equilibrio y el balance muscular y liberar las restricciones en la musculatura implicada, utilizando estrategias como mioterapia, liberación miofacial, stretching, praxias orolingüofaciales, ejercicios de resistencia / contra resistencia y técnicas de relajación diferencial lenta de cabeza y cuello. A partir de estas estrategias, en el sujeto de estudio se evidenció reducción del edema a nivel de cuello y disminución de los síntomas indeseables como dolor y tensión. A su vez, los rangos de movimiento de cabeza, cuello y órganos fonoarticuladores se ampliaron sutilmente.

Asimismo, se dio manejo de la xerostomía mediante recomendaciones de una higiene oral óptima e

hidratación adecuada, utilizando saliva artificial o líquidos viscosos como el agua de linaza, evitando la resequedad en la mucosa intraoral y favoreciendo movimientos linguales y labiales. En la intervención, se excluyeron estrategias terapéuticas como estimulación gustativa, olfativa, térmica y táctil, pues se observó que utilizar algunos sabores ácidos o picantes no causaba el efecto esperado, sino que irritaban aún más la mucosa.

Teniendo en cuenta la evolución de la primera fase de la intervención descrita anteriormente, se debe iniciar con el tratamiento directo de la deglución, en el que la ingesta de alimentos para fines terapéuticos debe estar regulada por signos como la saturación de oxígeno, si presenta aumento de secreciones y signos de aspiración. Según la tolerancia del paciente frente a esta segunda etapa del tratamiento, el terapeuta podrá aumentar de forma progresiva la ingesta de alimento por vía oral, verificándolo con el examen objetivo de la deglución. En este proceso de rehabilitación, la meta consiste en recuperar la exclusividad de la alimentación por vía oral o al menos parcial de ciertas consistencias (Nazar, Ortega, Fuentealba, 2009).

Conclusiones:

1.Los trastornos en el proceso de ingestión de alimentos no sólo son consecuencia del cáncer escamocelular de amígdala palatina, sino del tratamiento médico-quirúrgico de la entidad. En ambos casos, se afectan las estructuras y funcionalidad del sistema estomatognático restringiendo la participación del individuo en los distintos contextos socializadores.

2.La disfagia orofaríngea en pacientes con antecedentes de patología oncológica dependerá de la localización, el tamaño y la extensión del tumor, así como del procedimiento quirúrgico de reconstrucción realizado y esto determinará los objetivos terapéuticos.

3.La intervención fonoaudiológica para la disfagia orofaríngea asociada a secuelas de resección de cáncer escamocelular de amígdala palatina, en un momento inicial, debe estar orientada a la realización de procedimientos indirectos sobre la deglución, los cuales minimicen los efectos secundarios (xerostomía, ulceración, edema, eritema, dolor, restricción en los rangos de movimiento) de su tratamiento médico-quirúrgico.

Bibliografía:

- 1.Gonzalez, I., Nazar, G., Callejas, C., Arredondo, M., & Nilsen, E. (2004). Tumores Amigdalinos: Aspectos Clínicos e Histopatológicos. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.
- 2.Quiróz Cabrera, JV. Cáncer de Amígdala Palatina. Estudio Clínico de 39 pacientes. Periodo 1994-2008. ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). Vol XLII - N° 2, 2009.
- 3.Gaziano, J. Evaluation and Management of Oropharyngeal Dysphagia in Head and Neck Cancer. Cancer Control 9(5):400-409, 2002.
- 4.Hosemann, S. Carcinoma de Células Escamosas de Amígdalas Localmente Avanzado. OncoLog. Vol. 57, Nro. 1, 2012.
- 5.Rosentahl, D., Lewin, J. and Eisbruch, A. Prevention and Treatment of Dysphagia and Aspiration After Chemoradiation for Head and Neck Cancer. J Clin Oncol 24:2636-2643, 2006.
- 6.Nazar, G., Ortega, A. y Fuentealba, I. Evaluación y Manejo Integral de la Disfagia Orofaríngea. Rev. Med. Clin. Condes 20(4) 449 – 457, 2009.

Un evento para aprender y relacionarnos

Los días 12 y 13 de junio de 2015, en el Pasaje Dardo Rocha, se llevó a cabo el 3er Congreso Provincial de Fonoaudiología, organizado por el Consejo Superior del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires, un encuentro que volvió a poner en valor a nuestra querida profesión.

Luego de meses de preparación, a mediados de año, llevamos adelante el evento científico y social más relevante de la fonoaudiología de la Provincia de Buenos Aires. **Participaron 27 disertantes de primer nivel, 33 profesionales** que se inscribieron para presentar trabajos libres y más de **200 asistentes**, entre profesionales, estudiantes y autoridades del Colegio de Fonoaudiólogos.

La definición del lema "Nuevas Estrategias y Campos de Intervención Fonoaudiológicos" buscó cobijar las posibilidades y la amplitud que la profesión ofrece, hoy en día, y generar un espacio de enriquecimiento y actualización en todas las áreas de práctica.

Los disertantes que expusieron fueron:

Lic. María Elsa Echave; Lic. Elena R. Aceto; Lic. Romina Cura; Dra. Mirna Bianco; Lic. Leonor Kibrik; Lic. Mercedes Jerez; Dra. Ana Aizpún; Prof. Fga. Silvia Censi; Dra. María del Carmen Campos; Fga. Silvia Rossi; Lic. Gabriela Medina; Fga. Magda Zorzella Franco; Lic. Gabriela Castelli; Lic. Claudia Díaz; Lic. Ariel Aguirre; Lic. Ofelia Arhex; Lic. Adriana Marinsalta; Fga. Mirta Courtade; Lic. Diana Sueyro; Dra. Patricia Farías; Lic. Nora Bernardez; Lic. Fanny Suasnabar; Lic. Agustina Richiusa; Prof. María Aggio; Lic. Diana Lournagaray; Lic. Natalia Pugliese y Lic. Osvaldo Borro.

Trabajos libres

En la **Modalidad Posters** se presentaron las siguientes investigaciones:

1-Hipoacusias secuenciales a malformaciones congénitas de oídos en lactantes y niños pequeños: Posibles soluciones auditivas. Autores: Dra. Tognola, Sandra, Lic. Quiroga M. Emilia y Fga. Varino M. José. Obtuvo una mención del Comité Científico del Congreso.

2-Relación de bruxismo y trastornos témporo- mandi-

bulares con hipertrofia amigdalina. Autores: González, N.; Carretoni, A.; Gancedo, A.; Grinberg, J.; Biondi, A.; Cortese, S. Obtuvo una mención del Comité Científico del Congreso.

3-Intervención fonoaudiológica integral a propósito de un caso. Autor: Lic. Mármol Cintia.

4-Disfagia y Complicaciones Respiratorias Graves en pacientes institucionalizados con Demencia Avanzada (se les sugiere modalidad oral, si fuera posible, por ser una temática interesante). Autores: Robledo, M. Laura; Yanco, Adriana; Monteverde, Malena; Williams, Érica; Mohr, Sabrina; Rubín, Romina.

5-Evaluación de las características funcionales en la deglución de pacientes con diagnóstico neurológico. Autores: Lic. Pavón, Constanza; Lic. Portillo Mongelli, María Priscilla.

6-Disfluencias: múltiples factores. Autor: Fga. Machado, Diana.

En la **Modalidad Oral** se expusieron los siguientes trabajos:

1-Valoración de la calidad vocal en estudiantes de Locución. Autor: Lic. Jerez, Rodrigo Maximiliano. Obtuvo una mención del Comité Científico del Congreso.

2-Characterización del entorno extralingüístico en el paciente afásico: acerca de la depresión post-stroke y sus correlatos clínicos y neuropsicológicos de interés al fonoaudiólogo afasiólogo. Autores: Dra. Vázquez Fernández, Patricia y colaboradores de la Universidad FASTA. Obtuvo una mención del Comité Científico del Congreso.

3-Experiencia en salud y estética vocal con personas Trans. Autora: Lic. Zangroniz, M. Virginia

4-Precisión diagnóstica en patologías vocales. Autores: Lic. Castelli, M. Gabriela y Dra. Lucero M. Vanina.

5-Conducta de Bullying en el medio escolar hacia el niño con discapacidad en la comunicación. Autores: Dra. Vázquez Fernández, Patricia y Agüero Germán.

6-Los adultos mayores y su voz. Autora: Lic. Silnik, Analía.

7-Educación la voz desde el paradigma de la fisiología del comportamiento global. Autora: Lic. Zampa, Claudia.

8-La relajación corporal y vocal en la formación del estudiante de Lic. en Producción en Radio y TV de la Facultad de Ciencias Humanas de la UNSL. Autores: Lic. Tiznado Pincheira, Sandra T. y la Lic. Zampa, Claudia H.

En cuanto a la vinculación con otras entidades y organizaciones, se trabajó arduamente en la gestión de Declaraciones de Interés y Auspicios académicos, que serán seguramente un gran apoyo en la organización de las próximas ediciones.

A nivel local y provincial, el 3er Congreso Provincial de Fonoaudiología:

·Fue declarado de Interés Legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires por iniciativa de la Diputada Valeria Amendolara.

·Fue declarado de Interés Municipal por el Intendente de la Ciudad de La Plata, Dr. Pablo Bruera.

·Fue declarado de Interés Legislativo Municipal, por iniciativa del Presidente de Honorable Concejo Deliberante, Dr. Pedro Borgini.

Detallamos a continuación los auspicios logrados:

·Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de La Plata

·Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Católica de La Plata

·Facultad de Ciencias Médicas - Universidad FASTA – Mar del Plata

·Universidad del Museo Social Argentino

Como así también el acompañamiento institucional de:

·Federación de Entidades de Profesionales Universitarios de la Provincia de Buenos Aires

·Asociación Argentina de Audiología

·Sociedad Argentina de la Voz

·E.N.A.P.A.N – Equipo Neurolingüístico de Atención del Paciente Adulto Neurológico.

El Congreso consiguió el sponsoreo de:

·Ladie – Audiología

·Óptica Bermúdez

·Editorial Akadia

·Librería Médica

·Juegos Imantados

·ENAPAN

La comunicación en primer plano

Con el objetivo de promover el interés y generar expectativas, se creó un canal de comunicación propio para el evento: la Fan Page del Congreso Provincial. Actualmente este espacio cuenta con más de 394 seguidores. También se utilizó el sitio web del Consejo Superior para comunicar las novedades (www.cfba.org.ar).

3ER CONGRESO PROVINCIAL DE FONOAUDIOLOGÍA





3ER CONGRESO PROVINCIAL DE FONOAUDIOLOGÍA



La Fonoaudiología hoy

Por la Lic. Mónica Dudok

El término Fonoaudiología fue creado en 1951 por el Dr. Juan Manuel Tato. Desde entonces, nuestra profesión es una disciplina que va creciendo en forma constante y modificándose de acuerdo a las necesidades de la sociedad, las cuales se fueron reflejando en el perfil actual del Fonoaudiólogo.

Podemos ubicar nuestra actividad profesional, como mínimo, en tres planos diferentes: asistencial, educacional y científico, además de contar con un interminable cuerpo teórico.

A lo largo de este crecimiento, la Fonoaudiología se ha ido independizando de los Servicios de Otorrinolaringología y Odontología, para interactuar con diversas especialidades médicas y afines. Atrás quedó la imagen del Fonoaudiólogo cuya actividad era la reeducación de dislalias y estudios audiológicos.

El campo profesional fue creciendo junto a los avances de otras áreas, como por ejemplo, la tecnología que nos permite realizar estudios más sofisticados, ayudando a un diagnóstico certero. De la misma manera, las investigaciones científicas, en todas las áreas de nuestra disciplina, han aumentado considerablemente, llevándola a diversificarse cada día más.

Hoy en día, la Fonoaudiología se define como una disciplina científica cuyo objeto de estudio es la comunicación humana y su manifestación en los trastornos de la voz, la audición, el habla y el lenguaje. Persigue como objetivo la promoción, la prevención, la terapéutica y la rehabilitación de los disturbios de la voz, audición y lenguaje, sin olvidar la investigación, evaluación, diagnóstico y asesoramiento en cada una de las áreas.

Por tal motivo, podemos observar que el crecimiento de nuestra profesión se ha dado en todos los ámbitos, recuperando y generando nuevos espacios laborales relacionados con nuestra profesión.



Crecimos gracias a la gestión

Todo este crecimiento no ha resultado fácil en estos años. Se ha logrado gracias a colegas que, desde su lugar de trabajo, paso a paso, han logrado recuperar un lugar perdido o bien un nuevo espacio de trabajo relacionado con nuestro que hacer. Desde este punto de vista, se nos abre una nueva área en nuestra profesión, área que compartimos con todas las profesiones, el **área de la gestión**, la cual debe ser compartida por todos los colegas.

A lo largo de la historia de la Fonoaudiología, se han ido enfrentando diversos problemas, innumerables dificultades que, desde la gestión de las fonoaudiólogas, nuestras colegas, se fueron solucionando y sirvieron de base para seguir creciendo.

Dentro del ámbito de la Provincia de Buenos Aires, en el Colegio de Fonoaudiólogos de esa provincia (COFOBA), se trabaja y se realizan gestiones en relación a las diferentes problemáticas que se presentan. En algunos casos, con resultados positivos y, en otros, no tanto.

Paralelamente al crecimiento desde lo científico de nuestra profesión, el COFOBA también ha ido creciendo y los responsables de cada una de las Regionales han debido enfrentar diversas situaciones que conllevan a este crecimiento: la defensa de los concursos en cargos públicos, la defensa de lugares de trabajo (evitando que se ocupen esos lugares por otras profesiones), que las prácticas fonoaudiológicas sean realizadas y facturadas sólo por fonoaudiólogos, etc. Todo lo enumerado está dentro del ámbito de la gestión, del trabajo en equipo dentro de un marco de respeto y colaboración.

A su vez, deseo destacar, como integrante del Consejo Superior del COFOBA, el trabajo realizado en los dos últimos años. Una ardua labor en relación a la presentación de la modificatoria de la Ley, la presentación del nomenclador fonoaudiológico, el trabajo en relación a la habilitación de consultorios fonoaudiológicos, presentaciones en la Superintendencia de Salud y en el Ministerio de Educación fueron algunos de los objetivos propuestos en estos últimos años.

A simple vista, queda demostrado que los temas propuestos fueron muchos y de mucho valor para nuestra profesión, lográndose un trabajo y un seguimiento gracias al trabajo en equipo logrado desde una mirada colaborativa y responsable de cada uno de los Consejeros que intervinieron.

En nuestra profesión, es común escuchar “realizamos un trabajo o abordaje interdisciplinario o en equipo”. Las fonoaudiólogas realizamos ese tipo de trabajo, por ejemplo, cuando dos colegas abordan a un paciente desde la audición y el lenguaje.

Este enfoque interdisciplinario también deberíamos ponerlo en práctica desde la gestión para la defensa de nuestro trabajo.

Creo que puedo decir, con orgullo, que en estos úl-

timos dos años, en el Consejo Superior del COFOBA, se logró un trabajo interdisciplinario o en equipo, donde cada uno de los Consejeros logró dejar de lado el egoísmo, los objetivos personales, para poner sobre la mesa de trabajo la experiencia de cada uno, la escucha, la reflexión y, por sobre todo, el respeto en relación a las diferentes opiniones, llegándose así a un consenso para tomar la mejor decisión en relación a las diferentes problemáticas.

A lo largo de la historia de nuestra profesión, si bien hemos crecido desde los diferentes ámbitos laborales, debemos también crecer desde el punto de vista del trabajo en gestión para la defensa de nuestra profesión, y esto sólo lo lograremos con un trabajo en equipo de todos los que tenemos en común esta hermosa profesión que hemos elegido.



REGIONAL LA PLATA
del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires



INICIO

QUIÉNES SOMOS

COMISIONES DE TRABAJO

LICENCIATURA

NOTICIAS

PRENSA

CONTACTO



FESTEJEMOS JUNTOS

Se acerca un nuevo fin de año; época en la que nos gusta reunirnos con nuestros colegas y seres queridos a compartir, a reflexionar y



REGIONAL LA PLATA

Colegio de Fonoaudiólogos
de la Provincia de Buenos Aires

Regional La Plata Colegio de
Fonoaudiólogos Prov Bs As.
Organización

Cover Photo

Te gusta ▼

Mensaje

...

Biografía

Información

Fotos

Opiniones

Más ▾



A 1155 personas les gusta esto
Agustina Valsecchi y 16 amigos más



16 personas estuvieron aquí
Claudia Diaz



Cerrado ahora · Abre mañana a las 10:00 -
15:00

Obtener información adicional



Invitar a amigos a que indiquen que les gusta la
página



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos Prov
Bs As.

7 h · 🌐

¡LOS ESPERAMOS EN NUESTRA BIBLIOTECA!

En nuestro sitio web podrán descargar el listado actualizado de libros disponibles en nuestra biblioteca. El horario de atención es de lunes a viernes de 10 a 15hs. y los jueves, además, de 17 a 19hs.

Ver listado en: http://www.cflp.org.ar/noticia_ampliada.php?ID=331

Ingresá a nuestro sitio web y a nuestra Fan Page en Facebook

www.cflp.org.ar

Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos Pcia Bs As.

y enterate de todas las actividades
que pensamos para nuestros matriculados.



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