



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

ISSN 2346-8653



BIENVENIDOS A LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DIGITAL

Trabajos Científicos

Publican en esta edición:

Dra. Silvia L. Vega

Lic. Andrea C. Cortizo

Lic. Lorena V. Lugones y

Lic. María de los A. Argenti

Pág. 4.

Trabajos Científicos

Publican en esta edición:

Lic. Rodrigo Maximiliano Jerez

Lic. Gabriela Medina y equipo.

Pág. 19.

Opinión

Situación crítica de la Salud Vocal

Por la Lic. Claudia Díaz

Pág. 30.

Nuestras novedades bibliográficas

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



ENFOQUE NEUROLINGÜÍSTICO EN LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE INFANTIL

Además de la cuidadosa revisión de los aspectos formales del lenguaje que se realiza en esta obra, es encomiable la atención que se concede a la puesta en situación comunicativa a lo largo de todos los capítulos, ejemplificada mediante el estudio de casos.

Resulta un acierto dedicar todo un capítulo a la pragmática y otro, también muy esclarecedor, a los intercambios verbales en las diadas madre-niño afecto de Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) a partir de datos de investigación empírica.

(Juan Narbona- Profesor agregado y consultor de Neuropediatría y de Neuropsicología del desarrollo -Universidad de Navarra, España)



EVALUACIÓN FONOLÓGICA DEL HABLA INFANTIL

El objetivo de este libro es ofrecer materiales de forma específica para evaluar el sistema fonológico que subyace a las producciones verbales de la población infantil que está aprendiendo el castellano como primera lengua. La presente publicación de estos materiales se justifica por dos motivos fundamentales: la falta de gráficos (láminas) que impedía la utilización de la prueba como tal y la revisión realizada sobre los datos, teniendo en cuenta no sólo el repertorio de sonidos y su uso contrastivo sino también de adopción de criterios actualizados sobre la sílaba y su papel en la representación fonológica de las palabras y su producción.



PSICOGERIATRÍA CLÍNICA

Este libro abarca los temas de mayor relevancia de la psicogeriatría. Los autores, psiquiatras y psicólogos, han realizado una obra que es el corolario de más de treinta años de trabajo y estudio en torno al adulto mayor y sus vicisitudes. El libro aspira a constituirse en un manual de consulta para los profesionales interesados en la vejez, con sus peculiaridades y sus tratamientos específicos.

Préstamos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.

No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



¿Por qué ya no imprimimos nuestra revista?

Nos adaptamos a los tiempos que corren, ahorramos dinero y papel, reducimos los tiempos de envío y, sobre todo, cuidamos el medio ambiente.

Los problemas económicos de las instituciones de la provincia de Buenos Aires se han acentuado a lo largo de los años. Por tal motivo, quienes estamos al frente de ellas, todos los años, debemos afrontar el mismo desafío: administrar recursos escasos, cuyos costos fijos son cada vez más altos.

Tal es el caso de nuestra querida y prestigiosa Revista Científica, cuya producción conlleva elevados costos de imprenta y distribución. Por esta razón, y con el objetivo de seguir construyendo y multiplicando el conocimiento científico, hemos decidido transformarla en una publicación digital, lo que supone un importante ahorro de dinero, pero, además, una alineación automática a todas las acciones que la Regional La Plata desarrolla para concientizar sobre el cuidado del medioambiente. Reducir la emisión de papel, es, además, un paso más en ese sentido.

De la misma manera, entendemos que los hábitos de lectura también cambiaron y este cambio fue, sin dudas, provocado por Internet. La novedad de este “nuevo” hábito de lectura es que nos estamos acostumbrando a leer cada vez más en pantallas, en cualquier lugar, gracias a la gran cantidad de soportes tecnológicos con los que contamos hoy en día.

Es posible que hasta los más “ávidos lectores”, en realidad, lean más tiempo delante de la computadora, la tablet o el teléfono personal que libros impresos, por alguna razón u otra, desde la más profesional hasta la más aparentemente trivial.

Sin embargo, creemos que, en esta nueva era digital, siguen conviviendo muchas personas que valoran los libros impresos. Por tal motivo, la Regional La Plata conserva su biblioteca con publicaciones referidas a nuestra profesión, que es cada vez más concurrida por los matriculados.

Nuestra adaptación al cambio

Estamos convencidos de que, en la era digital actual, la información es lo que prima y el soporte desde donde se la lea es secundario. Esperamos que, entre todos, nos podamos adaptar a este cambio que ya es una realidad en innumerables instituciones del país y del mundo.

Si cambiamos este hábito de lectura y aprendemos a compartir este conocimiento de manera digital, estamos seguras de que los autores que publiquen tendrán aún más visibilidad que antes.

Lic. María Alejandra Morchón

Presidente Colegio Regional La Plata

Lic. Irene Fernández

Directora General de la Revista Científica

Staff

Edición N° 5

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

Sumario



Protocolo de ensayo clínico para la aplicación de telepráctica en afasia leve

de la Dra. Silvia L. Vega y la
Lic. Andrea C. Cortizo



Construcción de indicadores fonoaudiológicos para la elaboración del perfil de atención en el hzec "El Dique"

De las Lics. Lorena V. Lugones y
María de los A. Argenti.

**Terapéutica vocal aplicada
en docentes: revisión**
Del Lic. Rodrigo Maximiliano Jerez

13

19

Derivación escolar oportuna y adecuada del niño con discapacidad

De la Lic. Gabriela Medina y equipo.

Opinión
**Situación crítica de la Salud
Vocal de los docentes de la
Provincia de Buenos Aires**
Por la Lic. Claudia Díaz

24

30

Trabajo Científico N° 1

PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO PARA LA APLICACIÓN DE TELEPRÁCTICA EN AFASIA LEVE

Dra. Silvia L. Vega

*Fonaudióloga. Especialista en
Perturbaciones de la Comunicación Humana.
Experticia en Neurorrehabilitación
del lenguaje en adultos.
Profesora del ISFDyT No 9, UCALP y UTN FRLP*

Lic. Andrea C. Cortizo

*Lic. en Análisis de Sistemas
Lic. en Fonoaudiología
Profesora del ISFDyT No 9, UTN FRLP, Programa
Provincial de Discapacidad. Ministerio de Salud
de la Provincia de Buenos Aires*

Resumen:

Lev_Aphasia es un Sistema Web que, a través de Telepráctica, propone una terapia para rehabilitar personas afásicas de grado leve. Como paso inicial, se elaboró un protocolo de ensayo clínico para probar su eficacia terapéutica que fue aprobado por la Comisión Conjunta de Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Palabras claves: Afasia Leve, Ensayo Clínico, Telepráctica

Abstract:

Lev_Aphasia is a Web system that, through Telepractice, proposes a therapy to rehabilitate individuals with mild aphasia. As an initial step, a clinical trial protocol was developed to test its therapeutic efficacy. It was approved by the Comisión Conjunta de Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Keywords: Mild Aphasia, Clinical Trial, Telepractice

Introducción:

En la Universidad Tecnológica Nacional, Facultad Regional La Plata, en el Área de Salud del Grupo de Investigación y Desarrollo Aplicado a Sistemas Informáticos, de la carrera de Ingeniería en Sistemas de Información, hemos trabajado en el proyecto “Rehabilitación de trastornos del lenguaje de origen neurológico a través de la WEB”, del que se obtuvo un prototipo, “Lev_Aphasia”, utilizando telepráctica para personas afásicas de grado leve. Habitualmente, hemos observado que, en la oferta tecnológica, aparecen diversos programas informáticos para rehabilitación del lenguaje que no documentan el procedimiento para probar su eficacia terapéutica. Es decir, ¿hasta qué punto estas aplicaciones producen los efectos que dicen obtener? En tal sentido, si bien el prototipo “Lev_Aphasia” fue probado en casos particulares, para generar rehabilitación basada en la evidencia, es necesario efectuar el correspondiente ensayo clínico.

¿De qué se trata Lev_Aphasia?:

1. Antecedentes

LEV_APHASIA es un Sistema Web cuyo objetivo se orienta a la población de personas adultas con trastornos lingüísticos de origen neurológico que por diversas razones no pueden acceder a tratamientos sistemáticos presenciales.

Es el producto del proyecto “Desarrollo de software para aplicar al diagnóstico, análisis y tratamiento de la afasia leve” llevado a cabo en el ámbito del Laboratorio de Innovaciones en Sistemas de Información (LINSI) de la Universidad Tecnológica Nacional - Facultad Regional La Plata, en el marco del Concurso de Subsidios para Proyectos de Investigación Aplicada en el Área de Tecnologías de la Información y la Comunicación - Convocatoria CITIC 2008 (Sinergia TIC).

En una segunda etapa, se desarrolló el “Software para el tratamiento de las alteraciones en la Afasia Leve” PID UTN1120 disp.122/10, un proyecto de Investigación y Desarrollo de la Secretaría de Ciencia, Tecnología y Posgrado de la Universidad Tecnológica Nacional.

El proyecto actual se denomina “Rehabilitación de trastornos del lenguaje de origen neurológico, a través de la Web” PID cód. UTI1802, homologado en SCTyP de Rectorado de la UTN y en el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

2. Marco Teórico

2.1 Afasia Leve

Desde una perspectiva tradicional, la Afasia se define como un trastorno de la habilidad para comprender y formular el lenguaje debido a una lesión adquirida en el sistema nervioso central. Como tal, es un síndrome multimodal representado por una variedad de alteraciones en la comprensión auditiva, producción del lenguaje oral, lectura y escritura.

A partir de un cambio paradigmático, coincidente con la concepción de la OMS (2001), que pasa de una clasificación centrada en aspectos psicobiológicos a un modelo bio-psico-social de la discapacidad, la Afasia se define como “la pérdida de la capacidad para comprender y usar el lenguaje que lleva a una habilidad reducida para comunicarse, establecer y mantener interacciones y cumplir con los roles sociales en la vida.” (Lasker, Garret y Fox, 2007).

Si a la hora de definir el síndrome afásico no hallamos mayores dificultades, no ocurre lo mismo cuando se pretende delimitar el concepto de AFASIA LEVE¹ (Mild Aphasia²), tanto por la escasa literatura científica que aborda este tema como por la falta de consenso para arribar a una definición operacional de dicho constructo teórico.

En general, cuando se habla de “afásicos leves”, se está haciendo referencia a aquellos individuos que poseen desempeños lingüísticos cercanos a los normales, pero que tienen dificultad para evocar ciertas palabras -las más recientemente adquiridas, más abstractas, más largas y menos frecuentes- (Hickin, Metha y Dipper, 2015) y habitualmente necesitan más tiempo del usual para comunicarse. Como se expresa en uno de los portales del sitio del Aphasia Center of California: “La afasia leve es también afasia” que constituye una real limitación en el desempeño sociolaboral de la persona que la padece.”

La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) define al paciente con afasia leve como aquél que “es capaz de mantener una conversación normal en muchas circunstancias pero que puede tener problemas para comprender el lenguaje cuando es extenso o complejo y en hallar las palabras para expresar una idea o explicarse -similar a tener una palabra “en la punta de la lengua”-”.

En los últimos años, se ha progresado en la descripción de los síntomas presentes en individuos afásicos leves. En este sentido, Ross y Wertz (2004)

1. La afasia leve ha sido denominada también afasia “residual”, término que no adoptaremos porque connota una noción de cronicidad o irreversibilidad que se puede aplicar tanto a cuadros fásicos severos, moderados como leves.

2. En inglés: “Mild Aphasia is still Aphasia”.

sostienen que los adultos mayores normales y los individuos que padecen afasia leve pueden mostrar trastornos similares en la comprensión y expresión del lenguaje:

“Tanto individuos afásicos como adultos mayores normales pueden presentar dificultad en la comprensión de frases sintácticamente complejas e inferencia en párrafos extensos. Similarmente, déficits en la denominación, comunes en la afasia -acceso lexical, denominación de objetos, latencias y fluencia de palabras, fluencia verbal- pueden también estar asociados con el incremento de la edad. Ambas poblaciones pueden también mostrar cambios en el flujo del habla manifestando hiper o hipo fluencia. Además, pueden presentar reducción del contenido del habla caracterizado por un aumento en el uso de términos indefinidos, reducción en las formas verbales, decremento de la complejidad sintáctica y disminución en la claridad lingüística”.

Dichos síntomas pueden pasar desapercibidos en el afásico leve, pareciendo “normal” al entorno que lo rodea, sin embargo, aquéllos son padecidos a diario. La persona afectada lucha para poder encontrar las palabras que quiere expresar, para leer y para escribir. La energía consumida para cumplir con estas exigencias lingüísticas cotidianas suele ser inadvertida por los demás. Comprender un chiste, anotar rápidamente un número telefónico, hacer un trámite bancario, expresar una opinión de manera precisa, entre otras, pueden convertirse en tareas agotadoras que no siempre tienen una resolución exitosa.

En el ámbito clínico, la afasia leve representa un desafío ya que es muy frecuente que las pruebas estandarizadas no sean lo suficientemente sensibles para captar los déficits sutiles presentes en este tipo de casos, dando resultados normales, o muy cerca de los límites normales, a pesar de que la persona manifiesta restricciones para comunicarse cotidianamente (Gober; 2013) viendo restringida su participación social y, por ende, su calidad de vida.

En los últimos años, en diversos estudios de investigación, se ha observado que los problemas de comunicación en la afasia leve van más allá de los déficits en el sistema lingüístico, involucrando otras funciones del sistema cognitivo.

Murray, Holland y Beeson (1997) sostienen que personas con afasia leve pueden presentar dificultades en tareas de atención selectiva y de atención

dividida, independientemente de la localización de la lesión y que dichos trastornos atencionales y de asignación de recursos cognitivos (resource allocation) interactúan negativamente en sus habilidades de procesamiento auditivo.

En la misma línea, Monetta, Harnel y Joannette (2001) manifiestan que “es altamente probable que los daños de la comunicación verbal de los individuos lesionados cerebrales deban ser explicados -al menos hasta un cierto punto- en términos de recursos cognitivos”.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que los modelos de atención, así como los de memoria, reconocen la relación complementaria entre la memoria de trabajo y las funciones atencionales complejas (Murray, 2012).

En base a las observaciones, derivadas de la práctica clínica y sustentadas en los hallazgos de la literatura científica actual, de que los sujetos afásicos pueden presentar, además, compromiso de otras funciones cognitivas, no puede dejar de considerarse, a la hora de planificar un programa de rehabilitación para afásicos leves, tareas que ejerciten las funciones atencionales complejas y la memoria de trabajo, a fin de proporcionar al paciente un entrenamiento integral que no se limite a los fallos lingüísticos y que dé cuenta de sus dificultades de desempeño diario.

La característica “invisibilidad” de la afasia leve (sus déficits son sutiles) puede generar consecuencias no deseadas.

Por un lado, la persona afásica suele sentirse incomprendida porque su entorno no advierte las dificultades que está padeciendo. Por el otro, no siempre es diagnosticada porque, como ya se señaló, los tests tradicionales suelen no detectar dichos déficits.

Por último, la persona con afasia leve, aun correctamente diagnosticada, no siempre puede recibir tratamiento rehabilitador con la frecuencia deseada ya sea porque los servicios hospitalarios deben priorizar la atención de pacientes con niveles de afectación más severos o porque las obras sociales ya no brindan cobertura y el paciente no puede pagar los honorarios de un profesional privado.

Ante estas situaciones, la telepráctica aparece como una opción válida, no excluyente de la terapia cara a cara sino complementaria a ella.

2.2_Telepráctica

La Internet permite a los usuarios de computadoras acceder remotamente a otros equipos y almacenes de información, fácilmente, donde quiera que estén. Esta posibilidad se aplica al ámbito de la salud, dando origen a diversos términos: “telemedicina”, “tele-rehabilitación” y “telepráctica”.

Telemedicina es “el uso de información electrónica y tecnología de comunicación para proveer servicios de salud cuando hay una distancia que separa a los participantes” (Hatsakis, Haselkom, Williams, Turner & Nichol, 2003). La telemedicina, es un término general que engloba actividades como diagnóstico a distancia o diagnóstico remoto, video conferencia entre profesionales, medición y monitoreo de algunos parámetros del organismo de los pacientes (glucosa, presión arterial, etc.), almacenamiento digital de fichas clínicas, teleconsultas y otros.

Telerrehabilitación es la “aplicación de tecnología en telecomunicaciones que sustenta un Servicio de Rehabilitación” (Russell, 2007). Particularmente, la telerrehabilitación se aplica a la rehabilitación motriz a distancia.

La ASHA define telepráctica como “la aplicación de la tecnología de las telecomunicaciones para la prestación de servicios profesionales a distancia mediante la vinculación terapeuta-paciente, o terapeuta-terapeuta, para la evaluación, la intervención y/o consulta” (ASHA, 2012).

La aplicación de telepráctica está evolucionando constantemente, desde la utilización de sistemas de video conferencia, a hardware y software basado en Web, significativamente menos costoso (ASHA, 2005). La telepráctica basada en Web se describe como un entorno virtual en el que el terapeuta y el paciente están conectados virtualmente e interactúan en tiempo real a través de audio y video con imágenes auténticas, videos y materiales de aprendizaje (Towey, 2012).

El terapeuta y el paciente están “virtualmente” comprometidos, cada uno en su computadora con una conexión de cámara Web y conexión a Internet de alta velocidad. Ambos manipulan materiales y hacen uso de video y audio de alta definición.

La telepráctica en la terapia del habla y del lenguaje, aplicada con criterio por profesionales capacitados,

está transformando la administración de terapia del lenguaje. Actualmente se pueden utilizar dispositivos de bajo costo para proporcionar un tratamiento de calidad más barato en el lugar donde la gente vive, aprende y trabaja -en cualquier parte del planeta- (Towey, 2012).

Entre los beneficios que brinda esta modalidad terapéutica, pueden mencionarse la accesibilidad del paciente a la rehabilitación sin tener que viajar y con bajos costos, y la posibilidad de que el terapeuta pueda atender a varios pacientes en un mismo lapso de tiempo.

Las demandas de una sociedad que se transforma rápida y permanentemente por la tecnología obliga a los terapeutas del habla y lenguaje a reconsiderar la forma en que se presta el servicio de terapia del lenguaje, tanto a los pacientes adultos como a los pediátricos, cuyas expectativas serán cada vez más influenciadas por el fácil acceso a la tecnología en la vida cotidiana.

Estos nuevos modelos en la prestación de servicios, tales como la telepráctica, tendrán que ser considerados en respuesta a protocolos de tratamiento basados en la evidencia y la necesidad de facilitar la auto-gestión de los pacientes.

Investigaciones recientes destacan la validez y fiabilidad de la telepráctica en la terapia del habla y del lenguaje en una variedad de trastornos de la comunicación (Theodoros, 2012).

El primer uso documentado de telepráctica dentro del campo de la patología del habla y del lenguaje se describió utilizando telepráctica con personas con afasia.

Algunas investigaciones sugieren que la telepráctica es una manera eficaz para prestar servicios a las personas afásicas, como así también para mejorar la calidad de los servicios al permitir hacer evaluaciones, intervenciones y consultas a las personas que residen en áreas geográficamente remotas, tiempo de viaje y maximizando la utilidad de los recursos materiales (Hall, et al; 2013).

Durante las próximas décadas, los terapeutas del habla y lenguaje experimentarán cambios significativos respecto del alcance de las prácticas, los modelos de prestación de servicios y los recursos disponibles. Dichos cambios se verán impulsados por las deman-

das de la población que envejece, la necesidad de proporcionar servicios equitativos, independientemente de la ubicación y la capacidad del paciente, los avances en la neurociencia y el rápido desarrollo de la tecnología.

El reto para la profesión será el de participar y abrazar estos cambios a medida que avanza el siglo XXI (Theodoros, 2012).

Actualmente, uno de los principales desafíos de la telerrehabilitación (tanto de la rehabilitación de funciones cognitivas como motoras) es desarrollar sistemas que permitan la ejecución de las tareas pautadas por el terapeuta, de manera segura y controlada. Además, es necesario que el diseño de las plataformas contemple un repertorio de tareas, ya sea para la rehabilitación funcional o para la rehabilitación neuropsicológica, suficientemente amplio como para desarrollar un programa terapéutico integral y personalizado.

Asumir este compromiso permitirá desarrollar sistemas con mayor aceptación, un mayor número de potenciales usuarios, mayor viabilidad económica de desarrollo y un precio final más asequible (Tormos-Muñoz y colabs; 2007).

Los sistemas de telerrehabilitación han de ser atractivos para el terapeuta y para el paciente, fáciles de utilizar, aceptables desde el punto de vista estético, seguros, económicos, personalizables y con capacidad de análisis de una correcta realización de la terapia.

El diseño debe potenciar la relación terapeuta-paciente, así como ser aceptado por el cuidador (Cano de la Cuerda y colabs.; 2010).

3. Estructura del Prototipo "Lev_Aphasia"

LEV_APHASIA posibilita manipular variables psicolingüísticas (grado de frecuencia de uso, categoría semántica, categoría gramatical, número de sílabas, etc.), configurar y testear la cantidad de intentos y el tiempo de ejecución.

Es un sistema que puede ser utilizado por cualquier afásico cuya lengua activa sea el idioma español, indistintamente de la zona geográfica donde se encuentre, requiriendo sólo una computadora con acceso a internet.

Imagen 1. Pantalla de Inicio de Sesión de Usuario Paciente

Imagen 2. Pantalla de Inicio de Terapia de Usuario Paciente

Facilita el acceso a la terapia a las personas con dificultades motoras severas o que vivan en lugares alejados de los centros de salud y posibilita disminuir la frecuencia de asistencia con el consecuente ahorro en costos de traslado. También permite beneficios de accesibilidad como la conexión de mouses adaptados, ofrece una terapia sistematizada, configurable y personalizable y posibilita que el paciente

realice la ejercitación en el horario que le resulte más conveniente.

El profesional puede monitorear la performance del paciente accediendo a la base de datos de resultados (aciertos, cantidad de intentos antes de resolver cada ejercicio, tiempo de respuesta, tipo de error, etc.), lo cual le permite proveer más ejercitación y evolucionar el nivel de complejidad en el proceso terapéutico de cada paciente, cuando lo considere adecuado.

Los resultados conforman una base de datos que permitirá obtener conclusiones sobre la telepráctica aplicada.

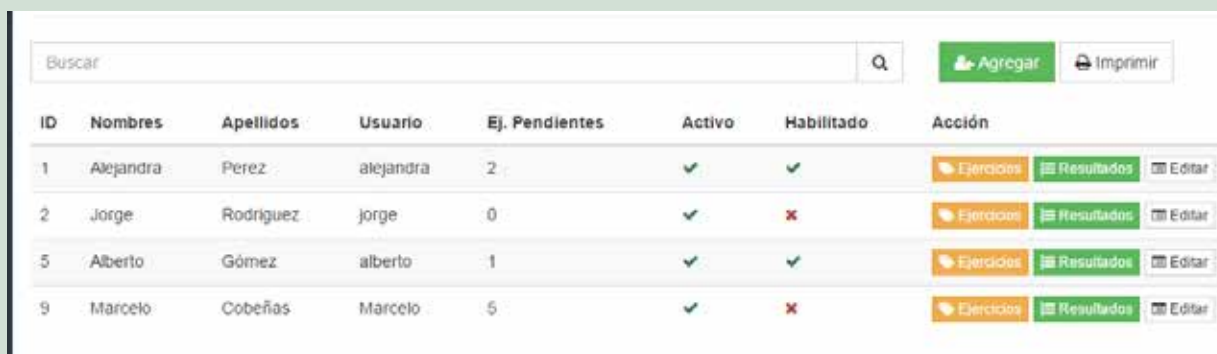
¿Cuáles son los efectos de la aplicación del sistema web “lev_aphasia” en el tratamiento de la afasia leve?

Objetivos:

Objetivos generales:

Conocer los efectos de la aplicación del sistema Lev_Aphasia en personas que presentan afasia leve, atendidas en consultorios privados y centros de atención de la salud públicos de la provincia de Bs. As.

Conocer la opinión de pacientes y terapeutas sobre la implementación de LEV_APHASIA



ID	Nombres	Apellidos	Usuario	Ej. Pendientes	Activo	Habilitado	Acción
1	Alejandra	Perez	alejandra	2	✓	✓	Ejercicios Resultados Editar
2	Jorge	Rodriguez	jorge	0	✓	✗	Ejercicios Resultados Editar
5	Alberto	Gómez	alberto	1	✓	✓	Ejercicios Resultados Editar
9	Marcelo	Cobefias	Marcelo	5	✓	✗	Ejercicios Resultados Editar

Imagen 3. Interfaz de Usuario Terapeuta (monitoreo performance del paciente)

LEV_APHASIA consta de tres módulos de estimulación:

- LENGUAJE,
- ATENCIÓN
- MEMORIA.

El módulo de LENGUAJE presenta tres ítems de estimulación: a) Denominación, b) Lenguaje en uso y c) Relaciones lógico-semánticas.

Las diferentes ejercitaciones están organizadas en tres niveles de dificultad: baja, media y alta.

El módulo de ATENCIÓN estimula la Atención Dividida (capacidad para responder simultáneamente a dos o más tareas relevantes).

El módulo de MEMORIA estimula la Memoria de Trabajo (capacidad para manipular temporariamente información necesaria para resolver una tarea de mayor complejidad).

4. Protocolo de Ensayo Clínico

A partir del marco teórico explicitado, se propone responder a la siguiente pregunta:

Objetivos específicos:

- Conocer el nivel de mejoría del paciente respecto de sus déficits del lenguaje, de la atención dividida y en memoria de trabajo, según edad, género, nivel educativo y tiempo transcurrido desde el episodio causante de la afasia.

- Conocer la adherencia al tratamiento según edad, género, nivel educativo y tiempo transcurrido desde el episodio causante de la afasia.

- Conocer la opinión de los pacientes sobre Lev_Aphasia.

- Conocer la opinión y propuestas de los terapeutas sobre Lev_Aphasia.

Tipo de estudio:

Descriptivo-Observacional

Lugar:

Consultorios privados, Clínicas privadas, Hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

Tiempo:

La fecha de inicio será aquella en la que se reclute al primer paciente, a partir de la cual se continuará hasta alcanzar el número de 10 pacientes.

El estudio finalizará cuando el último paciente reclutado haya cumplido los tres meses de tratamiento.

Población:

La población en estudio estará constituida por pacientes afásicos de ambos sexos, de entre 18 y 65 años, de habla hispana -familiarizados con el lenguaje urbano de la prov. de Buenos Aires- y sus terapeutas.

Criterios de inclusión para los pacientes:

- Tener afasia leve.
- Ser capaz de usar una computadora (notebook o PC de escritorio).
- Haber completado el nivel de escolaridad primario.
- Ser hablantes activos de español, familiarizados con el lenguaje urbano de la prov. de Buenos Aires.
- No presentar alteraciones en la adquisición del lenguaje, lectura o escritura.

Criterios de exclusión para los pacientes:

- Tener afasia por enfermedad neurodegenerativa.
- Tener afasia post traumatismo encéfalo-craneano.
- Tener afasia debido a tumor cerebral.
- Tener antigüedad inferior a seis meses de instalación del cuadro afásico.
- Presentar trastornos auditivos severos o hipoacusia sin equipar.
- Presentar trastornos visuales severos o disminución visual sin equipar.

Definición teórica y operacional de variables

Afásico leve:

Teniendo en cuenta lo explicitado en el marco teórico, en la presente investigación se considera persona afásica leve a aquella que tiene un desempeño lingüístico cercano a la normalidad pero que presenta dificultad para evocar palabras y para comprender el lenguaje complejo, con el compromiso coexistente de atención dividida y/o memoria de trabajo.

	VARIABLES	DIMENSIONES	LÍNEA DE BASE
AFASIA LEVE Cociente Afasia Leve BAW (76 a 93,8) o normal con quejas afásicas	Déficits lenguaje	Anomias. Fallas en la comprensión auditiva y/o escrita de material lingüístico complejo. Fallas en comunicación funcional.	Test Vocabulario de Boston. Protocolo MEC. <i>Token test</i> . Narración "Hecho aterradorante" (Gober).
	Déficits atención dividida	Dificultad para compartir la atención entre dos o más fuentes o tipos de información, o dos o más operaciones mentales, de manera simultánea.	<i>Trail Making test (B)</i> . <i>Stroop Color Test</i> .
	Déficits memoria de trabajo	Dificultad para manipular temporariamente información necesaria para resolver una tarea de mayor complejidad.	Ordenamiento de letras y Números (WAIS III)

De los pacientes:

- Edad: se considerará la edad al momento de incorporarse al estudio. Categorías (en años): 18 a 30 – 31 a 45 – 46 a 55 – 56 a 65
 - Género. Categorías: Varones – Mujeres
 - Nivel educativo. Categorías: Primario incompleto – Primario completo – Secundario incompleto – Secundario completo – Terciario/universitario incompleto – Terciario/universitario completo.
 - Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de afasia. Categorías (en meses): 6 a 12 meses - 13 a 24 meses – 25 a 36 meses ...
 - Mejoría en déficits detectados en la línea de base. Categorías: sin mejoría, <50% y >=50% y < 100, mejoría completa.
 - Opinión respecto del uso de Lev_Aphasia (categorización ex post facto)
 - Nivel de adherencia al tratamiento (Esfuerzo y Satisfacción).
- De los terapeutas:
- Opinión respecto del uso de Lev_Aphasia (categorización ex post facto)
 - Propuestas sobre la aplicación del sistema (categorización ex post facto)

Metodología

1. Se capacitarán a los profesionales que llevarán a cabo el proceso terapéutico a través de Lev_Aphasia.
2. Se seleccionarán los pacientes según criterios de inclusión y de exclusión y pruebas neuropsicológicas.

cas.

3. Se determinará el perfil inicial de desempeño de cada paciente (línea de base) antes de comenzar la telepráctica; en base a las siguientes pruebas:

3.1. BAW (Batería de Afasia de Western).

3.2. Test de Vocabulario de Boston.

3.3. Token Test.

3.4. Comunicación Funcional ("Hecho atemorizante" GOBER-).

3.5. Protocolo MEC (Evaluación de la Comunicación de Montreal):

3.5.1. Cuestionario sobre conciencia de las propias dificultades y su impacto.

3.5.2. Metáforas (interpretación de sentido figurado).

3.5.3. Interpretación de Actos de Habla directos e indirectos de acuerdo al contexto situacional.

3.5.4. Juicios Semánticos (identificar y explicar relaciones semánticas entre palabras).

3.5.5. Discurso Narrativo: capacidad para comprender y recordar un texto narrativo.

3.6. Trail Making Test (B).

3.7. Stroop Color Test.

3.8. Ordenamiento de letras y números (WAIS III).

4. Cada paciente deberá llevar a cabo 5 tele-sesiones semanales por el término de 4 semanas.

5. Se evaluará la línea de base post telepráctica (1 mes de iniciada).

6. Se enviará un cuestionario autoadministrado de satisfacción: a) a cada terapeuta y b) a cada paciente.

7. Se continuará con telepráctica durante 8 semanas, con la misma frecuencia.

8. Se evaluará la línea de base post telepráctica (3 meses de iniciada).

9. Se evaluarán los resultados finales pre-post telepráctica en lenguaje, atención dividida y memoria.

10. Se enviará cuestionario autoadministrado de satisfacción -esfuerzo y motivación-: a) terapeutas y b) pacientes.

de personas con Afasia Leve, se prevén sesiones de 60 minutos con, al menos, 30 ejercicios por sesión, dependiendo del diseño terapéutico para cada individuo.

La creación y consecuente carga en la base de datos de la totalidad de los ejercicios terapéuticos necesarios demandarán el trabajo de Especialistas en rehabilitación del lenguaje en adultos y del equipo técnico de desarrollo del software -con una carga horaria de 20 horas semanales- durante 4 meses, aproximadamente.

Actualmente, el equipo del proyecto Lev_Aphasia se encuentra a la espera de financiación para llevar a cabo el proceso descripto.

Una vez obtenido el financiamiento necesario, se podrá cumplir con la aplicación del Protocolo de Ensayo Clínico, llevar a cabo el análisis de los resultados y plantear mejoras al Sistema Lev_Aphasia.

Resultados

El Protocolo descripto fue aprobado por la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Expediente No. 29191105/15. Fecha de Registro: 24 de Junio de 2015).

Para llevar a cabo el Ensayo Clínico donde se aplicará el Protocolo presentado en este artículo, se necesita crear, aproximadamente, 2000 ejercicios terapéuticos. Esta estimación se basa en programas validados, como SmartBrain, que proponen sesiones de 30 minutos, con 20 a 24 ejercicios por sesión, para personas con Deterioro Cognitivo Leve. En el caso

Bibliografía:

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2009) -on line- Disponible en: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/afasia.ht>
2. Aphasia Center of California: www.aphasiacenter.org
3. Cano de la Cuerda, R; Muñoz-Hellín, E; Alguacil-Diego, I M.; Molina-Rueda, F. (2010) Telerrehabilitación y neurología; - www.neurologia.com Rev Neurol 2010; 51 (1): 49-56
4. Gober, J. (2013). "Characterizing Subtle Deficits in Mild Aphasia: A Clinical Case Study." The Eagle Feather 10. doi:10.12794/tef.2013.251.
5. Hall N, Boisvert M, Steele R; (2013) Telepractice in the Assessment and Treatment of Individuals with Aphasia: A Systematic Review; International Journal of Telerehabilitation • Vol. 5, No. 1 Spring 2013 • (10.5195/ijt.2013.6119)
6. Hatsakis, Haselkom, Williams, Turner & Nichol (2003). Telemedicine and the delivery of health services to veterans with multiple sclerosis. J Rehabil Res Dev. 2003 May-Jun; 40(3):265-82.
7. Hickin J, Mehta B y Dipper L (2015). To the sentence and beyond: a single case therapy report for mild aphasia, Aphasiology, 29(9), pp. 1038-1061
8. Lasker, Garret y Fox (2007). In D. Beukelman, K. Garrett, & K. Yorkston (Eds.). Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions. Baltimore: Paul H. Brookes Co.
9. Monetta, L.; Harnel, K. y Joannette, Y. (2001). Lenguaje y atención: el desafío de evaluar los recursos cognitivos. Revista Española de Neuropsicología, vol.3, No.4, 2001, págs. 3-11.
10. Murray, L. (2012) Attention and Other Cognitive Deficits in Aphasia: Presence and Relation to Language and Communication Measures. American Journal of Speech-Language Pathology. Vol. 21 • S51–S64 • May 2012.
11. Murray, L.; Holland, A.; Beeson, P. (1997). Auditory processing in individuals with Mild Aphasia. A study of Resource Allocation. Journal of Speech, Language, and Hearing Research August 1997, Vol.40, 792-808. doi:10.1044/jslhr.4004.792
12. Ross K. y Wertz R. (2004). Accuracy of formal tests for diagnosing mild aphasia: An application of evidence-based medicine. Aphasiology, 18 (4), pp. 337-355
13. Russell, T. (2007). Physical Rehabilitation using Telemedicine. J Telemed Telecare July 1, 2007 vol. 13 no. 5 217-220
14. Theodoros D; (2013) Telepractice and Technology for Speech Language Therapy: The Future in Service Delivery; European CPLOL Congress 2013; The

Hague; Holland

15. Tormos-Muñoz J, Gómez EJ, García-Molina A, Opisso E, Maspons R. (2007) Análisis del estado actual de los servicios de telemedicina enfocado a evaluar la viabilidad de un programa de telerrehabilitación en pacientes con una gran discapacidad de origen neurológico. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/11.
16. Towey M, (2012) Speech Telepractice: Installing a Speech Therapy Upgrade for the 21st Century; Maine International Journal of Telerehabilitation • Vol. 4, No. 2 Fall 2012 • (10.5195/ijt.2012.6112).

Trabajo Científico N° 2

CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES FONOAUDIOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PERFIL DE ATENCIÓN EN EL HZEC “EL DIQUE”

Lic. Lorena V. Lugones

Licenciada en Fonoaudiología de la UNLP

Lic. María de los A. Argenti

Licenciada en Fonoaudiología de la UNLP

Resumen:

El objetivo de la investigación fue analizar el quehacer fonoaudiológico en el HZEC (Habría que aclarar esta sigla) “El Dique”, Ensenada, durante el período septiembre 2013 - agosto 2015, para elaborar un perfil de atención confeccionando indicadores de producción que permitieron valorar 2569 prestaciones fonoaudiológicas realizadas a pacientes mayores de 15 años ingresados en Sala de Rehabilitación Neuro-ortopédica y derivados para Interconsulta. El diseño fue no-experimental de tipo descriptivo y el abordaje cuantitativo. Se recopilaron los datos del registro mensual de procedimientos y prácticas del consultorio de fonoaudiología y se analizaron mediante estadística descriptiva. El perfil prestacional del área se conforma por un Índice de Despistaje del 4%, Índice de Evaluación del 19%, Índice de Tratamiento del 69% y el Índice de Promoción y Prevención del 8%. Respecto a las evaluaciones específicas, obtuvimos los siguientes Índices: Afasia 12%, Disartria 6%, Disfagia 20%, Neurocognitiva 5%, Parálisis Facial 1% y CUD 56%. En cuanto a los tratamientos, los índices fueron: Afasia 30%, Disartria 27%, Disfagia 29%, Neurocognitivo 13% y Parálisis Facial 1%. La tendencia de las prestaciones dentro del período fue constante y el perfil hallado responde de manera coherente al propósito del hospital de brindar tratamientos de rehabilitación. Contar con indicadores de producción nos permite construir una base de datos para cuantificar, planificar y monitorear las prestaciones y realizar acciones de mejoramiento que sean visibles y de alto impacto para la práctica fonoaudiológica y para la comunidad, y además nos posibilitará desarrollar indicadores de calidad de la atención. Consideramos que esta investigación es significativa ya que ofrece la posibilidad de ser replicada en otras unidades y/o Áreas de Fonoaudiología de hospitales públicos.

Palabras clave: indicadores, prestaciones, salud pública

Abstract:

The aim of the research was to analyze the phonoaudiological activity in the Zonal Hospital for Chronic Patients "El Dique", in Ensenada, from September 2013 to August 2015, to elaborate an attention profile, drawing up production indicators which allowed to value 2569 phonoaudiological performances made to patients older than 15 years old, who were admitted in the neuro-orthopedic rehabilitation room and derived for a referral. The design was non-experimental and descriptive, and the approach was quantitative. Information was collected from the monthly register of procedures and practices of the phonoaudiology office and it was analyzed through Descriptive Statistics. The appropriate Area profile is made up of a Screening Rate of 4%, Evaluation Rate of 19%, Treatment Rate of 69% and Promotion and Prevention Rate of 8%. As regards the specific Evaluations, we obtained the following rates: Aphasia 12%, Dysarthria 6%, Dysphagia 20%, Neurocognitive 5%, Facial Paralysis 1% and Unique Certification of Disability 56%. Regarding the treatments, the rates were: Aphasia 30%, Dysarthria 27%, Neurocognitive 13% and Facial Paralysis 1%. The tendency of the performances during the periods was constant and the profile found responds coherently to the hospital aim of providing rehabilitation treatments. Having production indicators allows us to construct a database to quantify, plan and monitor the performances and carry out improvement actions which are visible and of a great impact for the phonoaudiological practices and the community, and besides, it will enable the development of attention quality indicators. We consider this research meaningful since it offers the possibility of being replicated by other phonoaudiological units or areas in public hospitals.

Keywords: indicators, performances, public health

Introducción:

Los registros estadísticos del Área de Fonoaudiología del HZEC “El Dique” reflejan las consultas de primera vez y ulteriores que se llevan a cabo en el área, pero no aquellas otras actividades que realizan los profesionales, tales como docencia e investigación, prevención y promoción, asesoramiento, planificación.

Dado que en la actualidad todo profesional universitario que se desempeña en el ámbito de la salud pública tiene el deber y la necesidad de cooperar activamente con los programas sanitarios que impulsan la investigación en salud, promueven modelos de gestión por resultados y consideran a la promoción y prevención como principal estrategia de la atención primaria de la salud, estimamos fundamental informar y mensurar la totalidad de las actividades realizadas.

De esta manera, surge la necesidad de valorarlas y jerarquizarlas construyendo indicadores que “... contribuyan a desarrollar una cultura organizacional orientada a los resultados, proporcionar una visión sintética de la evolución de la gestión institucional y orientar las decisiones institucionales al respecto.”(Castro, 2013)

El problema planteado resulta relevante dada la importancia de la estadística en salud pública para poder llevar a cabo políticas de salud y constituye un indicador significativo acerca de su productividad y calidad lograda con el recurso con que se cuenta.

Para resolverlo, nos propusimos conocer el perfil de funcionamiento del área de Fonoaudiología elaborando y analizando indicadores de producción que posibiliten establecer un perfil prestacional valorando las prestaciones fonoaudiológicas como instrumento de gestión para la toma de decisiones a futuro.

Con respecto a los procesos que se llevan a cabo en la práctica diaria, “...existen tiempos que están delimitados por el tránsito que realiza un paciente por un servicio o asistencia de la especialidad. Las etapas de cada momento de atención deben ser claras y diferenciadas entre sí....hecho que jerarquiza cada instancia de atención como una práctica diferente que amerita su reconocimiento....” (Serra, 2009)

De esta manera, en el HZEC “El Dique”, los pacientes que son admitidos a la Sala de Rehabilitación Neuro-ortopédica y posteriormente derivados a

Fonoaudiología realizan su consulta de primera vez donde se lleva a cabo el despistaje. De acuerdo a su resultado, el paciente es convocado a una consulta ulterior donde se realizará la Evaluación específica (Afasia, Disartria, Disfagia, Neurocognitiva y/o Parálisis Facial) o no se admitirá en el Área.

A partir del diagnóstico surgido de la Evaluación, se incorpora a Tratamiento fonoaudiológico.

Existen otras prestaciones que se llevan a cabo y que hacen al abordaje biopsicosocial de los pacientes, como son las actividades de promoción y prevención (asesoramiento familiar, asesoramiento a otros profesionales, supervisión de la alimentación, reuniones interdisciplinarias, folletería, cartelería) y aquellas que van dirigidas al desarrollo de los profesionales (docencia, investigación, capacitación).

Habiendo realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema, no se encontraron antecedentes referidos específicamente a indicadores fonoaudiológicos que permitan medir y establecer perfiles de atención, en cambio abunda material bibliográfico de salud pública y gestión hospitalaria de consulta para nuestra investigación.

Materiales y métodos

Se realizó un trabajo de investigación no-experimental de tipo descriptivo que nos permitió observar datos estableciendo variables que fueron medidas a través de un abordaje cuantitativo.

La población corresponde a las admisiones en la Sala de Rehabilitación Neuro-ortopédica del HZEC “El Dique” durante el período septiembre 2013 – agosto 2015

La muestra consiste en 2569 prestaciones fonoaudiológicas seleccionadas por conveniencia (no al azar) realizadas a pacientes mayores de 15 años y con al menos una (1) Interconsulta Fonoaudiológica. El método de recolección utilizado fue la recopilación de los datos del Registro mensual de procedimientos y prácticas del consultorio de Fonoaudiología. El método de análisis de los datos fue Estadística descriptiva con el uso de tablas y porcentajes.

Resultados

Para poder organizar y estructurar la información, se analizó la práctica fonoaudiológica diaria identificando cuatro (4) prestaciones básicas que se codificaron de la siguiente manera:

1. **Despistaje:** consiste en una evaluación rápida y sencilla de aspectos como el habla, la alimentación, las praxias orofaciales, el lenguaje y la comunicación y las funciones neurocognitivas, que nos permiten determinar la necesidad de una evaluación más profunda de alguno o varios de esos aspectos, o el no ingreso del paciente al área de Fonoaudiología.

2. **Evaluación:** el área cuenta con protocolos para cada patología (Afasia, Disartria, Trastornos Neurocognitivos y Parálisis Facial) en donde se vuelcan los datos relevantes de la anamnesis, los resultados de los test empleados y el diagnóstico.

En el caso del CUD, (Certificado Único de Discapacidad) se realiza una evaluación interdisciplinaria y se vuelca en el Protocolo Certificado de Discapacidad Ley 22.431.

3. **Tratamiento:** específico para cada diagnóstico fonoaudiológico.

4. **Promoción y Prevención:** se consideran en este ítem a todas las acciones tendientes a promover estilos de vida que resguarden la salud comunicativa y que reduzcan o controlen riesgos biológicos, como por ejemplo la información a familiares, pacientes y profesionales sobre cuidados alimentarios en pacientes con disfagia, pautas de comunicación alternativa para mejorar la interacción en personas con necesidades comunicativas especiales, detección temprana de posible pérdida auditiva y hábitos auditivos saludables, etc.

A su vez, los códigos (2), (3) y (4) se diversifican en seis (6) subcódigos específicos:

1. **Afasia**
2. **Disartria**
3. **Disfagia**
4. **Neurocognitivo**
5. **Parálisis Facial**
6. **CUD**

De esta manera, al realizar una Evaluación de Afasia, se resumirá en un código 2.1, y su posterior Tratamiento, en un código 3.1, mientras que las acciones de su Promoción y Prevención será un código 4.1. (Tabla 1 - Ver al final de la publicación)

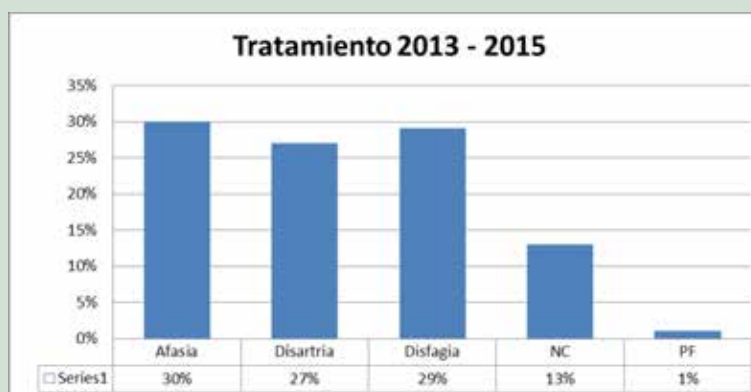
Estas prestaciones se vuelcan en forma diaria en el Registro Mensual de Procedimientos y Prácticas (Tabla 2 - Ver al final de la publicación) asignando a cada paciente el código que corresponde a la prestación

brindada en la fecha a la que asistió, obteniendo tanto una planilla de asistencia como de tipo de prestación.

Se recopilieron los datos del período septiembre 2013-agosto de 2015 en planillas excell en donde se volcaron la cantidad de prestaciones de cada tipo. Para poder obtener un perfil prestacional del área y determinar indicadores de proceso, se obtuvo un porcentaje de las 4 (cuatro) prestaciones básicas siendo el Índice de Despistaje del 4%, el Índice de Evaluación del 19%, el Índice de Tratamiento del 69% y el Índice de Promoción y Prevención del 8% (Gráfico 1).

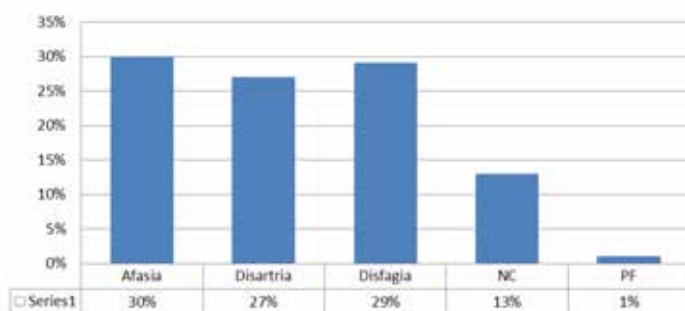


Respecto a las Evaluaciones específicas que se han llevado a cabo, se obtuvo un Índice de Evaluación de Afasia del 12%, un Índice de Evaluación de Disartria del 6%, un Índice de Evaluación de Disfagia del 20%, un Índice de Evaluación Neurocognitiva del 5%, un Índice de Evaluación de Parálisis Facial del 1% y un Índice de Evaluación de CUD del 56%. (Gráfico 2).



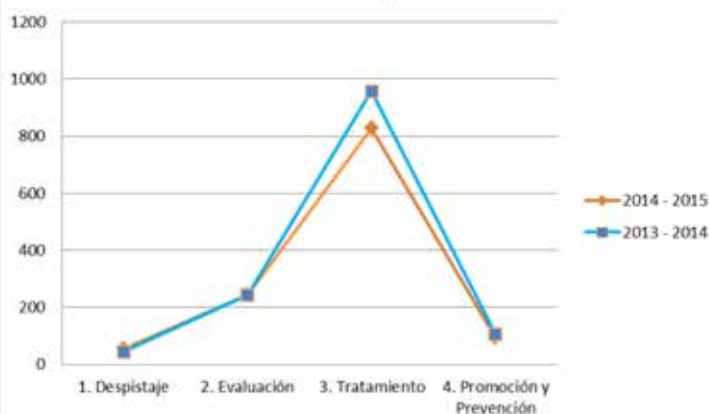
En cuanto a los Tratamientos realizados, el Índice de Tratamiento de Afasia fue del 30%, el Índice de Tratamiento de Disartria del 27%, el Índice de Tratamiento de Disfagia del 29%, el Índice de Tratamiento Neurocognitivo del 13% y el Índice de Tratamiento de Parálisis Facial del 1% (Gráfico 3).

Tratamiento 2013 - 2015



Luego se realizó una comparación del estadio 2013-2014 con 2014-2015 para determinar la tendencia de las prestaciones dentro del período estudiado y se observó que las de Despistaje, Evaluación y acciones de Promoción y Prevención se mantuvieron constantes mientras que las referidas a Tratamiento presentan una diferencia de 129 prestaciones a favor del estadio 2013-2014. (Gráfico 4 y Tabla 3 - Ver al final de la publicación).

Perfiles comparativos



DISCUSIÓN

Elaborar indicadores de proceso para el Área de Fonoaudiología del HZEC "El Dique" nos permite conocer el perfil de funcionamiento del área que responde de manera coherente al propósito del hospital de brindar tratamientos de rehabilitación y atender las necesidades de la comunidad a la cual sirve y de los beneficios que le puede aportar.

Esto queda demostrado en el alto índice de prácticas de tratamiento coincidentes con el índice de las evaluaciones específicas que se llevan a cabo, ya que los pacientes que realizan el despistaje presentan secuelas neurológicas, motivo por el cual requieren de una evaluación específica y su ingreso a tratamiento. Con respecto al índice obtenido de las acciones de

promoción y prevención, es también representativo de la orientación prestacional del hospital. De todas maneras, es de nuestro interés promover las estrategias necesarias para incrementarlo.

Conocer en detalle el tipo de prestaciones nos permite analizar la prevalencia de las patologías fonoaudiológicas que se atienden y su tratamiento, y aquellas referidas a evaluaciones interdisciplinarias.

En el caso de las evaluaciones, el mayor índice corresponde al CUD en relación a la demanda de dicho documento, mientras que las evaluaciones específicas de Afasia y Disfagia prevalecen sobre las otras patologías.

En el caso del índice de Tratamiento de Afasia, Disartria y Disfagia, hallamos los valores más elevados y cercanos entre sí que inferimos corresponden a la etiología prevalente de las enfermedades de la población que se admite en el hospital.

La tendencia de las prestaciones dentro del mismo período se mantuvo estable y la diferencia en el índice de Tratamiento no fue significativa.

Contar con indicadores de producción nos permitió construir una base de datos para cuantificar, planificar y monitorear las prestaciones y realizar acciones de mejoramiento que sean visibles y de alto impacto para la práctica fonoaudiológica y para la comunidad, y además, nos posibilitará, a futuro, desarrollar indicadores de calidad de la atención.

Consideramos que esta investigación es significativa ya que ofrece la posibilidad de ser replicada en otras unidades y/o áreas de Fonoaudiología de hospitales públicos.

Bibliografía:

1. Castro Luis (2013) "Indicadores en la Función Pública" Instituto Provincial de la Administración Pública. Subsecretaría para la Modernización del Estado, provincia de Buenos Aires.
2. Serra Silvana (2009) "Fonoaudiología: Atención al paciente", Ed. Brujas
3. Duarte L. y cols. (2007) "Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud" <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/issue/view/26/showToc>
4. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires "Plan Quinquenal de Salud 2011 – 2015"
5. Cuervo Echeverri Clemencia "La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional", Bogotá 1998

Tabla 1

PRESTACIONES	TIPO DE PRESTACIONES					
	1. AFASIA	2. DISARTRIA	3. DISFAGIA	4. NC	5. PF	6. CUD
1. DESPISTAJE						
2. EVALUACIÓN	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
3. TRATAMIENTO	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	

Tabla 2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Paciente A	1	2.1			3.1					3.1		3.1					3.1					A				3.1					3.1
		4.1			4.1																					4.1					
Paciente B									1	2.1				3.1			3.3			3.1					3.3					3.1	
										2.3				3.3											4.3					3.3	
										4.3																					
Paciente C											2.6																				

Tabla 3

	PERÍODO 2013 - 2014	PERÍODO 2014 - 2015
DESPISTAJE	44	54
EVALUACIÓN	243	245
TRATAMIENTO	957	828
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	105	93
TOTAL	1349	1250

Trabajo Científico N° 3

TERAPÉUTICA VOCAL APLICADA EN DOCENTES: REVISIÓN

Lic. Rodrigo Maximiliano Jerez

Lic. en Fonoaudiología. Egresado de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata.

Doctorando en Fonoaudiología (UMSA).

Docente de la cátedra de Foniatría - Carrera de Locución (ICSIS - Instituto de Comunicación Social, Imagen y Sonido - Jujuy).

Miembro Investigador del Grupo de Investigación en Técnica Vocal (GITEV), Laboratorio para el estudio de la Experiencia Musical (LEEM) - Universidad Nacional de La Plata.

Autor del libro "Fonoaudiología en Locución" (Buenos Aires: Akadia, 2015) y autor-coordinador del libro "Evaluación clínica de la voz" (Buenos Aires: Akadia, 2016).

Resumen:

El presente trabajo constituye una revisión bibliográfica sobre la efectividad de los abordajes terapéuticos aplicados en docentes con alteraciones vocales. El escrutinio sistemático de bibliografía internacional en relación al tópico elegido sustenta la metodología de lo expuesto. La revisión del material arroja resultados positivos para los distintos abordajes abarcados. En diversas proporciones, cada una de las intervenciones contribuyó a mejorar la calidad vocal, sostener el equilibrio entre los componentes que construyen la emisión y prolongar la armonía que debe sustentar la voz.

Palabras claves: Alteraciones vocales - Docentes - Abordaje fisiológico

Abstract

This paper constitutes a bibliographic review on the effectiveness of therapeutic approaches applied on teachers with vocal alterations. The systematic scrutiny of international literature regarding the chosen topic sustains the methodology above exposed. The review of the material shows positive results for the different approaches taken. In varying proportions, each contributes to improve the voice quality, hold the balance between the components that build the emission and prolong the harmony which sustains the voice.

Keywords: vocal disorders - Teachers - physiological approach.

Introducción:

La voz es el componente sonoro de la comunicación que sustenta la realización efectiva del lenguaje verbal. En los individuos que usan la voz para el desempeño de un trabajo, como es el caso de los docentes, el uso incorrecto del instrumento vocal origina problemas en el bienestar físico e interfiere en el desempeño correcto de la profesión. Tal como asegura Ziegler et al. (2012), hay pocas dudas de que las altas tasas de problemas de voz en los docentes surgen de las exigencias vocales del trabajo. De igual manera, nadie duda del riesgo que constituye una tarea vocal prolongada sin los adecuados tiempos de reposo, como lo exige la docencia en estos tiempos.

Por otro lado, la eficacia y la rapidez de los tratamientos, en estos casos, son determinantes para quienes deben someterse a ellos, sobrevalorándose la efectividad de dichos complementos.

En el presente trabajo, analizamos los resultados obtenidos en diversas investigaciones realizadas en poblaciones docentes afectadas por alteración o trastornos de la voz.

Desarrollo

La característica principal de los métodos enfocados desde una óptica fisiológica es la no desarticulación de los tres componentes básicos necesarios para la construcción del fenómeno vocal. Los Vocal Function Exercises (VFE), la Terapia con voz resonante y la Técnica Finlandesa con tubos de resonancia son tres ejemplos claros de esta construcción.

Vocal Function Exercises (VFE)

El programa terapéutico creado y articulado por J. Stemple fue usado en 5 de los 11 estudios tomados de entre la bibliografía primaria que consideramos para el presente trabajo, y en tres casos se lo evalúa y compara con la terapia de Higiene Vocal (VH).

Roy et al. (2001) y Nanjudeswaran et al. (2012) revelan curiosamente resultados muy similares. Mientras los primeros realizaron estudios comparativos entre VH y VFE, los otros ponderaron VH y VFE + VH (Vocal Function Exercises junto a medidas de Higiene Vocal). Ambos sugieren que los VFE serían considerados una alternativa útil conjunta a los programas de higiene vocal en el tratamiento para los problemas vocales en docentes.

Los beneficios percibidos por los pacientes del programa VFE fueron también verificados por cuestio-

narios pos-tratamiento completados por ellos mismos. Cuando se comparó el grupo VH (Programa de Higiene Vocal), con el grupo que había recibido VFE, el grupo de los ejercicios re-portó mayores mejoras vocales, así como mayor claridad y facilidad en su voz después del tratamiento.

El programa de Higiene Vocal resultó suficiente sólo para prevenir la decadencia en los puntajes del Voice Handicap Index (VHI) - algo también observado en todos los participantes de control. Para los sujetos con puntajes VHI inicialmente pobres, el programa de Higiene Vocal falló sin mostrar beneficios sobre la condición de control. La adición de la Terapia Vocal fue requerida para optimizar los resultados para este grupo.

Alves de Mendoça et al., aplicando la misma terapia en un grupo de 17 docentes, revelaron, por su parte, un aumento del tiempo fonatorio, de la intensidad y de la calidad vocal debido a una mayor presencia de armónicos, así como una ampliación de la extensión de la voz y una mejora en la calidad, resistencia y proyección vocales.

Este programa de ejercicios posibilitó mayores habilidades de los participantes en el desempeño profesional, beneficio extendido también al ámbito social. El programa puede ser usado con eficacia, y su efecto positivo ha sido demostrado en esta muestra de docentes.

En el trabajo de Niebudek-Bogusz et al. (2008) se observó una mejora en el grupo de estudio después del entrenamiento vocal en muchos de los síntomas reportados, así como en algunos parámetros cuantitativos de la examinación foniátrica, comparada con los hallazgos con el grupo de referencia.

El número de pacientes, cuyas voces fueron evaluadas como normales, incrementó significativamente después del entrenamiento vocal. Por su parte, de manera aparejada, se observó un aumento significativo en el tiempo máximo fonatorio (TMF).

Los resultados continúan aportando indicios sobre la efectividad del entrenamiento vocal para los docentes con alteraciones vocales.

Gillivan-Murphy et al. (2006), buscando examinar la eficacia de un tratamiento combinado entre los enfoques VFE y VH, en un estudio a medio camino entre Roy et al. (2001) y Nanjudeswaran et al. (2012), su-

gieren que un tratamiento vocal de VFE y educación VH mejora los sín-tomas vocales y brinda un aporte positivo a los conocimientos mínimos para el cuidado de la voz al grupo de docentes, lo que se traduce en una mayor conservación vocal.

Tubos de resonancia

Este método terapéutico, que está vigente desde hace más de 40 años, sigue ofreciendo re-sultados positivos y alentadores a lo largo de las investigaciones. Sobre el total de 11 estudios pri-marios, 3 de ellos llevaron a ensayo este método.

En Simberg et al. (2006), particularmente, las experiencias se desarrollaron en forma grupal y en estudiantes de magisterio, y se puso a prueba la eficacia de esta modalidad de abordaje. Dos de tres resultados de medidas (evaluación perceptual de la calidad vocal y cuestionario acerca de los síntomas vocales) indicaron cambios significativos en el grupo de tratamiento comparado con el grupo control.

Por otro lado, no hubo diferencias notorias en el estado laríngeo de un grupo a otro. Los re-sultados sugirieron que esta terapia vocal parece ser un método efectivo para tratar estudiantes con alteraciones vocales leves.

De cara a los restantes experimentos, cabe aclarar que los efectos inmediatos de los ejercicios con tracto vocal semi-ocluido ya han sido descritos por la bibliografía contemporánea. Sin embargo, no se los había descrito en lo referente a la técnica finlandesa que consistía en el uso de tubos de resonancia. (6)

Guzmán et al. (2012) concluyen, en sus estudios, que los cambios significativos durante sus experimentos fueron obtenidos en el análisis Cepstral, Jitter y relación armónico-ruido. En la auto-valoración, los efectos positivos predominaron sobre los negativos, siendo los principales “voz más estable”, “voz más clara” y “garganta más abierta”.

El uso de tareas fonatorias dentro de tubos de resonancia tiene un efecto fisiológico terapéu-tico inmediato en sujetos – docentes - con voces disfónicas, perceptualmente clasificadas como so-pladas.

El cambio de parámetros acústicos, la percepción subjetiva de mejoría y la facilidad en la producción de la voz obtenida posterior a la terapia se explicarían por el cambio de patrón vibratorio de los pliegues vocales causado por la mayor interacción fuente-

filtro al hacer uso de tubos de reso-nancia, según se explican (4).

Mazzer Paes et al. (2013), en otro ámbito, sugieren efectos positivos inmediatos asociados con ejercicios con tubos de resonancia. Los sujetos, por su parte, manifestaron una voz más confor-table, menos tensa o exigida.

El análisis perceptual auditivo mostró efectos positivos de los ejercicios en el número con-templado de muestras. El análisis espectrográfico de las vocales sostenidas reveló cambios favora-bles en casi todos los parámetros. Se redujo la inestabilidad, los subar-mónicos y el ruido en fre-cuencias altas, además de observarse una tendencia significativa a la reducción del ruido en fre-cuencias bajas.

El método de tubos de resonancia finlandeses produce cambios vocales: de una fonación hi-perfun-cional a un mayor estado fonatorio de balance. Los sujetos, al concluir este estudio, mostraron efectos positivos tales como mayor calidad vocal y confort fonatorio.

Terapia con voz resonante

Este enfoque terapéutico, basado en dos principios básicos como lo son la producción de sensaciones vibratorias anteriores y la sensación de producción de voz fácil, fue escrutado por Chen et al. (2007).

Ellos observaron que, después de la terapia, la severidad de la ronquera, la tensión, la monotonía, el ataque duro y el frito vocal disminuyeron en la evaluación perceptual. Por otro lado, la severidad de la patología de cuerdas vocales, la onda mucosa, la amplitud y el cierre glótico en examinación video estroboscópica mejoraron, mientras que la presión umbral y los valores en la escala física del VHI fueron significativamente reducidos.

En consecuencia, la frecuencia fundamental, el rango máximo de frecuencia fundamental y el rango máximo de intensidad de habla fueron significativamente aumentados también después de la terapia.

En cambio, no se encontraron cambios significativos en perturbación y medidas respiratorias pos-terapia. Es concluyente afirmar su efectividad para alteraciones vocales en docentes.

Discusión

Los docentes son una de las poblaciones con mayor porcentaje y tendencia a presentar trastornos fono-

traumáticos en relación a cualquier otra profesión. No ha sido la finalidad de este trabajo analizar los riesgos ni las condiciones que predisponen al desarrollo de alteraciones vocales, pero cada uno de los artículos consultados los ha tenido en cuenta al momento de diseñar sus protocolos de prueba.

Los trabajos examinados no puntualizan minuciosamente ni la claridad del nivel educativo en el cual los docentes ejecutan su labor ni la tarea específica que desempeñan relacionada con una posible especialidad – lo que se conoce en otros contextos como docentes de materias especiales (educación física, música, docente a cargo del grado). Se sabe que docentes de preescolar requieren mayor exigencia vocal que los de primaria y/o secundaria o incluso que los universitarios. Sería interesante ampliar estudios hacia estas dimensiones desde el mismo enfoque.

Estos estudios son referidos casi exclusivamente a la población femenina. Entendemos, pues, que, en la mayoría de los países, es más común en esta labor el género antes mencionado.

Sería preciso atender con particular atención, en posteriores estudios, bien sean comparativos o descriptivos, la relación entre mejoría vocal y terapia vocal y tipo de terapia y su relación con el género o especialidad docente, haciendo énfasis en una población estrictamente masculina.

Como hemos podido observar, la totalidad de los estudios expuestos con tendencia fisiológica demuestran efectividad en dicha tendencia; terapias que se aplicaron en promedio de 30 a 90 minutos una vez por semana por un promedio de 8 sesiones (2 meses de abordaje) - tiempo necesario para empezar a denotar cambios vocales estables que benefician la calidad sonora y laboral.

Pero la población ha tenido, como característica, disfonía funcional leve.

No hay mayores estudios que indiquen grado de mejoría en relación al tiempo y tipo de patología de corte orgánica (por ej. patología nodular de larga data o quistes).

Entendemos que hemos abarcado solo una selección parcial de trabajos científicos y no su totalidad. Es así que, extrapolando referencias secundarias, más el análisis completo de los trabajos en cuestión, hemos podido llegar a las afirmaciones anteriormente expuestas.

Conclusión

Los estudios consultados para el presente trabajo son abarcativos en la geografía de las alteraciones y desequilibrios vocales. Realizados en diversas partes del mundo, nos permiten concluir que se trata una problemática que no hace diferencia entre docentes, enmarcándose en el ámbito mundial.

Los resultados y las conclusiones de los estudios arrojan una inclinación evidente hacia una mejora de los pacientes post-terapia.

La serie de Ejercicios Funcionales Vocales (VFE), algunos como programa exclusivo y otros como parte de un programa más extenso, consideran estos procedimientos como una útil alternativa de rehabilitación vocal para profesores con problemas de voz. En 3 de estos 5 estudios, los VFE fueron acompañados de indicaciones sobre higiene vocal (terapia indirecta).

Los experimentos basados en ejercicios con tubos de resonancia pusieron en evidencia una mejora inmediata en la percepción subjetiva de la voz y en su calidad. Ziegler et al. (2010) analizan, en varios estudios, el impacto de ambas estrategias y concluyen, de igual modo, que los VFE y los ejercicios con tubos de resonancia producen resultados positivos en docentes con problema de voz.

El examen realizado en Terapia con voz resonante también asegura su efectividad para alteraciones vocales en docentes.

Sabemos que la prevención y un correcto entrenamiento son la base formativa para que la población, a la que hemos venido haciendo referencia a lo largo de estas líneas, se vea cada vez menos afectada por problemas vocales, pero también aceptamos que esas consideraciones aún no han llegado al grado de políticas de primera categoría – haciendo referencia a las instituciones de que esto depende – que se necesita en los diversos sistemas que sostienen la educación para implementarlas como medidas imprescindibles y adecuadas.

Es así que, al verificar la efectividad de las estrategias de abordaje puestas en consideración previamente, podemos asegurar que, con estos tipos de tratamientos y acercamientos terapéuticos, no solo conseguimos salvaguardar sino también restaurar de forma eficiente y eficaz la salud vocal de los docentes, salud que aún hoy se sigue viendo comprometida por este tipo de dolencias.

Bibliografía:

1. Cristina; Barreto Bassi Iara and Caldas Teixeira, Letícia. Vocal, laryngeal and self-perception measurements of dysphonic teachers: analysis after voice therapy. 2013. Rev. CEFAC; 15 (3): 631-640.
2. Chen, Sheng Hwa et al. Outcome of resonant voice therapy for female teachers with voice disorders: perceptual, physiological, acoustic, aerodynamic and functional measurements. 2007. Journal of voice. Vol. 21, N° 4. Pp. 415-425.
3. Gillivan-Murphy, Patricia et al. The effectiveness of a voice treatment approach for teachers with self-reported voice problems. 2005. Journal of Voice, Vol. 20. N° 3, pp. 423-431.
4. Guzmán, Marcos y otros. Efectos acústicos inmediatos de una secuencia de ejercicios vocales con tubos de resonancia. 2012 Mai-Jun. Rev. CEFAC.; 14(3):471-480.
5. Leppänen, Kirsti et al. A comparison of the effects of voice massage and voice hygiene lecture on self-reported vocal well-being and acoustic perceptual speech parameters in female teachers. 2009. Folia Phoniater Logop; 61: 227-238.
6. Mazzer Paes, Sabrina; Zambon, Fabiana; Yamasaki, Rosiane; Simberg, Susanna and Behlau, Mara. Immediate Effects of the Finnish Resonance Tube Method on Behavioral Dysphonia. 2013. Journal of Voice, Vol. 27, No. 6, pp. 717-722.
7. Mendonça, Rosângela Alves de; Marinho Sampaio, Tania Maria y Ferreira de Oliveira, Domingos Sávio. Avaliação do programa de exercícios funcionais vocais de stemple e gerdeman em professores. Rev. CEFAC, São Paulo.
8. Nanjundeswaran, Chayadevie et al. Preliminary data on prevention and treatment of voice problems in student teachers. 2012. Journal of voice. Vol. 26. N° 6, pp. 816. e1-816.e12.
9. Niebudek-Bogusz, E. et al. The Effectiveness of Voice Therapy for Teachers with Dysphonia. 2008. Folia Phoniater Logop; 60: 134-141.
10. Pasa, G.; Oates, J. y Dacakis, G. The relative effectiveness of vocal hygiene training and vocal function exercises in preventing voice disorders in primary school teachers. 2007. Logoped Phoniater Vocol; 32: 128-140.
11. Roy, Nelson et al. An Evaluation of the Effects of Two Treatment Approaches for Teachers With Voice Disorders: A Prospective Randomized Clinical Trial. 2001. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 44. 286-296.
12. Roy, Nelson et al. Three treatments for teachers with voice disorders: a randomized clinical trial. 2003. J Speech lang hear res; 46: 670-688.
13. Simberg, Sussana et al. The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. 2006. Journal of voice. Vol. 20. N° 1, pp. 97-109.
14. Stemple, J. C. et al. Efficacy of vocal function exercises as a method of improving voice production. 1994. J Voice; 8: 271-278.
15. Ziegler, Aaron; Gillespie, Amanda I. and Verdolini Abbott, Katherine. Behavioral Treatment of Voice Disorders in Teachers. 2010. Folia Phoniater Logop; 62:9-23.

Trabajo Científico N° 4

DERIVACIÓN ESCOLAR OPORTUNA Y ADECUADA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD

Médica Fisiatra Dominique Maestropaolo
Terapista Ocupacional María A. Di Nillo
Lic. en Fonoaudiología Mara C. Gómez Ferrario
Terapista Ocupacional Malena Bravo
Lic. en Fonoaudiología Gabriela C. Medina
Lic. en Fonoaudiología Viviana L. Formoso
Trabajadora Social María J. Menchaca
Lic. en Fonoaudiología Florencia Elizari
Kinesióloga María L. Fazzetta
Kinesióloga María L. Raffin
Trabajadora Social Noemí Tabares

Resumen:

Un grupo de profesionales pertenecientes al área de rehabilitación se enfrentaron con el desafío de analizar las causas de los desencuentros que complican la derivación al entorno educativo de niños con discapacidad, de conocer cuáles son las creencias y saberes de los profesionales que atienden a estos niños con discapacidad desde etapas tempranas y de realizar acuerdos con el fin de facilitar el adecuado y oportuno acceso al sistema educativo de todos los niños y evitar el largo y penoso peregrinar de los padres por todas las modalidades de ese sistema.

Hoy, en el siglo XXI, nos enfrentamos con muchos interrogantes sobre la concepción antropológica del hombre, la discapacidad y la educación, como por ejemplo, y si ellas se adecuan a las necesidades actuales de la población en su conjunto.

Objetivo: nuestro objetivo es detectar cuál es la mejor forma de acompañar a la familia y al niño con discapacidad en el trayecto educativo, etapa fundante en la vida de cualquier ser humano, quiénes son los profesionales mejor preparados para asesorar en la temática y también analizar sobre si el actual sistema educativo responde a las necesidades y demandas de la niñez con discapacidad de estos tiempos.

Método: Se realizó una encuesta a 40 profesionales de la salud: médicos, psiquiatras, pediatras, fisiatras y neurólogos infantiles, con un formulario de respuesta cerrada y múltiple, utilizando la escala tipo Likert. Se analizaron 105 casos de niños que concurrieron a admisión a la escuela especial María Montessori de la ciudad de La Plata entre los años 2007 y 2013.

Conclusiones: La derivación a escuela especial no es pensada ni sentida como una oportunidad de vivir la experiencia escolar como un derecho pleno y beneficioso para el niño con discapacidad. Este equipo de trabajo plantea la idea de crear servicios educativos para toda la niñez sin discriminar capacidad ni discapacidad. De este modo, todos los niños tendrían acceso a "LA ESCUELA", donde la es-

cuela especial le preste servicios a la escuela común para adaptar todo lo necesario de manera que todos los niños concurren al mismo servicio educativo.

Palabras Clave: discapacidad, derivación, sistema educativo.

Abstract

A group of professionals from the rehabilitation area faced the challenge of analyzing the causes of the disagreements that complicate the referral to the educational environment of children with disabilities, of knowing the beliefs and knowledge of the professionals that assist these children with disabilities from early stages and thus, making agreements with the purpose of facilitating the adequate and timely access to the educational system of all the children and avoiding the long and painful pilgrimage of the parents in all the modalities of the educational system. Today in the 21st century we face many questions about the anthropological conception of man, disability and education, including if it is adapted to the current needs of the population as a whole.

Objective: our objective is to detect which is the best way to accompany the family and the child with disabilities in the educational journey, a foundation stage in the life of any human being; who are the best professionals to advise on the subject and also to analyze if the current educational system, responds to the needs and demands of children with disabilities of these times.

Method: A survey was conducted of 40 health professionals, physicians, psychiatrists, pediatricians, psychiatrists and neurologists for children, with a closed and multiple response form, using the Likert scale. We analyzed 105 cases of children who attended admission to the María Montessori special school in the city of La Plata between the years 2007 and 2013.

Conclusions: Referral to a special school is neither thought nor felt as an opportunity to live the school experience as a full and beneficial right for the child with a disability. This team proposes the idea of creating educational services for all children without discrimination of ability and disability. In this way all children would have access to "THE SCHOOL" where the special school will provide services to the common school to adapt everything that is necessary so that all children attend the same educational service.

Keywords: disability, referral, educational system.

Fundamentación:

“A través de los tiempos, todo ha sido motivo de cambios y se ha tomado una dimensión verdaderamente diferente de muchas cosas que refieren a la vida del hombre. Los cambios obedecen a modificaciones de todo tipo y diversas formas de ver, sentir, creer y conocer el mundo que habitamos. Ha cambiado la concepción de salud como ausencia de enfermedad, a la que implementara la OMS en 1946, como “estado de bienestar físico, mental y social” a adaptación al medio, estado fisiológico de equilibrio y perspectivas biológicas y social”.

La forma de concebir la discapacidad en la infancia no ha sido ajena a estos lineamientos y es así que se los aísla en centros e instituciones, privados de experiencias cotidianas y de la vida social infantil.

En los albores del siglo XX, con el avance de la investigación clínica y el desarrollo de pruebas e instrumentos de evaluación que permiten la “clasificación de la inteligencia”, se abre la posibilidad de una educación diferenciada. A posteriori, los aportes de la psicología evolutiva, el psicoanálisis, la medicina y la educación, junto a la Convención de los Derechos de los niños (ONU) proclamada en el año 1989, imponen pensar en principios de equidad y justicia para los infantes, quienes, a partir de ese momento, son considerados sujetos de derecho.

La epidemia de poliomielitis de los años 50 marca a la infancia argentina, implica modificaciones en la salud y la educación de nuestro país y señala puntos de inflexión. Los niños que presentaron problemas motores menores fueron recibidos por el sistema común erigiéndose como el primer antecedente formal, y los de mayor compromiso fueron recibidos por institutos de rehabilitación y en las escuelas especiales. La escuela común y la escuela especial continúan marchando por caminos paralelos, hasta que en la década del 80 comienzan a plantearse experiencias de integración educativa y con espacio normativo en la Ley Federal de Educación de 1993. Hoy, en el siglo XXI, nos enfrentamos con muchos interrogantes sobre la concepción antropológica del hombre, la discapacidad y la educación de la persona con discapacidad, como por ejemplo si se adecúan a las necesidades actuales de la población en su conjunto.

Es importante destacar que el acto de educar, el aprender y aprehender en un niño deben pasar indetectablemente por el cuerpo. Es allí, en ese acto,

donde el cuerpo se intrinca y vehiculiza la constitución subjetiva, es allí donde se perfila el sujeto en un juego de movimientos y quietudes, de luces y sombras, donde la educación debe instalarse y encontrar lo especial y singular de cada sujeto para que el aprendizaje acontezca. Los niños deben experimentar los aprendizajes que deben ser primeramente experimentales para que después puedan llegar a ser intelectuales.

Si hablamos de discapacidad y educación, es imposible no tener en cuenta la dimensión de “calidad de vida”. La idea está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende, en gran parte, de sus propios valores y creencias, de su contexto cultural e historia personal. Este concepto representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Ahora bien, veamos qué dice la ley actual sobre este tema:

“La educación y el conocimiento son un bien público y un derecho personal social garantizado por el Estado.”(1)

En el artículo 8° de la Ley Educación Nacional, se establece “que la educación brindará las oportunidades necesarias para la formación integral de las personas a lo largo de toda la vida; que en la última década, la concepción de calidad educativa, que se reducía a las dimensiones de eficiencia y eficacia, se amplía por aquella que la entiende como un derecho, donde igualdad de oportunidades y dimensión social de la educación son componentes intrínsecos, por lo que los resultados de los aprendizajes son solo una de sus variables.”

La XLIII Asamblea del Consejo Federal de Educación resuelve, en sus artículos 15, 28 y 32, haciendo referencia a la trayectoria de los alumnos con discapacidad desde el nivel inicial, que será abierta y flexible entre la escuela de educación especial y la de educación común, posibilitando el pasaje entre las escuelas de un nivel a otro en cualquier momento y siempre privilegiando la escolaridad común.

Otro punto clave en la escolaridad es la derivación oportuna desde la primera infancia. En esta etapa, la neuroplasticidad actúa como benefactora del neurodesarrollo facilitando los aprendizajes formales. Si tenemos en cuenta que la tecnología y los avances

médicos han abierto un amplio abanico de posibilidades al aumentar el número de niños que egresan de las terapias neonatales con signos de alerta en el desarrollo y niños lesionados, en especial por la prematuridad, no podemos hacer caso omiso de lo intrincado que en este punto se encuentran la salud y la educación.

Se abre un gran debate entre lo que garantiza la ley y lo que, en verdad, todos conocemos acerca de ella. No solo en ocasiones con saberes incompletos se ofrecen sugerencias y orientaciones poco adecuadas. Ahora bien, es muy importante determinar qué y cuándo la discapacidad marca determinadas elecciones. Para ello, se recurre a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).

“Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). Un dominio es un conjunto relevante y práctico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí.

Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como deficiencia, discapacidad y minusvalía, amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas....”

Fundamentándonos en los conceptos vertidos anteriormente sobre salud, discapacidad y educación, intentaremos introducirnos en la investigación.

(1) “Según la Ley de Educación Nacional N° 26206, en su artículo 2°.

Introducción

Los profesionales del área de la salud, en particular neonatólogos y pediatras, son los primeros que enfrentan a una familia con un niño con signos de alerta en el desarrollo y los atienden durante los primeros años de vida, a la par de fisiatras y neurólogos.

Llegado el momento de escolarizar a estos niños, en ocasiones, no se tiene un criterio acordado de cuándo es el momento oportuno de iniciar dicha escolaridad ni tampoco de cuál es el lugar adecuado para transitarla.

El problema inicia cuando este tema queda a libre albedrío de la familia y se complica más aún cuando

el médico (palabra autorizada para un padre), deriva a jardín de infantes o escuela común sin tener en cuenta todas las barreras de acceso que ese niño y su familia deberán sortear para poder acceder a esa institución sin el acompañamiento adecuado.

¿Cuál es la mejor forma de acompañar a esa familia en el trayecto educativo de su hijo, etapa fundante en la vida de cualquier ser humano en la cual se inician las redes sociales y se delinea su personalidad? ¿Quiénes son los profesionales mejor preparados para asesorar en la temática?

Este estudio pretende analizar las causas de estos desencuentros, intentará conocer cuáles son las creencias y saberes de los profesionales que los atienden y, así, realizar acuerdos con el fin de facilitar el adecuado y oportuno acceso al sistema educativo de los niños con discapacidad y evitar el largo y penoso peregrinar de los padres por todas las modalidades del sistema educativo.

Material y método

Se realizó una encuesta a 40 profesionales de la salud: médicos, psiquiatras, pediatras, fisiatras y neurólogos infantiles, con un formulario de tipo de respuesta cerrada y múltiple a fin de caracterizar la actitud de estos profesionales frente a la educación de los niños discapacitados utilizando la escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5 para cuantificar las respuestas y así cotejarlas con nuestra realidad. (anexo 1)

Por otro lado, se analizaron 105 casos de niños que concurren a admisión a la escuela especial María Montessori de la ciudad de La Plata, entre los años 2007 y 2013, y se tomaron como datos: edad de ingreso en la entrevista de admisión escolar, por quién fue derivado y si fue o no admitido.

Etapas exploratorias

POBLACIÓN: profesionales médicos de la ciudad de La Plata.

MUESTRA: intencional, 40 profesionales del área de la salud: pediatras, fisiatras, psiquiatras y neurólogos infantiles.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: profesionales médicos infantiles vinculados directa o indirectamente con personas que trabajan en el ámbito de la discapacidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: profesionales médicos de otras especialidades.

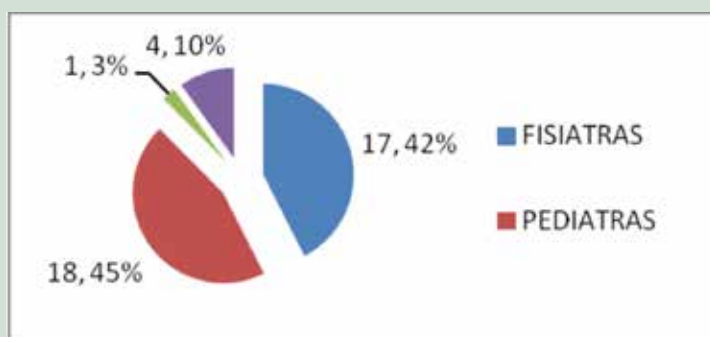
TIPO DE ESTUDIO: abordaje cuali-cuantitativo, estudio exploratorio y descriptivo de diseño experimental.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: se aplica

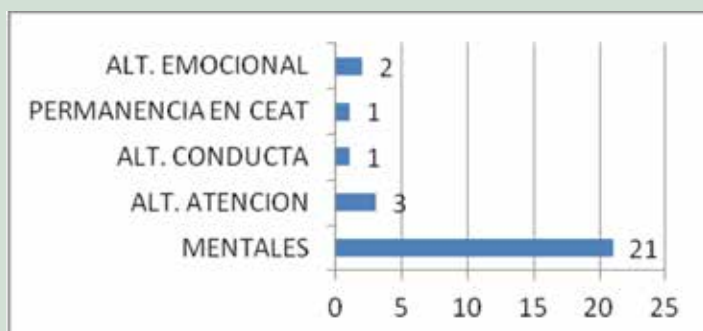
una encuesta cerrada, de respuesta múltiple, individual, aplicando la escala de Likert a 40 encuestas aplicadas a profesionales médicos pediatras, fisiatras, neurólogos y psiquiatras infantiles de la ciudad de La Plata y se recopilan 105 casos en admisión en la Escuela de Educación Especial María Montessori, que atiende niños con discapacidad neurolocomotora, de la ciudad de La Plata durante el período 2007- 2013, considerando como datos objetivables la edad de ingreso, por quién fue derivado y si fue o no admitido.

Análisis de datos:

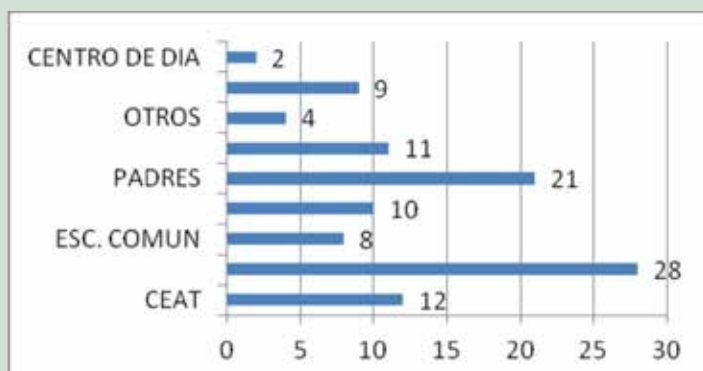
Derivación médica por especialidad



Causas de no admisión



Derivación a especial



Conclusiones

Entre los años 2007 y 2013, llegaron a admisión a la Escuela María Montessori de la ciudad de La Plata un total de 105 niños, de los cuales 77 ingresaron a dicha institución, 62 casos llegaron entre los 3 y 5 años de edad, 27 entre los 6 y 9 años y 16 mayores de los 10 años.

El mayor porcentaje de derivación, 58 casos, llegó del sistema educativo (CEAT, Inicial, Escuela común y especial) representando el 55,2% del total.

21 casos llegaron a admisión por iniciativa familiar. Solo 2 casos fueron derivados de Centro de Día, luego de los 10 años de edad y 9 de Centros de Rehabilitación, en etapa inicial.

En cuanto a las derivaciones médicas, de un total de 11 (7 de médicos fisiatras y 4 de médicos Neurólogos), 10 llegaron a admisión entre los 3 y 5 años, (10,4%), y no se registraron derivaciones de médicos pediatras.

Del total de los profesionales encuestados, 70% reconocen la importancia de la escolaridad y el intercambio con los equipos escolares de sus pacientes, el 12% se siente preparado para asesorar a los padres, el 50 % poco preparado y el 38% no se siente preparado.

El 60% de los profesionales considera que la figura del acompañante terapéutico y los centros de día no reemplazan a la escuela especial. Más del 70% prioriza el estado clínico del niño por sobre la necesidad educativa.

Discusión

La derivación a escuela especial no es pensada ni sentida como una oportunidad de vivir la experiencia escolar como un derecho, pleno y beneficioso, para el niño con discapacidad, contemplando que será atendido por personal docente y técnico especializado sino que es concebida como una manera de estigmatizar al niño evidenciando la discapacidad ante la sociedad. La causa de derivación tardía es multifactorial. Por un lado, los niños que presentan menos complicaciones son los que transcurren la escuela común por iniciativa familiar, con la idea de que esas dificultades desaparezcan, y muy por el contrario, cuando no son tratadas adecuadamente o se agotan los recursos, terminan derivándose a educación especial. Por el contrario, los casos severos,

si las condiciones clínicas lo permiten, llegan a edad adecuada al sistema especial derivados por los fisiatras y a los CEAT por los pediatras.

Este equipo de trabajo plantea la idea de crear servicios educativos para todos, donde la escuela especial preste servicios en la escuela común para adaptar todo lo necesario para que todos los niños concurren al mismo servicio educativo. La sociedad de hoy requiere cambios estratégicos para ser una verdadera y sentida sociedad inclusiva. Todo empieza en la escuela con una educación a la altura de las necesidades de todos.

Esta propuesta puede parecer una utopía pero estamos seguros de que podemos comenzar de a poco con experiencias piloto y alentamos a nuestros gobiernos a posibilitar este proyecto.

Agradecimiento

“A la Escuela María Montessori, sus Representantes Legales, Directivos, docentes, alumnos, padres por siempre brindar lo mejor de sí para realizar día a día la mejor tarea posible “

Bibliografía:

- 1.Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad
- 2.Coleman, J. (1966). Equality of Educational Opportunity. Washington: U. S. Jencks, C. y otros (1971). Inequality. Londres: Allen Lane. Mann, D.
- 3.Duyos, L. Encuestas/sondeos de opinión: como hacer un buen cuestionario. Presentation Transcript. Seminario cibercultura. Facultad de Ciencias Políticas y RRH. Escuela de Comunicación Social UNR.
- 4.Encuestas/sondeos de opinión: cómo hacer un buen cuestionario Presentation Transcript
- 5.Fundación Par. La discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y políticas vigentes al 2005. Capítulos VI y X 2005
- 6.INES ELVIRA PDF VISIONES ACTUALES SOBRE DISCAPACIDAD RESTREPO MDR BOGOTA-COLOMBIA-COMITÉ EDITORIAL 2014.
- 7.Larson, SM (1998) Intensificación: El trabajo de los profesores ¿ Mejor o Peor ?. En Antología. Teoría Pedagógica. México. UPN.
- 8.LAURA SCHWARTZMANN .CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ASPECTOS CONCEPTUALES [Htt://dxdoi.org/104067/50717-95532003000200002](http://dxdoi.org/104067/50717-95532003000200002)
- 9.Ley de Educación Nacional N26206
- 10.Lic Vanesa Casal Lic Silvina Lofeudo Dirección de Educación Especial Integración escolar: una tarea en colaboración. 2009.

Situación crítica de la Salud Vocal de los docentes de la Provincia de Buenos Aires

Por la Lic. Claudia Díaz

Un gran porcentaje del grupo de trabajadores que usan su voz para trabajar de manera exigida son los docentes. Este uso ocupacional de la voz creció progresivamente tanto en tiempo como en exigencia y en malas condiciones de trabajo. Los docentes, pese a la histórica lucha de los fonoaudiólogos y del colectivo nucleado en el Colegio Profesional, no cuentan con educación vocal adecuada ni tampoco se encuentra como asignatura curricular en su formación. La voz es parte de la salud de las personas y, como especialistas en el área, los fonoaudiólogos asesoramos, orientamos y educamos a las personas que necesitan de su voz para trabajar y, además, tratamos a aquellas que presentan alteraciones en la eficacia vocal que dificultan su comunicación y su expresión personal y laboral.

Los docentes que padecen disfonías en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires desde el año 2010 están cubiertos por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), que son empresas privadas contratadas por los empleadores para asesorarlos en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. La disfonía fue considerada como enfermedad profesional. Esta consideración, que fue un avance, en un principio, terminó resultando limitante. Que en las coberturas de atención en salud haya "listados" rígidos siempre tiene un efecto restrictivo. Hay problemáticas que se incluyen a partir del análisis de un momento y perspectiva determinado, pero otras quedan afuera, dificultándose las posteriores revisiones y actualizaciones.

A partir del año 2013, la intervención de las ART en disfonías está reglamentada por la Resolución 389/13 de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.) que regula los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Allí, se especifica claramente cómo debe ser la atención de los trabajadores de la educación que sufren disfonías.



Entre esas consideraciones, las más importantes en relación a nuestro trabajo en el área Fonoaudiológica son: el fonoaudiólogo deberá ser "entrenado en foniatría", la atención deberá ser siempre individual, el reposo de la voz es parte integrante del tratamiento, la terapia siempre será individual, con una duración de TREINTA (30) minutos cada sesión.

En el trabajo especializado en el área de la voz laboral y profesional resulta a estas alturas insoslayable el conocimiento certero de que estas condiciones no se cumplen por variadas razones.

Los docentes son atendidos por Fonoaudiólogos que no cuentan con la certificación de "entrenados en Foniatría", certificación que otorga únicamente el Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires a través de la cumplimentación de un protocolo elaborado a tal fin por la Comisión de Voz del Colegio, a partir del surgimiento de la Resolución. Las ART deberían contratar directamente a Fonoaudiólogos que cuenten con esta certificación ya que al no hacerlo están incumpliendo la reglamentación de la ley y sometiendo a los trabajadores a tratamientos con profesionales no entrenados.

Además de este requisito inicial no cumplido, las irregularidades legales, éticas y de práctica profesional continúan. Es sabido por quienes trabajamos con docentes y en muchos casos lo somos, que los tratamientos no son individuales y tampoco duran media hora.

Las mencionadas ART están autorizadas y deberían estar supervisadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, organismos que verifican el cumplimiento de los requisitos de solvencia financiera y capacidad de gestión.

Es evidente que este rol está incumplido y ausente, siendo los trabajadores que deberían percibir un tratamiento adecuado los únicos perjudicados.

Al atenderse en las aseguradoras por sus disfonías, los docentes quedan inhabilitados para atenderse por otro profesional. Es decir que la atención Fonoaudiológica que reciben es únicamente la que brinda la ART. Si es proporcionada en estas condiciones el tratamiento es inadecuado e ineficaz.

Hemos evaluado también las condiciones laborales de los Fonoaudiólogos que trabajan en ese ámbito, que como Profesionales de la salud se encuentran presionados en muchos casos a trabajar de esta forma por quienes los contratan, apelando a la necesidad de trabajo del profesional. Se confunde el rol de quién debería ser un par profesional integrante del equipo interdisciplinario en salud (el médico ORL) con el rol de empleador que contrata o subcontrata al fonoaudiólogo y propone el trabajo a realizar en condiciones irregulares legales y sanitarias.

A esta secuencia de acciones y de hechos contundentes e indiscutibles, se le suma el dato que a las ART les paga el Estado, son contratadas por el Estado. Es uso del dinero público, el nuestro.

Es urgente y vital que los organismos públicos que tienen a su cargo las prestadoras, quienes las supervisan los gremios que nuclear a los trabajadores, los organismos que nuclear a los profesionales y los que regulan su trabajo realicen acciones concretas para informar a quienes sufren esta situación y para fiscalizar que se cumpla el trabajo bajo normas legales.

Podríamos, como conclusión final, analizar el estado de situación actual a partir de algunas preguntas ¿Es este hecho un mal uso de los dineros públicos? ¿Se somete a los docentes a un tratamiento de pésima calidad sin posibilidad de realizar otro tratamiento alternativo? ¿Está en riesgo la salud laboral de los trabajadores y el Estado lo avala? ¿Se informa debidamente a los docentes de cómo deben ser atendidos tanto en su formación, como en sus lugares de tra-

bajo y en los sindicatos que los nuclean? ¿Se somete a los Fonoaudiólogos a un trabajo en pésimas condiciones que lo obliga a incumplir tanto la resolución de tratamiento de disfonías como la ética profesional regulada por nuestro Colegio Profesional?

Desde la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos, al que pertenezco como profesional matriculada y además integrando el Consejo Directivo y la Comisión de Voz estamos gestionando esas acciones en diversas áreas. Es necesario que en toda la Provincia se replique el accionar para jerarquizar nuestro trabajo y que la Salud vocal sea una posibilidad y una realidad para quien la necesita.

Lic. CLAUDIA DÍAZ Licenciada en Fonoaudiología (U.N.L.P)

Miembro del Consejo Directivo y de la Comisión de Voz del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires Regional La Plata. Coordinadora y docente del Posgrado en Voz Profesional para Lic. en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Profesora de la cátedra de Neurolingüística en el Instituto Superior de Formación Docente N° 9. Creadora y Profesora del Curso de Oratoria: Enfoque Comunicativo, comunicación oral Profesional. Profesora de la cátedra de Educación Vocal, en la carrera del Profesorado de Expresión Corporal en la Escuela de Danzas Clásicas de La Plata. Dirección de Enseñanza Artística Superior. Dirección General de Cultura y Educación Provincia de Buenos Aires. Profesora de la Cátedra de Trabajo Vocal y Voz 1, 2 y 3 en la Escuela de Teatro La Plata en la Carrera Actuación y Profesorado en Teatro. Dirección de Enseñanza Artística Profesora del Proyecto Cátedra Integrada de Foniatría- Educación Vocal: Canto. Colectivo en el Conservatorio Provincial de Música "Gilardo Gilardi" en la Carrera del Profesorado en Educación Musical. Dirección de Enseñanza Artística. Profesora de la cátedra de FONIATRÍA I Y II en el Instituto Superior de Enseñanza Radiofónica -Carrera Adscripta al I.S.E.R. (La Plata) en la Carrera de Locución - ISFDyTN° 8 - Dirección de Educación Superior. Profesora de la cátedra de Foniatría - Carrera de Locución-Facultad de Periodismo y Comunicación Social - UNLP. Entrenadora Vocal del Taller de Teatro del Teatro de Cámara de City Bell. Fonoterapeuta con Orientación Voz - Voz Profesional.



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



INICIO

QUIÉNES SOMOS

COMISIONES DE TRABAJO

LICENCIATURA

NOTICIAS

COMUNICACIÓN

CONTACTO



RENOVAMOS EL CONVENIO CON ERSASEGUROS

La Regional La Plata del COFOBA renovó el convenio con el Grupo de Afinidad ERSASEGUROS Broker



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

Regional La
Plata Colegio de
Fonoaudiólogos
Prov Bs As.

@COFOBARegionalLaPlata

Inicio

Publicaciones

Información

Fotos

Me gusta

Crear una página



Me gusta Seguir Compartir Más

Enviar mensaje

Publicaciones

Ver todas



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos Prov Bs As.

Ayer a las 11:45

NUEVA CONVOCATORIA POR LA MODIFICATORIA DE LA LEY FONOAUDIOLÓGICA

Convocamos a toda la comunidad fonoaudiológica a que mañana, miércoles 21 de diciembre, nos acompañe a partir de las 15 hs. en la Legislatura Provincial en apoyo a la Modificatoria de la Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, que está previsto sea tratada sobre la mesa por la Cámara de Diputados en la última sesión.

Organización en La Plata

4.9 ★★★★★ - Closed Now

Busca publicaciones en esta página

Invitar a amigos a que indiquen que les gusta la página

Fan Page Oficial de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

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