



AFRONTANDO DESAFÍOS DESDE LA VIRTUALIDAD

Editorial

**Dejo este mandato
contenta y muy satisfecha**

Lic. María Alejandra Morchón

Trabajos Científicos

Lic. Manuela Ferreyra
Lic. Gabriela S. Di Pilla

Opinión

**Licenciatura en Fonoaudiología.
Transitando el primer año de formación
de grado en la UNLP**

Por el Dr. Néstor Artiñano, decano de la Facultad
de Trabajo Social de la UNLP

Nuestras novedades bibliográficas

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



FONOAUDIOLOGÍA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Sus inicios, su desarrollo y su actualidad.

María Alejandra Morchón. 2021.

En el desarrollo de este libro prima la visión de la autora sobre los procesos históricos que situaron a la profesión en el lugar que hoy ocupa con una mirada referida a la expansión científica de la Fonoaudiología y una mirada política que fundamenta los logros alcanzados y aquellos que la profesión y las instituciones se adeudan.



OLFATO Y GUSTO

Enfoque multidisciplinario. Graciela M. Soler. Librería Acadia Editorial. 2013.

El desarrollo temático de este libro incluye desde aspectos socio-antropológicos de las alteraciones del olfato hasta la relación de éstas con enfermedades neurológicas y reumáticas, discuriendo por la anatomía, fisiología y evaluación clínica de estas patologías sin dejar de lado ningún tema relacionado.

Préstanos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.

No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



Dejo este mandato contenta y muy satisfecha

Me despidió de esta etapa de la gestión institucional después de haberle dedicado casi treinta años de mi vida, sin haber perdido la pasión por la tarea y sin dejar de pensar todo lo que hay por hacer todavía por la jerarquización profesional y por la entidad colegial de ley que nos habilita para el ejercicio y nos representa.

Desde el año 2009, ininterrumpidamente he presidido la Regional La Plata con diferentes equipos de trabajo. De todos y cada uno de sus miembros colegas en los diferentes cargos, unos más breves, otros más extensos, me llevo un lindo recuerdo y un gran aprendizaje sobre las bases del trabajo de conjunto.

Dedico un párrafo a los secretarios administrativos que, sin ellos, su compromiso, su siempre atinado aporte y la calidad de atención al colega y a la comunidad en general en las consultas que a diario se reciben, todo hubiera sido más difícil.

Los asesores, cada uno en su área, absolutamente imprescindibles para la gestión global ya que un Colegio de Ley tiene una responsabilidad que va mucho más allá del área administrativa que es cotidiana y que se vincula con hacer cumplir la Norma. Pero la Norma hay que pensarla, fundamentarla, compartirla, transmitirla, debatirla, consensuarla, implementarla, comunicarla y hacerla cumplir. En cada una de esas acciones están inmersos ellos: asesor legal, contable, comunicación, también ellos nos enseñan y mucho.

Dejo este mandato contenta y muy satisfecha. Siento que hoy el Cofoba, tiene "pantalones largos", hemos logrado desde hacerlo nacer, crecer y ponerlo a la altura de las circunstancias en las relaciones con otras profesiones, a nivel federativo e individualmente hasta como estructura de gobierno de la matrícula desde lo administrativo. Siempre se debe participar activamente en las relaciones institucionales con otras colegiaturas porque se aprende y se comprenden las dificultades cotidianas que transitamos en la gestión a partir de compartirlas y trabajar colectivamente para las soluciones.

La tarea en el Consejo Superior me deja también una gran satisfacción. A través de varios mandatos, en lo fundacional y en estos últimos años, sobre todo, he

aprendido a entender las distintas realidades de cada colegio regional, la importancia del sano debate, la necesidad de normatizar para todos los colegas de la Provincia pero contemplando las distintas situaciones y realidades en la práctica profesional y en la vida institucional adaptada a cada región de nuestra extensa Provincia, cada colega consejera con la que compartí el Consejo Superior supo defender, fundamentar y debatir un criterio.

Las secretarías administrativas del Consejo Superior merecen un apartado también, siempre atentas, aportando, acompañando y llevando adelante la tarea inherente a consignar desde lo administrativo las decisiones del Consejo entre otras muchas.

Durante la pandemia, con la responsabilidad de intentar lograr que todo funcione y con la preocupación permanente compartida, de las dificultades por las que atravesaba nuestra comunidad profesional en la primera etapa, las limitaciones de tener las sedes literalmente cerradas, nos fortificó como grupo de trabajo en este último Consejo Superior.

El debate, los consensos, los disensos, el funcionamiento orgánico y el inestimable aporte, sus consejos, sus saberes y plasmarlos en muchas resoluciones que buscaron acompañar a los colegas durante esa etapa de Hernán Colli, asesor legal del Consejo Superior hicieron que el Colegio funcione correctamente a pesar del teletrabajo de todos y que los colegas minimizaran los golpes de la pandemia, al menos, en relación al ejercicio profesional, cuando después de intensas gestiones pudimos hacer que se reconozca la virtualidad en las áreas de práctica en que ello es posible.

El cargo de presidente me exigió personalmente más de lo imaginable en la pandemia, he dado lo mejor de mí para eso y mi compromiso de continuar trabajando siempre, desde cualquier lugar por la Fonoaudiología y por nuestras Entidades nucleadoras estará siempre vigente. Me voy con la alegría del deber cumplido con responsabilidad y con el deseo de que haya cada vez más unión entre pares de nuestro colectivo profesional a nivel provincial, nacional y regional.

Lic. María Alejandra Morchón

Presidente Colegio Regional La Plata

Sumario

Staff

Edición N° 10

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

ISSN 2346-8653

Propietario

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

Redacción

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.

(0221) 427-2234

La Plata, Argentina.

info@cflp.org.ar

www.cflp.org.ar

Comité Científico

Dra. María del Carmen Campos.

Lic. Claudia Díaz.

Lic. María Elsa Echave.

Lic. Lucía Infante.

Lic. Ana María Uriarte

Producción General

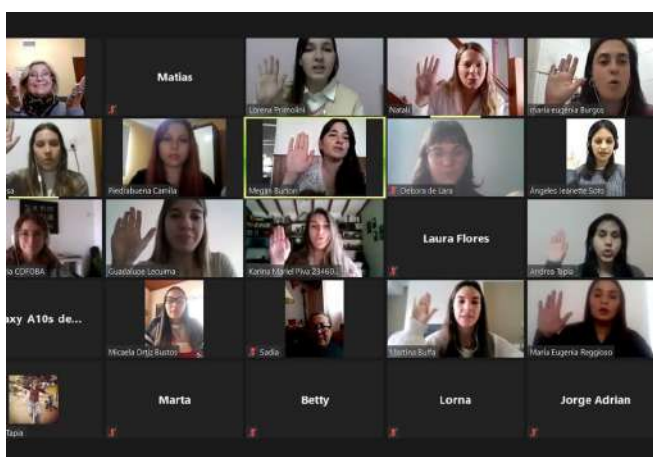
AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicación

"Registro DNDA en trámite".

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



PREDICTORES CLÍNICOS DE DISFAGIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

de la Lic. Manuela Ferreyra
y Equipo

4

Del 10 al 17 de mayo

Semana de Difusión de la Fonoaudiología

*Conocé las actividades
del lunes 10 de mayo*




Colegio de Fonoaudiólogos de
la Provincia de Buenos Aires
CONSEJO SUPERIOR



MÁS QUE 50 PALABRAS EL LENGUAJE EN EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

De la Lic. Gabriela S. Di Pilla
y Equipo

11

FONOAUDIOLOGÍA Y EQUINOTERAPIA COMO MÉTODO DE LA MEDICINA RECUPERATIVA

De la Lic. Marianela Rodríguez Vigo
y Equipo

15

Actualidad Nueva integrante del Comité Científico

21

Opinión Licenciatura en Fonoaudiología. Transitando el primer año de formación de grado en la Universidad Nacional de La Plata

Por el Dr. Néstor Artiñano
Decano de la Facultad de Trabajo
Social, UNLP.

22

Trabajo Científico N° 1

PREDICTORES CLÍNICOS DE DISFAGIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

Lic. Manuela Ferreyra

*Egresada de Universidad FASTA,
Facultad de ciencias médicas.*

*Residente de segundo año de la Unidad
de Fonoaudiología del HIGA General San Martín.*

Lic. María Agustina Marchionni

*Egresada de la UBA,
Facultad de ciencias médicas.*

*Residente de segundo año de la Unidad
de Fonoaudiología del HIGA General San Martín.*

Lic. Julieta María Humarán

*Egresada de UCALP,
Facultad de ciencias de la salud.*

*Residente de primer año de la Unidad
de Fonoaudiología del HIGA General San Martín.*

Lic. Martina Ratto

*Egresada de UCALP,
Facultad de ciencias de la salud.*

*Residente de primer año de la Unidad
de Fonoaudiología del HIGA General San Martín.*

Lic. María Paula Timpone

*Egresada de la UBA.
Instructora de residentes.*

*Ex Residente y Ex Jefa de Residentes
del HIGA General San Martín.*

Contactos: manuelaferreyra95@gmail.com
agusmarchionni@gmail.com

Resumen

El accidente cerebro vascular se define como el déficit neurológico de inicio agudo con síntomas y signos de disfunción cerebral focal o global, cuya causa puede ser isquémica o hemorrágica. El accidente cerebrovascular puede ocasionar disfagia orofaríngea, principalmente en período agudo, siendo la causa más frecuente de complicaciones respiratorias que agravan la situación del paciente. El propósito del siguiente trabajo es correlacionar los resultados de la aplicación del protocolo “predictores clínicos de disfagia y riesgo aspirativo” de daniels y colaboradores con el grado de severidad de disfagia obtenidos mediante videofluoroscopia de la deglución.

Se realizó un análisis longitudinal prospectivo de 36 pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular agudo. Los pacientes fueron evaluados clínicamente mediante el protocolo mencionado e instrumentalmente a través de videofluoroscopia de la deglución.

La aplicación de los predictores clínicos resultó válida para la detección precoz de la disfagia orofaríngea. Los resultados demuestran una sensibilidad del 100%, por lo cual la evaluación permite detectar a la totalidad de los pacientes con disfagia moderada-severa. Además, el 100% de los pacientes con 0 o 1 predictor presentó disfagia leve o deglución dentro de límites funcionales sin evidenciarse en ningún caso ingreso a la vía aérea, permitiendo en estos casos la posibilidad de indicar alimentación por vía oral hasta la evaluación instrumental, siendo esta última el patrón de oro en el diagnóstico de la disfagia.

Palabras claves: accidente cerebro vascular, disfagia orofaríngea, predictores clínicos, videofluoroscopia de la deglución.

Abstract

The stroke is defined as the acute-onset neurological deficit with signs and symptoms of focal or global cerebral dysfunction, whose cause may be either

ischemic or hemorrhagic. The stroke can, especially in acute periods, result in oropharyngeal dysphagia which is the most frequent cause of respiratory complications aggravating the patient's conditions. The purpose of the following paper is to correlate the results of the implementation of the protocol "clinical predictors of dysphagia and aspiration risk" by daniels et al. With the levels of severity in dysphagia obtained by means of videofluoroscopic swallowing study.

A prospective longitudinal analysis was carried out on 36 acute-stroke-diagnosed patients who were examined clinically using the aforementioned protocol and instrumentally by videofluoroscopic swallowing study.

The implementation of clinical predictors proved valid for early oropharyngeal dysphagia detection. The results display a 100% sensitivity which has enabled the evaluation to detect the total number of patients with moderate-severe dysphagia. Moreover, 100% of patients with 0 to 1 predictor presented mild dysphagia or swallowing within functional limits showing no evidence whatsoever of entry to the airway. This has allowed the possibility to indicate oral feeding until the instrumental evaluation, the latter being the gold standard in the diagnosis of dysphagia.

Keywords:stroke, oropharyngeal dysphagia, clinical predictors, videofluoroscopic swallowing study.

Introducción

El accidente cerebro vascular (acv) se define como el déficit neurológico de inicio agudo con síntomas y signos de disfunción cerebral focal o global, cuya causa puede ser isquémica o hemorrágica.

"En argentina, la prevalencia del acv es de 868 casos por cada 100.000 Habitantes, presentando alguna incapacidad significativa en el 52% de los casos. Según la organización mundial de la salud, las enfermedades cerebrovasculares afectan a 15 millones de personas al año. Constituye la primera causa de invalidez, la segunda de demencia y la tercera de muerte, dentro del conjunto de enfermedades neurológicas" (ruano gándara y cols., 2015).

El acv puede ocasionar, dependiendo de la extensión y localización de la lesión: trastornos motores y sensitivos a nivel de musculatura orofacial, miembros superiores e inferiores, como también trastornos cognitivos, psiquiátricos, del habla y disfagia

orofaríngea (dof). Esta última puede empeorar el cuadro clínico del paciente debido a complicaciones respiratorias y nutricionales, principalmente en los cuadros agudos.

Entre el 27% y el 50 % de todos los pacientes con acv presentan disfagia con reportes de un aumento de la estancia hospitalaria que se triplica en duración, además de un incremento de la tasa de complicaciones. (Suárez escudero y cols., 2018).

La detección y evaluación de la disfagia es de gran importancia, ya que permite determinar la posibilidad de aspiración y evitar complicaciones como neumonía, deshidratación, desnutrición u obstrucción de las vías respiratorias. Existen múltiples herramientas clínicas que evalúan la deglución al pie de cama, con sensibilidad y especificidad variables. Dentro de la evaluación clínica deglutoria inicial, en el año 2018 la asociación argentina de disfagia (aad) realiza un "consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con acv", donde propone utilizar la evaluación de predictores clínicos de disfagia descriptos por daniels y cols. Para detectar a la población de mayor riesgo aspirativo. Estos predictores incluyen: presencia de disfonía, disartria, reflejo nauseoso anormal, tos post deglución, voz húmeda y tos volitiva anormal.

Daniels s. K. Y col (2000) concluyen que la presencia de al menos 2 de las 6 características clínicas permite distinguir sistemáticamente a los pacientes con disfagia de moderada a severa de los pacientes con disfagia leve o deglución dentro de límites funcionales.

El objetivo del siguiente trabajo de investigación es determinar si la presencia de estos predictores clínicos de disfagia orofaríngea (dof) se correlaciona con el grado de severidad de la misma evidenciado en la videofluoroscopia de la deglución (vfd).

Disfagia y acv

La disfagia orofaríngea acompaña con una elevada prevalencia a los trastornos neurológicos y neuromusculares, siendo responsable de varias de las complicaciones mayores que impactan negativamente en la recuperación del paciente neurológico como la aspiración, infecciones respiratorias a repetición, desnutrición y deshidratación. Esto determina una prolongación del tiempo de estadía hospita-

laria y mayor necesidad de cuidados al alta.

La prevalencia de disfagia en acv es variable debido a la localización y la extensión de la lesión, la naturaleza transitoria de la disfagia y los diferentes métodos de evaluación para su detección.

Se estima que entre el 42 y el 67% de los pacientes con acv presentan disfagia dentro de los primeros tres días del inicio de la enfermedad (trovato, rosa, brotzman 2018), y la presencia de aspiración ocurre entre el 30% al 55 % de los casos (suárez escudero 2017). La neumonía por aspiración es una complicación que ocurre en el 50% de los pacientes con acv y disfagia severa, reportándose una tasa de mortalidad del 43 % (daniels y cols. 1997).

La disfagia en el acv produce un amplio espectro de síntomas y signos de alteraciones tanto en la seguridad como en la eficacia de la función deglutoria. Las alteraciones de la seguridad se manifiestan clínicamente mediante la presencia de tos, carraspeo, voz húmeda, cambios en la voz post deglución, desaturación de la oxigenación basal y presencia de secreciones y/o episodios respiratorios.

Las alteraciones de la eficacia se manifiestan mediante un incremento del tiempo de tránsito oral, dificultad en la masticación y formación del bolo, derrame por disfunción del esfínter anterior, presencia de residuos orales, sensación de residuos en región faríngea, necesidad de múltiples degluciones por bolo y tiempo total de ingesta aumentado.

Esto se puede ver reflejado en un descenso progresivo de peso y mal estado nutricional del paciente.

Los signos videofluoroscópicos observados corresponden principalmente a alteraciones de las etapas orales y faríngea: disfunción de válvula bilabial, dificultad en la masticación, enlentecimiento en los movimientos de propulsión y ramping lingual, residuos orales, apraxia oral, disfunción de las válvulas velolingual y velofaríngea, reflejo deglutorio demorado o ausente, clearance faríngeo alterado, patrón motor laríngeo limitado, cierre incompleto de la vía aérea con presencia de penetración y/o aspiración.

Dentro de las características fisiopatológicas de la disfagia en acv, se describe la disminución en la sensibilidad faríngea y laríngea, lo que explica la presencia de aspiración silente en aproximadamente el 40% de los pacientes con disfagia y aspiración (daniels y cols. 1997).

La importancia del diagnóstico precoz de la disfagia radica en que su presencia triplica la mortalidad y aumenta el riesgo de broncoaspiración en un 50%. (Trovato, rosa, brotzman 2018).

Evaluación de la deglución

En la práctica asistencial la deglución puede evaluarse de manera clínica o instrumental. La evaluación clínica se realiza al pie de cama del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico presuntivo respecto al tipo de disfagia y al grado de severidad, y así determinar cuáles son aquellos pacientes que deben ser evaluados más exhaustivamente mediante un estudio instrumental.

La misma consta de una anamnesis completa, donde se realiza un análisis semiológico que incluye antecedentes personales, estudios previos, diagnóstico o enfermedad actual, antigüedad de la disfagia y alimentación actual. Además, se considera el estado clínico general del paciente: sistema neurológico, respiratorio, postural, estado nutricional, aspectos comunicativos y cognitivos.

Se lleva a cabo una evaluación estomatognática, que consiste en la exploración de los pares craneales intervinientes en la deglución (v, vii, ix, x, xi y xii) mediante un examen sensoriomotor de las estructuras oro-faríngeo-laríngeas que incluye también la evaluación de los reflejos intraorales. Se evalúa además el estado de las piezas dentarias y la higiene oral.

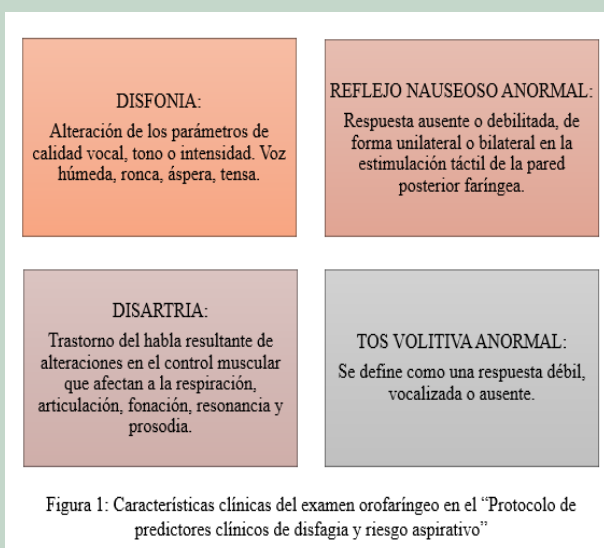
En relación a los hallazgos obtenidos, se determina la posibilidad de evaluar la funcionalidad de las estructuras anatómicas intervinientes en la mecánica deglutoria mediante la administración de diferentes consistencias o viscosidades y volúmenes, utilizando la oximetría de pulso y la auscultación cervical.

Se evalúa la presencia de signos y síntomas que indiquen alteraciones en la seguridad y/o en la eficacia. Para ello, se dispone actualmente de diversos protocolos como la escala gugging swallowing screen (m. Trapl et al, 2007), el método de exploración clínica volumen-viscosidad (p. Clavé et al, 2008), el test del vaso de agua (de pippo et al, 1993) y la escala eating assessment tool-10 (belafsky pc, et al. 2008).

Dada la falta de protocolos clínicos validados que permitan predecir el grado de severidad de la disfagia en acv, en el año 2000 daniels propone una evaluación al pie de cama mediante el protocolo

“predictores clínicos de disfagia y riesgo aspirativo”. Concluye en su investigación que la presencia de 2 o más predictores clínicos se correlaciona con disfagia moderada/severa.

El protocolo consta de dos apartados, el examen orofaríngeo y la evaluación de la ingesta de líquido. Dentro del examen orofaríngeo, los predictores de disfagia consisten en la presencia de disartria, disfonia, reflejo nauseoso anormal y tos volitiva anormal. Estos predictores se califican en una base binaria presente / ausente, con características específicas para cada uno (figura 1).



La evaluación con líquidos consiste en la ingesta de volúmenes calibrados de agua. La prueba se inicia con el paciente sedestado, administrando bolos líquidos con volúmenes crecientes de 5-10-20 ml con vaso o sorbete, según las preferencias del examinado.

Se constata el disparo del reflejo deglutorio mediante la palpación del ascenso laríngeo durante la deglución; después de cada ingesta se solicita al paciente que emita una /a/ de manera sostenida para determinar cualquier cambio en la calidad vocal. Todos los volúmenes se administran dos veces, excepto que el paciente tosa o demuestre alteraciones en la calidad vocal inmediatamente después de deglutir o en el minuto posterior, en cuyo caso se finaliza la evaluación.

El cambio en la voz y la tos post-deglución se califican sobre una base binaria presente / ausente. Debido a las limitaciones de la evaluación clínica para determinar con exactitud el grado de disfagia y el riesgo aspirativo, sobre todo en aquellos pacientes con alteraciones cognitivas o comunicativas, muchas

veces es necesario completar la evaluación con un estudio instrumental. Si bien la evaluación endoscópica se destaca por su portabilidad, la vfd resulta el patrón de oro ya que es el único estudio que permite evaluar todas las etapas de la deglución.

Este estudio radiográfico de la deglución consiste en observar la dinámica deglutoria, a través de la administración de diferentes consistencias y volúmenes. Para ello se utilizan medios de contraste por vía oral para visualizar la función y observar el comportamiento del bolo alimenticio durante su paso por el tracto aerodigestivo.

Permite diagnosticar la presencia de disfagia y el grado de severidad de la misma, siendo su objetivo principal determinar la eficacia y la seguridad de la función. Además, resulta de gran utilidad a la hora de planificar la terapéutica, utilizando diferentes posturas compensatorias o evaluando la efectividad de maniobras para recuperar la función. Sin embargo, este método de estudio tiene sus desventajas, tales como su alto costo, la necesidad de trasladar al paciente y la exposición a radiación.

Por lo cual, resulta de vital importancia una completa evaluación clínica que permita una orientación diagnóstica y así determinar la necesidad o no de una evaluación instrumental.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis longitudinal prospectivo de 36 sujetos con diagnóstico de acv agudo, evaluados en la unidad de internación de fonoaudiología del hospital interzonal general de agudos "general José de San Martín" de la Plata durante el período comprendido entre julio de 2018 y octubre de 2019, con una edad media de 63.66 (Rango 28-96) y un desvío estándar de 17.89, correspondiendo el 42% al sexo femenino y el 58% al sexo masculino. Los métodos de recolección de datos se realizaron a partir de la historia clínica del paciente, informes de vfd y protocolo clínico de Daniels.

Se utilizó el programa Microsoft Excel para recolección y análisis de los mismos.

Los criterios de inclusión fueron: todos aquellos pacientes con diagnóstico de acv agudo internados en el HIGA San Martín, que hayan sido evaluados mediante vfd dentro de los siete días posteriores a la evaluación clínica de la deglución.

Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de acv en el transcurso del último año y disfagia previa a la internación.

Todos los pacientes fueron evaluados clínicamente mediante el protocolo "predictores clínicos de disfagia y riesgo aspirativo" (daniels s.K. 2000) E instrumentalmente a través de vfd.

En relación a los hallazgos de daniels, este grupo de trabajo consideró realizar una modificación en la aplicación del protocolo, ya que la presencia de 2 o más predictores durante el examen orofaríngeo son indicadores de dof de grado moderada/severa por lo que en esos casos se discontinuó la evaluación, sin administrar líquidos dado el riesgo aspirativo que ello implica.

Se confeccionó una tabla de doble entrada que registró la presencia/ausencia de los mismos. Los resultados hallados en el protocolo de predictores clínicos se correlacionaron con la severidad de la disfagia obtenida mediante vfd.

El estudio de vfd se realizó con el equipo siregraph-c2 siemens, con sulfato de bario modificado con alimento y/o espesante.

Se evaluó la ingesta de las sustancias de contraste semisólida, líquida y/o jarabe, y sólida. El protocolo de evaluación videofluoroscópica en cuanto a los volúmenes y consistencias administrados dependió de cada paciente.

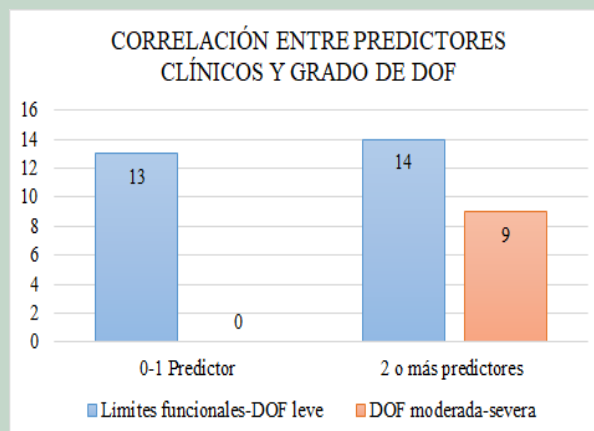
El informe se realizó utilizando las escalas de clasificación internacional de las enfermedades (cie-10), la escala de penetración y aspiración (epa; rosenbek, robbins, roecker, coyle y wood, 1996) y dysphagia outcome and severity scale (doss; o'neil y col. 1999).

Resultados

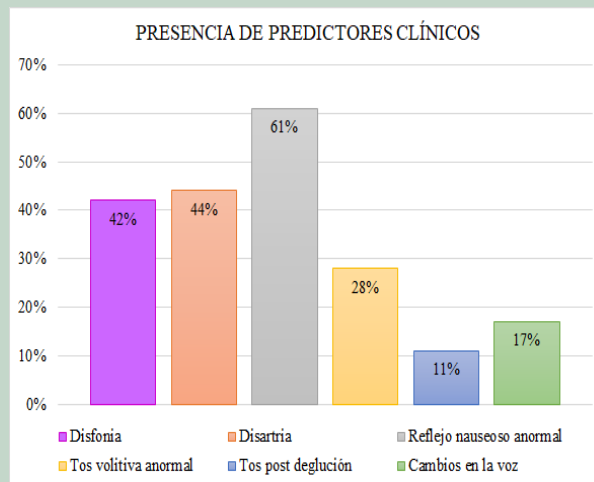
De los 36 sujetos evaluados, 2 (5,55%) presentaron deglución dentro de límites funcionales, 25 (69,44%) dof leve, 8 (22,22%) moderada y 1 (2,77%) severa.

De los 13 sujetos que presentaron 0 o 1 predictor, el 100% evidenció deglución dentro de límites funcionales o dof leve sin ingreso a la vía aérea; de los 23 sujetos que presentaron 2 o más predictores, 9 (39,13%) evidenciaron dof moderada o severa, 3 de ellos con aspiración.

El 100% de los pacientes con disfagia moderada-severa presentó 2 o más predictores, demostrando una sensibilidad del 100% con ausencia de resultados falsos negativos. Por otra parte se registraron 14 pacientes con 2 o más predictores en la evaluación clínica y dof leve evidenciada en la vfd, verificando este resultado el alto porcentaje de falsos positivos (38.88%) Con una especificidad del 48%. (Gráfico 1).

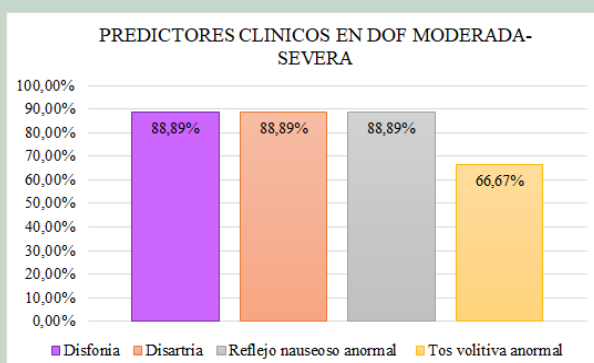
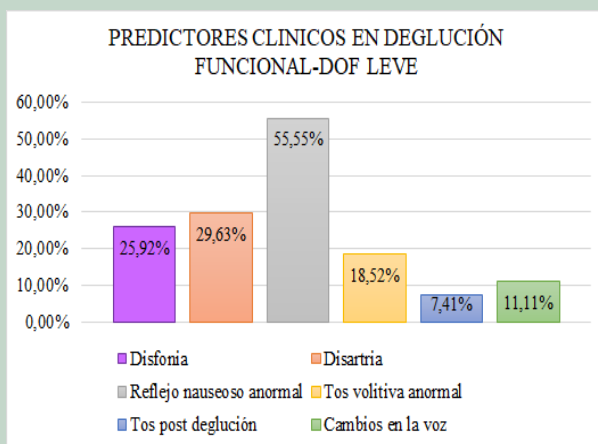


Del total de la muestra, el 42% presentó disfonía, el 44% disartria, el 61% reflejo nauseoso anormal, el 28% tos volitiva anormal, el 11% tos post-deglución y el 17% cambios en la voz. (Gráfico 2).



En cuanto a la correlación entre cada predictor y la severidad de la disfagia, los sujetos con deglución dentro de límites funcionales o dof leve evidenciaron mayor prevalencia de reflejo nauseoso anormal. (Gráfico 3).

En cambio, en los sujetos con dof moderada-severa no prevaleció ningún predictor, sino que mostraron un aumento en el número de presentación de los predictores ante mayor severidad de la disfagia (gráfico 4).



Conclusión

La aplicación de este protocolo supone una herramienta de screening sencilla, rápida, que resulta válida para la detección precoz de la dof, permitiendo identificar al 100% de los pacientes con alteraciones deglutorias moderadas a severas y el 48,14% de los pacientes con alteraciones leves o deglución dentro de límites funcionales, representando al 61,11% de coincidencia entre la presencia de predictores clínicos y la severidad de la disfagia en el total de la muestra. La presencia de reflejo nauseoso anormal es el indicador más prevalente en el diagnóstico clínico de dof, presentándose en el 58,82% de los pacientes con disfagia.

Sin embargo, la presencia de este predictor no resulta indicador de mayor severidad.

Los resultados demuestran que el 100% de los pacientes con 0 o 1 predictor presentó disfagia leve o deglución dentro de límites funcionales, permitiendo en estos casos considerar la posibilidad de evitar una vía alternativa de alimentación e indicar alimentación por vía oral hasta la evaluación instrumental, siendo esta última el gold standard en el diagnóstico de la disfagia.

La presencia de 2 o más predictores representa una posible disfagia moderada-severa, proporcionando

en estos casos mayor aporte clínico a la hora de determinar la necesidad de una evaluación instrumental.

Discusión

La evaluación clínica es una herramienta de despistaje que permite una resolución momentánea, sin embargo la misma no reemplaza el diagnóstico certero por medio del examen instrumental.

Este equipo de investigación considera que existen factores relevantes como la ubicación y extensión de la lesión, edad, intercurencias y otras afecciones asociadas que contribuyen en el diagnóstico del tipo y grado de severidad de la disfagia y no fueron tenidos en cuenta en este trabajo.

En relación a los resultados obtenidos, la escala de severidad videofluoroscópica que Daniels utiliza en su investigación considera únicamente el ingreso a la vía aérea, sin reflejar en todos los casos la severidad evidenciada en el estudio. Por esta razón, para el presente trabajo se utilizó la escala Doss que contempla además del ingreso a vía aérea, el tipo de nutrición y la necesidad de supervisión durante la alimentación, establece diversos grados de disfagia y es la recomendada por la AAD en su último consenso.

En función de incrementar la especificidad del protocolo, se analizaron los resultados considerando que la presencia de 0 a 2 predictores sería indicador de dof leve o deglución dentro de límites funcionales, y 3 o más indicador de dof moderada a severa. Sin embargo, dicha modificación en la interpretación de los resultados implicó la presencia de falsos negativos, alterando la sensibilidad del protocolo. Por lo cual, se consideró continuar con el análisis tal como lo plantea la autora.

La totalidad de los pacientes con 0 o 1 predictor presentó deglución dentro de límites funcionales o disfagia leve sin ingreso a vía aérea, por lo cual en estos casos se podría prescindir de la evaluación instrumental mediante VFD.

Sin embargo, consideramos que es necesario incrementar el número de la muestra para poder corroborar dicha hipótesis. En función de los resultados obtenidos en concordancia con Daniels, consideramos que ante la presencia de 2 o más de los primeros 4 predictores clínicos se debe discontinuar la evaluación, sin administrar líquidos dado el riesgo

aspirativo que ello implica, y evaluar al paciente mediante vfd.

El conjunto de ambas evaluaciones, clínica e instrumental, permite abordar la disfagia de manera integral, establecer el diagnóstico e idear el plan terapéutico adecuado para cada paciente.

Agradecimientos

Este grupo de trabajo agradece a la unidad de internación del h.l.G.A. Gral. San Martín de la Plata, a la licenciada en fonoaudiología Bernarda Revello y a la traductora pública nacional en inglés Magdalena

Documentos de evaluación de tecnologías sanitarias, informe de respuesta rápida n° 439, Buenos Aires, Argentina octubre 2015. Disponible en www.lecs.org.ar.

8.Stephanie k. Daniels; colleen p. Mcadam; kevin brailey; anne l. Foundas; (1997). Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. (1997). American journal of speech-language pathology.

9.Stephanie k. Daniels; kevin brailey; daniel h. Priestly; lisa r. Herrington; leon a. Weisberg; anne l. Foundas (1998). Aspiration in patients with acute stroke. (1998). Arch phys med rehabil 79:14-9.

10.Stephanie k. Daniels; lindsay a. Ballo; mary-claudia mahoney; anne l. Foundas. (2000) Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. (2000). Arch phys med rehabil 81:1030-3.

11.Suárez-escudero, j.C. ; Rueda vallejo, z.V. ; Orozco, a.F. (2018). Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? (2018) Acta neurológica colombiana.

12.Trovato, m.H., Rosa, m.l., Brotzman, g. Manual de fonoestomatología. Clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la deglución y alimentación en niños y adultos. Ciudad autónoma de Buenos Aires: librería akadia editorial, 2018.

Bibliografía

1.Asociación argentina de disfagia: consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con accidente cerebrovascular. Buenos Aires, Argentina, 2018.

2."Gugging swallowing screen group international". Disponible en: <https://gussgroupinternational.wordpress.com/about/>

3.L. Perry; c. P. Love.(2001) Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. (2001). Dysphagia 16:7-18 . Nueva York.

4.M. González-fernández; l. Ottenstein; l. Atanelov; a.B. Christian. (2013). Dysphagia after stroke: an overview. (2013). Curr phys med rehabil rep 1:187-196. Nueva York.

5.Molinatti me, Sánchez Valverde m, Duek v, la vía mb, Brotzman g. Estudio multicéntrico: evaluación clínica e instrumental de la disfagia en pacientes adultos. (2019) Revista faso.

6.Pere clavé c., García peris p. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: editorial glosa, 2013.

7.Ruano gándara r, rey-ares l, pichon-riviere a, augustovski f, garcía martí s, alcaraz a, bardach a, ciapponi a, lópez a. Rehabilitación cognitiva en déficit cognitivo secundario a accidente cerebrovascular.

Trabajo Científico N° 2

MÁS QUE 50 PALABRAS EL LENGUAJE EN EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

Lic. Gabriela S. Di Pilla

Licenciada en Fonoaudiología. Docente de la carrera de Fonoaudiología UCALP e ISFDyTN°9. Jefa de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento Fonoaudiología en el Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra"

Lic. Silvina R. Martínez

Licenciada en Psicología. Jefa de Sala de Psicología del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", Docente e investigadora universitaria UNLP, UCALP.

Lic. Maria Julia Cárdenas

Licenciada en Fonoaudiología. Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón

Lic. Maria Paula Randazzo

Licenciada en Fonoaudiología. Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra". Docente de la carrera de Fonoaudiología UCALP.

Lic. Maria Agustina Soto

Licenciada en Fonoaudiología. Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra". Docente de la carrera Licenciatura en Fonoaudiología de la UNLP. Docente de la carrera de Fonoaudiología UCALP.

Lic. Mariana Sisu

Licenciada en Fonoaudiología

Resumen

El lenguaje necesita de la interacción con el otro, quien será el que a través del contacto emocional, la atención, el compartir actividades, lleve al niño al desarrollo de las primeras capacidades comunicativas. Los niños institucionalizados se encuentran desde bebés en un ámbito poco favorable para la adquisición y desarrollo del lenguaje. Para conocer a qué edad comienza la demora y a partir de cuánto tiempo de institucionalización se realizó un análisis retrospectivo transversal de las historias clínicas. Se observó que en los aspectos del desarrollo infantil, el lenguaje y la capacidad de establecer relaciones con los demás, se presentan con mayores dificultades y demoras significativas.

Palabras claves: apego, institucionalización, lenguaje.

Abstract

Language needs interaction with another one, who through affection, attention, sharing activities, leads the child to the development of the first communication skills. Institutionalized children find themselves in an unfavorable environment for the acquisition and development of language. A retrospective cross-sectional analysis of the medical records was carried out to know at what age the delay began and for how long of institutionalization. It was observed that in the aspects of child development, language and the ability to establish relationships with others, they present with greater difficulties and significant delays.

Keywords: bonding, institutionalization, language.

Introducción

La adquisición de la lengua y del lenguaje sólo es posible con determinados niveles de evolución neurológica y psicológica. Sobre estas bases la estimulación del medio sociocultural permite, a través de signos y símbolos adquiridos, la comunicación con nuestros semejantes. La interiorización de esos símbolos verbales hará que el pensamiento abstracto pueda cumplirse y desarrollarse.

“Cuando se produce comprensión por lo menos entre dos individuos podemos hablar de comunicación” (D’Elia, 1985). Nos comunicamos no solo con la palabra si no con gestos, posturas corporales. El lenguaje es constitutivo y constituyente del sujeto naciente. Un lenguaje no se aprende, sino que se incorpora, se adquiere en una trama vincular. Puede haber lenguaje pero no enlazado a lo afectivo o intencionalidad de comunicar, por lo cual el lactante-niño pequeño es mero receptor de sonidos sin sentido, sin articulación con el deseo de otro, sin lazo social. “Somos unos u otros según las experiencias que hemos atravesado en el complejo cruce con la palabra.” (Pradelli, 2016)

Para que un niño emita una palabra se necesita escucharla al menos cincuenta veces en diferentes contextos y usos “En el plano fonológico se desenvuelve un proceso por pérdida, no así en los restantes planos: conceptual, semántico, sintáctico-morfológico, pragmático, en los que se da una extensión por ganancia. En consecuencia, se irá estableciendo el conocimiento de una lengua, “competencia lingüística” y “comunicativa” teñida de afectos.” (Levin, 2002)

Los niños institucionalizados se encuentran desde bebés en un ámbito poco favorable para la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Estadías prolongadas, cantidad y variedad de contactos pero ningún referente, tiempos que no se definen, rutinas que no son las habituales a un ámbito familiar, movimientos repentinos e inesperados sin la palabra anticipatoria, falta de oportunidades de explorar otros espacios. Los cambios de sala en el corto trayecto de vida del niño no permiten el apego y la interacción con su cuidador y pares.

Las consignas suelen estar dadas de manera general, desaprovechando oportunidades de diálogo, el niño suele no tener respuestas a sus señales, interrumpiéndose el canal de comunicación, provocan-

do inseguridad e inestabilidad afectando el desarrollo emocional y del lenguaje.

Mucho se habla alrededor del niño, pero no se le habla al niño.

Con el objetivo de conocer a qué edad comienza la demora y a partir de cuanto tiempo de institucionalizado se realizó el siguiente trabajo desde la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento Fonoaudiología y sala de Psicología del HZE “Dr. Sbarra”.

Material y método

Se aplicó la Evaluación de la Comunicación, el Habla y la Lengua de Nelly D’Elia y Liliana Marelli de Vivaldi a la población de niños institucionalizado del Hospital Sbarra. Esta prueba evalúa el desarrollo de la lengua hasta la transición al lenguaje en niños de 0 a 5 años en cuatro etapas globales

Primera etapa: Conexión y Comunicación preverbal de 0 a 9 meses

Segunda etapa: Comprensión-Expresión. Habla de 9 a 18 meses

Tercera etapa: Interiorización objetivas de 18 a 36 meses

Cuarta etapa: Dominio inicial e interiorización de 36 a 72 meses/ Pasaje de Lingua a Lenguaje.

Se realizó un análisis retrospectivo transversal de las historias clínicas de los niños institucionalizados. Los criterios de selección fueron: que tengan administrada prueba de D’Elia y Marelli.

Criterios de exclusión: niños con patología que afectan el desarrollo del lenguaje.

Resultados

Se obtuvieron datos de 727 historias revisadas de las cuales 235 cumplieron con los criterios establecidos. 104 niños y 131 niñas. De los niños evaluados 188 presentaron lenguaje comprensivo acorde a su edad cronológica y 47 descendido. Con respecto al lenguaje expresivo 139 estaban acorde y 96 descendido. Del análisis se observa que en edades más tempranas el lenguaje se encuentra en la mayoría de los casos acorde a la edad. En los meses siguientes del desarrollo del niño, el lenguaje se va lentificando en su evolución y se encuentra por debajo de lo espe-

rado para la edad cronológica. De los 235 niños, 132 permanecieron menos de un año institucionalizados y 103 más de un año.

Del último grupo, 67 presentaron lenguaje descendido para la edad cronológica, de los cuales 33 mostraron ambos aspectos descendidos y 34 solo el lenguaje expresivo. De los niños que permanecieron menos de un año institucionalizados, 29 presentaron lenguaje descendido para la edad cronológica, de ellos 13 tenían ambos aspectos descendidos y 16 el lenguaje expresivo.

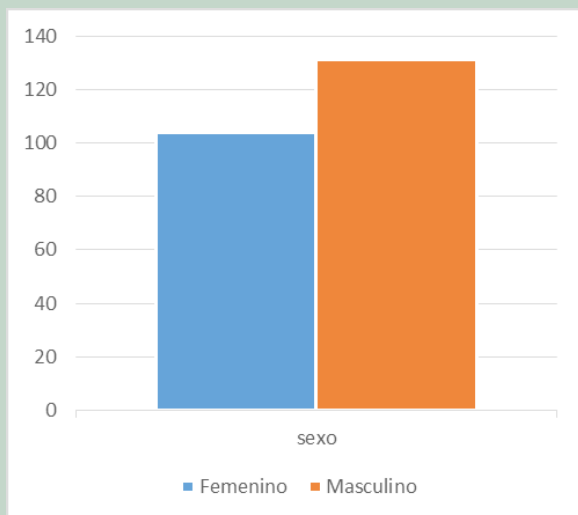


Gráfico 1: de los 235 niños, 104 son de sexo femenino y 131 masculino

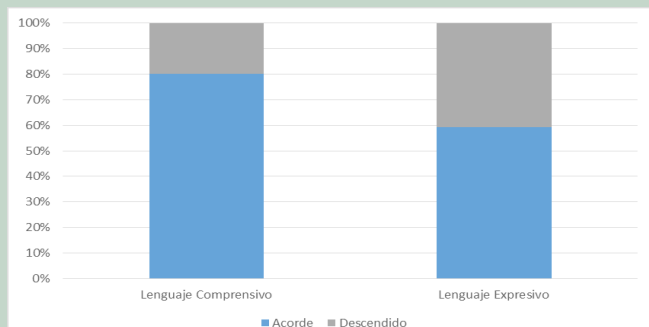


Gráfico 2: de 235 niños evaluados 188 presentaron lenguaje comprensivo acorde a su edad cronológica y 47 descendido. Con respecto al lenguaje expresivo 139 estaban acorde y 96 descendido.

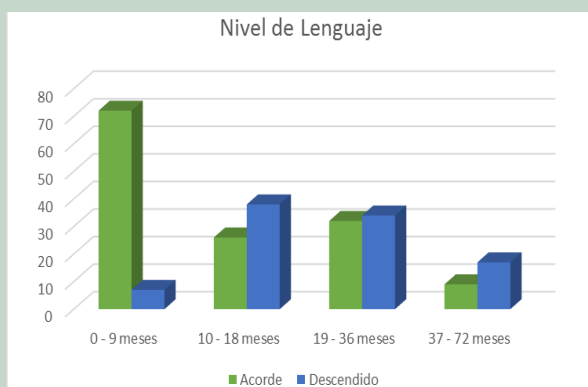


Gráfico 3: en este gráfico se observa que en edades más tempranas el lenguaje se encuentra, en la mayoría, de los casos acorde a la edad. En los meses siguientes, el lenguaje se va lentificando en su evolución y se encuentra por debajo de lo esperado para la edad cronológica.

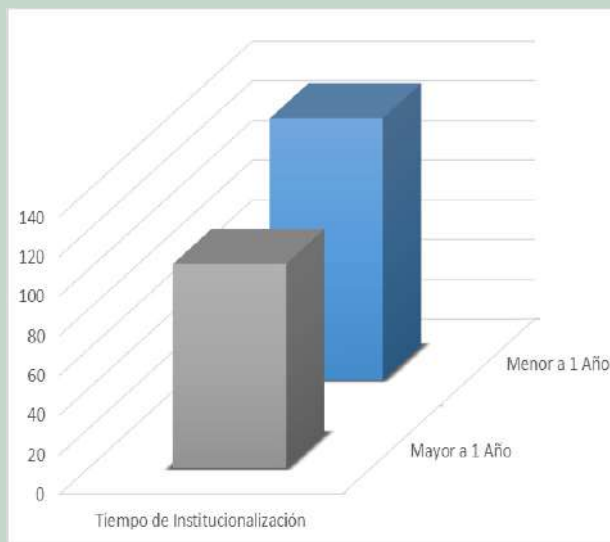


Gráfico 4: de los 235 niños, 132 permanecieron menos de un año institucionalizados y 103 más de un año.

Más de 1 Año de Institucionalización

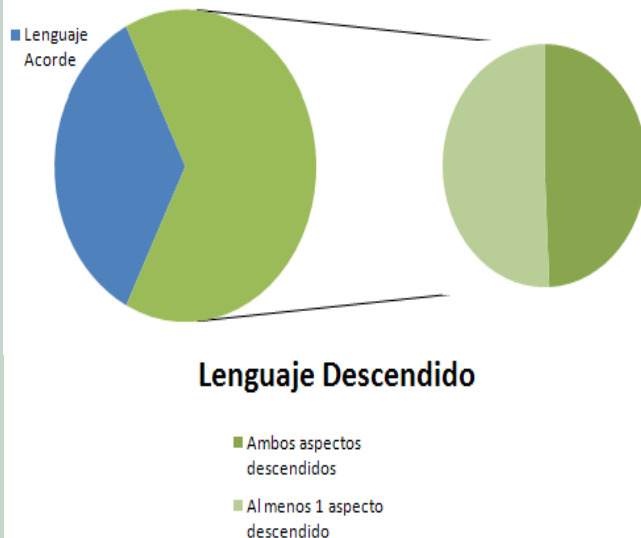


Gráfico 5: de 103 niños evaluados con más de 1 año de institucionalización, 67 presentaron lenguaje descendido para la edad cronológica; de los cuales 33 mostraron ambos aspectos descendidos y 34 solo el lenguaje expresivo.

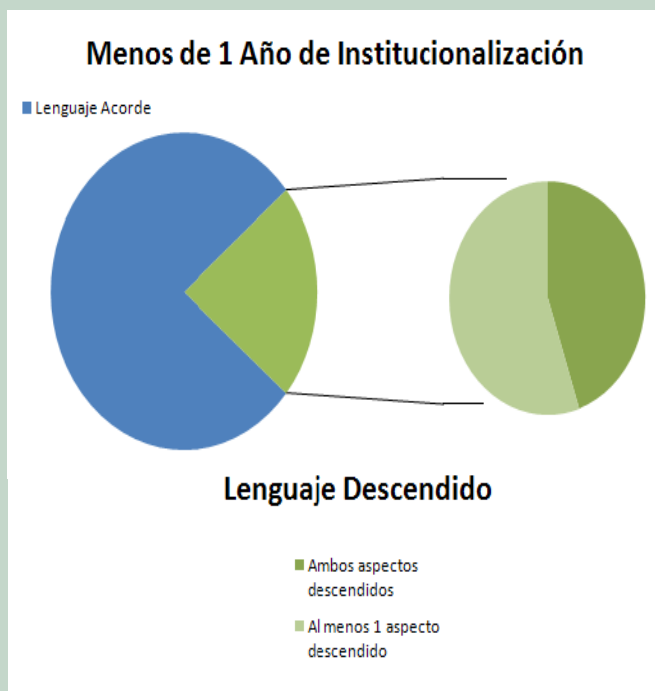


Gráfico 6: de los niños que permanecieron menos de un año institucionalizados, 29 presentaron lenguaje descendido para la edad cronológica, de ellos 13 tenían ambos aspectos descendidos y 16 el lenguaje expresivo.

Conclusión

Los aspectos del desarrollo infantil en niños pequeños institucionalizados, el lenguaje y la capacidad de establecer relaciones con los demás se presentaron con mayores dificultades y demoras significativas.

Es hacia el 8vo-9no mes de edad donde comienza a distinguirse la etapa del balbuceo indiferenciado del diferenciado, recorte que solo puede ir lográndose con la intermediación lingüística de otro, donde se observó que se van lentificando las expresiones.

El campo de la conducta más significativamente retardada es el lenguaje. El déficit en la adquisición correspondió al nivel expresivo, refiriéndose a la capacidad de comunicación.

Se observó también en el campo semántico, de los significados. Esto puede relacionarse con la poca cantidad de experiencias, oportunidades de explorar dentro y fuera de la institución, limitándose de esta manera la incorporación de símbolos y conceptos. Hay además un promedio de 10 adultos o más semanales que se dedican a la atención del lactante y niño pequeño. No es solo la escasez de posibilidades sino el no poder contar con referentes afectivos estables.

Discusión

La importancia de la figura de apego estable es la que permite una interacción de referencia intersubjetiva, que provee y acerca el lenguaje desde la singularidad del encuentro en la constancia de tiempo, situación que del modo en que está organizada la institución para su funcionamiento, se pierde al lactante y niño particular, sus necesidades, sus tiempos, siendo las dificultades del lenguaje un síntoma a poder mirar y atender.

Bibliografía

1. Bowly, J. (1989). Una base segura. Edit. Paidós. Barcelona.
2. D'Elia, N.; Marelli de Vivaldi, L. (1985) Evaluación de la comunicación, el habla y la lengua. En Scharger y col. Lengua, lenguaje y escolaridad. Edit. Médica Panamericana. Bs. As. 79-93
3. Falk, J. Loczy, educación infantil. Octoedro-Rosa Sensat. Barcelona. 2012.
4. Goren, G.; Martínez, S. (1992) Aproximación al perfil de la estimulación temprana en niños institucionalizados. Htal. Sbarra.
5. Levin, J. (2002) Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica. Lugar Editorial. Bs. As.
6. Pickler, E. (1985) Moverse en libertad. Ed. Narcea. Madrid.
7. Pradelli, A. (2016) La búsqueda del lenguaje. Edit. Paidós. C.A.B.A.
8. Suanno, A. (1994) La adquisición del lenguaje en niños institucionalizados. Trabajo para título de Licenciada en Fonoaudiología. UCLP.
9. Rochat, P. (2004) El mundo del bebé. Morata. Madrid.

Nota de una colega sobre este especial abordaje terapéutico

FONOAUDIOLOGÍA Y EQUINOTERAPIA COMO MÉTODO DE LA MEDICINA RECUPERATIVA

Lic. Marianela Rodríguez Vigo

Resumen

En la actualidad se plantean nuevos paradigmas de trabajo en Fonoaudiología, con objetivos claros y estrategias terapéuticas certeras para afrontar desafíos de crecimiento en los pacientes en recuperación o rehabilitación y fuera del entorno de la clínica convencional.

El objetivo de las terapias conjuntas de recuperación es lograr el bienestar biopsicosocial del individuo, pudiendo alcanzar el equilibrio y la autonomía como ser de relación.

Podemos inferir que para que el trabajo de recuperación con “Terapias Asistidas con Nuestros Caballos” puedan ser exitosas, las cualidades profesionales a aplicar son: la organización, la dedicación, la voluntad y la pasión por el trabajo en equipo.

Introducción

La Terapia Asistida con Caballos (Equinoterapia), como tratamiento alternativo en el campo de la Fonoaudiología abre nuevas posibilidades de tratamientos.

Con el objetivo de profundizar esta experiencia, valoramos las respuestas en las Áreas Físico o Motriz, Social, Psicopedagógica, Comunicacional y del Lenguaje en un paciente de 6 años con diagnóstico de Encefalopatía (Diplejía- Disquinesia) que se presentó con babeo, ausencia de habla y del lenguaje, hipertonía general corporal, hipotonía en tronco, cabeza y cuello, ausencia de control de esfínteres y sonrisa social fluctuante.

Materiales y métodos

Se presenta un caso clínico: un varón de 6 años de edad durante 6 años, desde 2012 hasta 2018, con una frecuencia de una vez a la semana. Como instrumento de valoración de las intervenciones fonoaudiológicas se utilizaron los parámetros que se exponen en la tabla 1. En la tabla 2 se describen los materiales vinculados a los equinos.

Tabla 1 – Parámetros de valoración	
Área de Comunicación y Lenguaje: • Estimulación basal de los sentidos. • Trabajo de control de las emociones (apego). • Redescubrimiento de los sentimientos básicos (compasión y amor). • Socialización. • Reducción del estrés y de la ansiedad. • Restablecimiento del equilibrio entre la razón y las emociones. • Comunicación • Contacto óculo-manual. • Sonrisa social e Intencional. • Uso de protoimperativos. • Uso de protodeclarativos. • Juego Simbólico. • Contacto físico. • Estimulación de la noción de causalidad. • Estructuración temporal y organización a través de sistema de apoyo. • Estimulación de los procesos de Análisis y Síntesis. • Comprensión de las órdenes. • Establecimiento de vínculos afectivos. • Evidencia de emociones. • Desbloqueo emocional.	En el área Física o Motriz: • Estimulación de la psicomotricidad gruesa y fina. • Estimulación de la adquisición del esquema corporal. • Estimulación de la adquisición de la lateralidad y de la coordinación de los movimientos. • Estimulación de la disociación de movimientos • Estimulación del equilibrio. • Estimulación de la capacidad de relajación. • Trabajo de la corrección postural y de la marcha. Área Social: • Intervención en las relaciones con las personas y con el entorno. Rutinas sociales. • Mejora en los principios de normalización e integración social e individual y familiar. Estrategias de cooperación social.

Tabla 2 – Materiales vinculados a los equinos

- Áreas de trabajo con los Caballos: Espacios físicos delimitados (Piquete) o a campo.
- Características del Caballo: Elección del caballo adecuado para Equinoterapia, características particulares del Caballo tanto en su carácter como en su temperamento. Desensibilizar, humanizar, domesticar. (A la cuerda, al Pie a Tierra, al Paso y al Trote).
- Equipo Necesario para el Caballo: Se utiliza una Manta, una Matra, una Cincha o Cinchón, un Bozal, un Cabestro y unas Riendas.
- Equipo Terapéutico: Dos caballos, una Fonoaudióloga, una Psicóloga, una Acompañante Terapéutica, una Licenciada en Comunicación y una persona Ecuestre.
- Recursos y Materiales: Broches, pelotas, colchonetas, cubos grandes, letras, masa, pinturas, títeres, instrumentos, pelota, cubetas con polenta, granos, etc, cepillo, rasqueta, manta, matra, cincha, zanahoria y otros.
- El Caballo es controlado por personal capacitado en el ambiente ecuestre. A cada lado se posiciona un terapeuta.
- En el método posicional Back- riding (terapeuta por detrás del niño arriba del caballo). Al paso. Entorno a campo.

El paciente se adaptó pasivamente al movimiento del caballo sin acción de su parte, al calor corporal del caballo (38°), a los impulsos rítmicos y al patrón de locomoción tridimensional como así también a los masajes y estimulación por parte del terapeuta.

Resultados

Se han observado resultados favorables en las siguientes áreas:

(1) Área de la Comunicación y del Lenguaje: La estimulación basal de los sentidos, con control del babeo, de la respiración y de la deglución, el trabajo de control de las emociones con el vínculo de Apego, el del redescubrimiento de los sentimientos básicos como la compasión

y el amor con una simbiosis dual, la socialización con la sonrisa social intencional en presencia de los caballos y del equipo terapéutico y la interacción con títeres con dos caballos al trote, la reducción del estrés y de la ansiedad con la regulación del sistema nervioso central, a través del tacto, la temperatura corporal y la respiración del caballo, el restablecimiento del equilibrio entre la razón y las emociones merced al cepillado, la alimentación y el cuidado del animal.

El trabajo sobre la comunicación en relación a la emisión de sonidos guturales y bilabiales, vocales, en secuencia aislada y combinada en palabras y frases relacionadas con la situación de acuerdo a la actividad también mostraron una evolución satisfactoria.

El caballo al paso, genera Acomodación Postural corpo-

ral general priorizando miembros inferiores y producción anticipatoria de vocales. El contacto óculo-manual con broches colgados de las hojas del árbol favoreció el seguimiento óculo- manual.

Se observó una mejoría a través del uso de protoimperativos con la hipertonía del tronco y los miembros superiores extendidos hacia el caballo, con acompañamiento de la coordinación óculo- manual y el uso de protodeclarativos mediante juego simbólico con desplazamiento de dos caballos, acompañando la fijación de la mirada y emisión vocal intencional.

El Juego Simbólico de escondidas de cubeta con granos y diferentes texturas afianzó la conducta mencionada. El contacto físico vehiculado al acariciar, cepillar al caballo permitió la distensión de los miembros superiores facilitando la prensión fina.

Logros objetivos se obtuvieron en la estimulación de la noción de causalidad trabajando las fluctuaciones ambientales y climáticas, en la estructuración temporal y organización a través de sistema de apoyo (simbiosis biológica), en la estimulación de los procesos de análisis y síntesis mediante los dispositivos de aprendizaje que se organizan en la representación de estímulo, reacción respuesta (anticipación).

También se favoreció la compresión de órdenes (estimulación auditiva, táctil, olfativa, gestual y visual), el desarrollo de vínculos afectivos (Familia, equipo terapéutico), la emocionalidad al compartir felicidad, silencios, naturaleza, etc y al desbloqueo emocional con la alimentación, la enfermedad y los tiempos apesurados.

(2) Área Física o Motriz, se trabajó sobre la estimulación de la psicomotricidad gruesa y fina con diferentes materiales obteniendo respuestas satisfactorias al tacto con elementos como polenta, arena, cepillos, cintas, pelotas, globos. La estimulación de la adquisición del esquema corporal previa antes de la monta y la relajación en colchoneta, favoreció el reconocimiento de la tensión- distensión. La estimulación para el desarrollo de la lateralidad y de la coordinación de movimientos con trabajo de desplazamiento con ambos caballos y en diferentes posiciones, el trabajo en diferentes orientaciones y los desplazamientos de cintas y aros, la estimulación de disociación de movimientos mediante la actividad con broches en diferentes alturas, los ejercicios back- ridding, la corrección postural y de la marcha en back- ridding, con la pelota y la estimulación del tronco y cabeza óculo-manual en coordinación con el trabajo de aros en miembros superiores complementan los

fenómenos positivos observados en la evolución del paciente.

(3) En el Área Social se correlacionó la intervención en las relaciones con las personas y con el entorno y las rutinas sociales mediante los festejos patrios, cumpleaños, notas televisivas, etc, permitiendo la mejora en los principios de normalización e integración social e individual y familiar como estrategias de cooperación social.

Discusión

En nuestra valiosa profesión, la Fonoaudiología, se nos abren nuevos caminos y nos aproximan a una transformación en todos los paradigmas. Así, ante un diagnóstico médico sería oportuno comenzar con una visión totalmente diferente, considerando las oportunidades y dificultades que se nos presentan. Nuevas estrategias de rehabilitación pueden generarse con la Equinoterapia, siendo el caballo un mediador de la terapia de rehabilitación.

Según nos refiere Quirós y colaboradores en "Los grandes problemas del Lenguaje Infantil" 1976 y Quirós Carlos padre. "Humanización de los seres Humanos" 1963. En la Medicina Curativa, Preventiva y de Recuperación o Recuperativa se prioriza el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario, y tenemos la visión y la misión de que siempre se puede mejorar y vemos al individuo como un sujeto biopsicosocial.

En lo que refiere a la relación pensamiento-lenguaje, según Vigotsky el lenguaje interior es la evolución del lenguaje egocéntrico, que es fundamental para el desarrollo del pensamiento y nunca acaba de desarrollarse, es social por naturaleza. Marcando tres momentos del mismo. En cambio, para Piaget éste sólo tiene un valor decisivo en el pensamiento lógico formal. El lenguaje es egocéntrico inicialmente y superada esta etapa se sociabiliza.

El objetivo de las terapias conjuntas de recuperación, tienen como finalidad, lograr el bienestar biopsicosocial del individuo con una organización del medio ambiente, pudiendo lograr el equilibrio y la autonomía como ser de relación. A grandes rasgos, las áreas de trabajo en Equinoterapia.

En el área de la comunicación el concepto de las funciones cerebrales superiores cuando existe una patología de las mismas, se compensan sus habilidades de aprendizaje con otras áreas que actúan como sostén de dicha alteración (neuronas en espejo, etc.).

En el aspecto psicopedagógico, sabemos que los dispositivos básicos son la Atención, la Memoria, la Motivación y la Sensopercepción.

A medida que la información se va reorganizando y reconociendo su sistema de representación mental, por medio del análisis y síntesis de decodificación y evocación, se van organizando a través de un proceso fisiológico, que no son innatas, estas funciones cerebrales superiores (Lenguaje, Gnosias y Praxias), se van perfeccionando y son exclusivas del individuo.

El lenguaje es un fenómeno cultural y social, instalado sobre un desarrollo suficiente de funciones neurológicas y psíquicas, que permiten a través de signos y símbolos adquiridos, la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos.

En este punto la Equinoterapia, permite la existencia de un emisor (caballo- terapeuta), un mensaje (actividad, recorrido de la pista, reflejo condicionado (comida), etc.), y sin duda hay un receptor (paciente), así en el mensaje hay intencionalidad. La comunicación se establece desde la llegada del paciente en silla de ruedas, y se profundiza con el reconocimiento del sonido y el olfato por parte del caballo y la respuesta de acercamiento (evocación de protección, calma y caricia). En esta situación se manifiesta el Apego primario, que según nos refiere la autora Mirtha Hebe Chokler en su publicación "Los Organizadores Del Desarrollo Psicomotor".

En el vínculo con las actividades de desplazamiento con dos caballos se manifiesta una simbiosis biológica temporoespacial entre los equinos y el paciente que se evidencia al momento de recorrido, de finalización de la actividad y de alimentación, que son manifestadas a través de las reacciones corporales del paciente con hipertensión corporal general y displacer (Apego).

Con respecto a las Gnosias y las praxias se presentaron todas durante el trabajo con los equinos, las primeras mediante el olor del caballo, el cepillado, las miradas, las caricias, etc. Y las segundas al acompañar el caminar, y las diferentes posiciones arriba del caballo.

En el Área Física o Motriz, se trabaja sobre la Estimulación de la psicomotricidad gruesa y fina (tacto de polenta, arena, cepillado del caballo, cintas, pelotas, globos, etc.) y en la Estimulación en la adquisición del esquema corporal (previa antes de la monta; relajación en colchoneta) - (conocimiento de tensión- distensión), mediante caminata asistida con valvas y sin valvas y Back- Ridding al paso y en diferentes posturas, también en reposo.

En el Área Social, la base de los DBA, la Intervención en las relaciones con las personas y con el entorno, las Rutinas sociales (participar de las actividades con otros niños) y el conocimiento del mundo del caballo y sus útiles básicos, nos permiten el desarrollo de destrezas pre laborales, limpieza, (trabajo previo antes de la monta) y el respeto y cuidado mutuo como forma expresiva no verbal (Nueva Dualidad del Código Lingüístico, en un encuadre Físico nuevo: La naturaleza).

El objetivo de las terapias conjuntas de recuperación es lograr el bienestar biopsicosocial del individuo con una organización del medio ambiente, pudiendo lograr el equilibrio y la autonomía como ser de relación.

En este caso hablamos de recuperación y reeducación (tras. emocionales transitorios), educación (corrección de trastornos posturales, malos hábitos) y rehabilitación (dificultades o alteraciones psicomotrices) de diferentes funciones y aspectos, perdidos, olvidados o desconocidos a través de los caballos (Terapia Asistida o Alternativa con Caballos). Lograr la necesaria autoestima y descubrir la capacidad de encontrar a alguien.

Entonces Podemos inferir que para que el trabajo de recuperación con "Terapias Asistidas con Nuestros Caballos", puedan ser exitosas sus áreas a trabajar con la organización, dedicación, voluntad y pasión en el trabajo en equipo tenemos en cuenta: (a) Planificación del tratamiento (objetivos educativos, sistema de habilidades, evaluación personalizada e individual), (b) El trabajo en equipo (orientaciones metodológicas, logros, finalidad) y (c) El manejo constante y actualización (pautas de trabajo familiar, y en el entorno del niño, en otros tratamientos, y escolarización).

"Los Caballos Logran que Desnudemus Nuestras Almas al Mundo" Fga: Rodríguez Vigo Marianela



Bibliografía

1. Quirós y colaboradores 1; Levitt2; Juan V. Vilarroig 3; Laura Neira 4.
2. Diplomatura en Psicoterapia y Equinoterapia Terapias Asistidas con Caballos UAI.5 Mirtha hebe Chokler 6; René Spitz 7; Anahí Zlotnik 8 Quirós y colaboradores
3. "Los grandes problemas del lenguaje infantil" Levitt2
4. "Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor" Vilarroig 3;
5. "Intervención terapéutica asistida con caballos y autismo" Laura Neira 4.
6. "La Voz hablada y cantada". Terapéutica Vocal Diplomatura en terapias asistidas, UAI.5
7. Modelo M.H.A.E / Mirtha hebe Chokler 6 / René Spitz 7 / Anahí Zlotnik 8



Experiencia propia a lo largo de la trayectoria cómo profesional en el campo de la Fonoaudiología y el recorrido por diferentes ámbitos de trabajo.
Los invitamos a que, por medio de nuestra página y blog, el que lo desee lo descubra.

sarinoesperanza@gmail.com
<https://apachamar.blogspot.com/2020/04/blog-post.html> -
<https://sarinoesperanza.blogspot.com/2020/05/blog-post.html?m=1>

<https://www.instagram.com/equinoterapiasarinoesperanza/>

<https://www.facebook.com/Equinoterapia-Sarino-Esperanza-135709109865328/?ti=>



Nueva integrante del Comité Científico



A partir de esta edición se incorpora la Lic. Ana María Uriarte, quien cuenta con una amplia trayectoria en la profesión. Compartimos una versión abreviada de su CV.

- Fonoaudióloga del Instituto de Neurociencias Alexander Luria
- Posgrado "Diagnóstico e Interpretación Clínica en Neuropsicología del Adulto". FLENI.
- Posgrado "Rehabilitación Neuropsicológica en el Adulto". FLENI.
- Posgrado "Psicogeriatría y Demencias". INECALP.
- "Curso Superior Neurociencias del Lenguaje". Universidad Favaloro.
- Curso de Posgrado "Actualización en deglución y disfagia". COFOBA.
- Curso de Posgrado "Gestión y Administración Hospitalaria". COFOBA.

¡Muchas gracias Ana por acompañarnos en el Comité Científico!

Licenciatura en Fonoaudiología. Transitando el primer año de formación de grado en la Universidad Nacional de La Plata

*Por el Dr. Néstor Artiñano
Decano de la Facultad de Trabajo Social, UNLP.*

Por estos meses, estamos marcando un hito en la historia no solo de la Facultad de Trabajo Social, sino de la Universidad Nacional de La Plata, y de la Universidad Pública. La carrera de Fonoaudiología es una carrera con mucho recorrido, pero no así en la Universidad, al menos en la provincia de Buenos Aires. En esta provincia, aquellas y aquellos que quisieron estudiar esta carrera pudieron hacerlo en el marco de tres posibilidades que daban los institutos terciarios: en La Plata, en Banfield y en Brandsen.

El resto de la provincia no tenía opciones públicas, y si había algunas opciones eran en el marco de la universidad privada. Eso ha demostrado que tengamos más de 250 ingresantes en una inscripción corta, que se hizo recién en el mes de febrero pasado, dado que la Resolución Ministerial aprobando la carrera nos había llegado el 31 de diciembre. En verdad fue, es y será un gran desafío, no solo en dar nacimiento a la carrera, sino en poder consolidarla. Inaugurar esta carrera en la Universidad Pública también implica ingresar a prácticas de extensión y a proyectos de investigación, cuestiones que facilitan mucho la formación, y que como Facultad tenemos antecedentes muy importantes. En lo estrictamente profesional, es necesario reconocer como antecedente relevante, el Ciclo Complementario Curricular que ya se venía implementando desde hace algunos años atrás, justamente para aquellas y aquellos egresados de institutos terciarios.

A partir de esa experiencia, con voluntad institucional, con el apoyo del Colegio Profesional y sobre todo con el entusiasmo de compañeras que fueron motor del proyecto, se pudo avanzar rumbo a una propuesta de grado.

También es importante tener en cuenta el contexto en el que se inició esta carrera, es un contexto de pandemia que nos complica la vida no solo a nosotras/

os, sino a todo el mundo.

Creo que cuando se escriba la historia de estos tiempos en verdad va a haber mucho que decir, y en verdad aun hoy no sabemos demasiado cuales serán las consecuencias de semejante crisis en la que nos ha sometido la pandemia, no solo a nivel económico, sino también a nivel de las relaciones sociales, a nivel subjetivo, etc.

Estudiar en la Facultad de Trabajo Social implica también ejercer la articulación de saberes y de disciplinas desde la propia formación, al compartir espacios institucionales con estudiantes de otras carreras como lo son la Licenciatura en Trabajo Social, el Profesorado en Trabajo Social y la Tecnicatura en Gestión Comunitaria del Riesgo, articulación que enriquece mucho a la formación.

Estamos muy orgullosos, muy contentos de poder haber construido a lo largo de nuestra historia, una Universidad que en sus inicios, como es lógico por aquellos tiempos, fue más de índole de elite, después llegó la Reforma del 18, luego la gratuidad en el año 1949, y de esta forma se fue organizando una Universidad en la que nos enorgullece ser parte, que nos pueda contener a todas y todos nosotros en tanto su carácter de pública, gratuita, inclusiva, diversa, feminista y también con una mirada latinoamericana.

En nuestras aulas habitan compañeras y compañeros que vienen desde otros países, la región habla de una integración a nivel universitario siendo una característica más de la universidad argentina, al recibir de otros países a estudiantes para poder formarse en nuestras aulas. Para nosotros, eso justamente, es un aporte a la consolidación de nuestra región en tanto región latinoamericana, porque no concebimos nuestro país si no es inserto en nuestra región.



Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos

COMISIONES

Audiología



Fonoestomatología

Lenguaje



Voz



www.cflp.org.ar



/COFOBARegionalLaPlata



Regional La Plata

Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

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

info@cflp.org.ar

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