



Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos

REVISTA CIENTÍFICA

EDICIÓN ANIVERSARIO

A collection of books on audiology and hearing, including 'Manual práctico de otorrino laringo logía', 'Otología', 'La voz normal', 'Práctica de la audiometría', and 'El niño disminuido', displayed on a table with two wooden chairs in the background.

Conocé cuáles son en nuestro sitio web **www.cflp.org.ar**

¡Te esperamos!

EDITORIAL

CONSTRUCCIÓN COLECTIVA CON UNA MIRADA DIFERENTE

Les damos la bienvenida a esta edición aniversario de la Revista Científica que el año que viene cumple 10 años. Un gran logro que resume la capacidad y el esfuerzo de innumerables colegas que analizaron su práctica y la compartieron con carácter científico entre sus pares.

Este ejercicio de aprendizaje colectivo fue una de las tantas aristas que permitió que la profesión creciera en estos últimos años.

Todos estos antecedentes, nos permiten redoblar el compromiso con la construcción colectiva de un espacio que intenta brindar una mirada diferente, pensando en la Fonoaudiología solidaria, científica y comunitaria del futuro.

Creemos en la facilitación de experiencias humanizantes que acompañen la construcción subjetiva de cada persona a la que tengamos que brindar una práctica fonoaudiológica multi, inter y transdisciplinaria acorde a los tiempos que corren.

El Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires acaba de cumplir sus primeros 25 años y con ellos se configura un renacer de tiempos nuevos que propicia, desde un gran deseo, la comunicación, el vínculo y el respeto por el otro, uniendo ámbitos de la salud y de la educación.

En este sentido, nuestro camino está claro: vamos a capitalizar todas las voces de los colegas construyendo con y para la diversidad en la profesión.

¿Nos acompañan?

Consejo Directivo de la Regional La Plata

Sumario

Staff

Edición N° 11

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

Producción General
AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación
DCV Damian Kikot

COMUNICACIÓN Y PALABRA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SER HUMANO de la Lic. Norma Beatriz Massara y la Prof. y Lic. Silvina Rosana Martínez	3	DISFAGIA: GRUPOS DE RIESGO Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS de Dra. María del Carmen Campos	24
LENGUAJE INTERIOR Y EL ENSAMBLE SEMIÓTICO EN LA CONCIENCIA INDIVIDUAL De la Dra. Patricia Vázquez Fernández	9	¿EN DÓNDE QUEDA EL SUJETO CUANDO EVALUAMOS EL LENGUAJE? de Lic. María S. Cesanelli y Lic. Lorena V. Lugones	29
DERIVACIÓN ESCOLAR OPORTUNA Y ADECUADA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD De 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. Rafn Trabajadora Social Noemí Tabares	18	“YO ME COMÍA LO QUE NO DECÍA...” LA FONOAUDIOLOGÍA Y LAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS Lic. Antonella Dellavedova	35
		IDENTIDAD Y FONOAUDIOLOGÍA: LA VOZ DENTRO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Lic. Ailén Cilifrese	40

Trabajo Científico N° 1

COMUNICACIÓN Y PALABRA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SER HUMANO

Norma Beatriz Massara

*Licenciada en Fonoaudiología, egresada de la UCALP.
Profesora de Enseñanza Diferenciada, egresada del
ISFD N° 9, La Plata.
Especialista en Detección Temprana e
Implante Coclear, del Centro de Investigaciones
Otoaudiológicas, Buenos Aires.
Docente en la cátedra de Pediatría B de la
Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.
Docente de Asistencia Fonoaudiológica y de Prácticas
de Gabinete: Estimulación Temprana,
de la carrera de Fonoaudiología en el ISFD N°9.
Jefa de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento
Fonoaudiología en el Hospital Zonal Especializado
"Dr. Noel H. Sbarra".
norma.massara@gmail.com
calle 7 N°1485 -2°C La Plata (1900)*

Silvina Rosana Martínez

*Profesora y Licenciada en Psicología
egresada de la UNLP
Docente e investigadora en la
carrera de Psicología de la UNLP.
Docente Ad-honorem de la cátedra de Pediatría B de
la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP
Docente de Psicología del Desarrollo I para la carrera
de Psicopedagogía del Instituto de Formación
Docente "Juan N Terrero" de La Plata.
psicsilvinamartinez@yahoo.com.ar
54 N°1015 -3°A La Plata (1900)*

Resumen:

Los padres y la familia ampliada son los cimientos del inicio lingüístico y simbólico del lactante humano. Nos preguntamos cómo acompañar, considerar y escuchar al grupo "FAMILIA" cuando son movilizados a partir del resultado de una técnica de evaluación promovida por legislaciones significativas para la prevención.

La crianza va acompañada de ambiente sonoro y regular que contribuye al desarrollo normal del sistema nervioso auditivo en el primer año de vida. Cuando los estímulos lingüísticos, promotores del lenguaje propiamente dicho, son interrumpidos o cercenados por el peso de una evaluación o un diagnóstico, se cierra o se dificulta en gran medida el acceso a un mundo simbólico que es imprescindible para el sujeto en el camino de su humanización.

Es sumamente importante el trabajo desde la prevención cuando en tiempos tan tempranos de la vida de un individuo se trata. Es preciso reflexionar sobre la tarea profesional y darse permiso para analizar sobre las consecuencias que trae aparejado el interferir en la vida del niño y su familia. La idoneidad y experticia profesional requerida en estos tiempos tan tempranos de asistencia a un individuo mejora la adecuada asistencia en salud. Hablamos de una especificidad en el campo de trabajo.

Palabras clave: Primera infancia, hipoacusia, detección precoz.

Abstract:

Parents and extended families are the foundation of the linguistic and symbolic beginning of a human baby. We ask ourselves how to accompany, consider and listen to this Family group when they are mobilized by the result of an evaluation technique promoted by significant legislation for prevention.

Child-raising is accompanied by sound and regular environment that contributes to the normal development of the auditory nervous system in the first year of life. When linguistic stimuli, language, are interrupted or curtailed by the pressure of an assessment

or diagnosis, the access to a symbolic world which is required by the subject in his way to humanization is, to a great extent, blocked.

Working towards prevention is extremely important in the early stages of life of an individual, but analyzing and reflecting on the professional work brings about the aptitude that is needed for suitable health care.

Introducción:

En la actualidad, la detección precoz de patologías en los primeros tiempos del ser humano está puesta en escena en las acciones de salud pública, educación y políticas de infancia. Es uno de los contenidos prioritarios de la Atención Primaria de la Salud.

Las asociaciones abocadas a la salud infantil han reconocido el inigualable valor de la detección precoz y la alternativa de realizar campañas masivas de reconocimiento de indicadores que nos acerquen a la patología.

Los niños nacen prematuros en muchos sentidos, inmaduros para enfrentar el mundo de manera autónoma e independiente. Sumado a esto, se contemplan situaciones de niños pretérmino, de riesgo biológico, vulnerabilidad social y ambiental. Por lo tanto, esos niños requieren de otros humanos para su subsistencia, no solo física, sino también emocional y social, siendo el lenguaje un punto de encuentro y anclaje común a todos.

Son los padres y la familia ampliada (grupo humano que denominaremos "FAMILIA" a los fines de este trabajo), los cimientos del inicio lingüístico y simbólico del infante. Nos preguntamos cómo acompañar, considerar y escuchar a este grupo "familia" cuando son movilizados por el resultado de una técnica de evaluación promovida desde legislaciones significativas para la prevención.

Para nosotras es de suma importancia la divulgación y los estudios en prevención en primera infancia. Como se plantea en Alma-Ata Renovada, este primer contacto debe estar acompañado de atención integral, integrada y continua, con orientación familiar y comunitaria y con el énfasis puesto en la prevención, la promoción y los cuidados apropiados. (Alma-Ata Renovada-OPS, 2007).

Es nuestro interés y objetivo reflexionar sobre las situaciones que enmarcan la prevención en primera infancia, en lo que respecta a la audición y comuni-

cación, con el fin de otorgar elementos para el actuar profesional ante el sujeto naciente.

En tiempos tan tempranos, desmembrar con mirada científica al lactante desde ciertas técnicas evaluativas –desde el ámbito de cualquier profesión- puede acarrear consecuencias nocivas en el proceso de humanización y comunicación.

Nos proponemos un Estado del Arte, desde estas postulaciones e interrogantes, en pos de acercar a las/los profesionales de la salud la relevancia de su trabajo preventivo.

Materiales y métodos:

Es una investigación no experimental, transversal, con observación directa e indirecta. Acompañamos a este trabajo con la reflexión del Estado del Arte en cuestión.

Este trabajo surge a partir de experiencias con el binomio Madre-Bebé desde la orientación y atención generadas en la consulta por la primera infancia, en niñas/os de 0 a 36 meses y desde la supervisión y orientación de profesionales de la salud.

La población abordada son lactantes y niñas/os pequeños con estudios de otoemisiones acústicas realizados, acompañados por sus familia, donde se implementa seguimiento y vigilancia clínica del desarrollo de la conducta auditiva, la conexión, la comunicación y la interacción de la díada madre/hija/o, a través de la Audiometría por Observación de la Conducta (AOC), observación de la presencia de pautas evolutivas del desarrollo del lenguaje y la interacción y el despliegue lúdico.

Se excluyen de este estudio a niños con patología orgánica instalada, síndromes genéticos y daños cerebrales.

Marco Teórico:

La Ley 25415, en su Artículo 1º, da derecho a todo niña/o recién nacida/o a que *"se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna, si lo necesitare"*¹, importante instrumento jurídico que instaura la Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

Esto posibilita la detección precoz de pérdidas auditivas, su diagnóstico temprano y la asistencia oportuna, con una mirada interdisciplinaria, donde se contemple al niño/a y su potencial desarrollo perceptual, lingüístico, intelectual y social, y a la familia en todo su espectro, condición imprescindible para

¹: Ley 25.415 Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

promover la salud integral en la infancia. La inmadurez del infante humano hace a un estado de dependencia absoluta con otro humano y, a partir de este encuentro vincular, se inicia el despliegue del desarrollo psicológico, siendo la inscripción en el mundo simbólico un punto fundante para ese recién nacido, es decir, nombrarlo, significarlo, poner en palabras deseos, sentires y emociones, donde las necesidades del bebé se entrelazan con las disponibilidades y respuestas psíquicas de la madre/padre/otro cuidador. Esta posición reasegura un albergue psíquico y social posterior al nacimiento y de allí el interjuego de su devenir como miembro de ese grupo Familia.

Estas situaciones de *“prevención en la primera infancia” instalan a la familia en la obligatoriedad de enfrentarse con preguntas que, al momento, ante un recién venido al mundo, poco o nada desean indagar. Las exploraciones de pesquisa en la audición generan el interrogante en las figuras parentales, más que de control de salud, [...] fluye como un indicador de discapacidad con la pregunta de “¿será sordo/a?”.* (Massara & Martínez, 2012, 2013).

En trabajos anteriores, expresamos que *“el diagnóstico temprano en un niño/a pequeño/a permite conocer el momento, las características y modalidades evolutivas presentes, no implica un rótulo sino un acercamiento a la posible situación del lactante.”* (Massara, Simonetti, Martínez, 2011).

Reflexionando sobre las vicisitudes de los primeros vínculos y lo estructurante de estas relaciones es que consideramos importante, para todo trabajo en salud, la mirada y el abordaje interdisciplinario. Evitar el segmentar al lactante en un “oído” es poder trabajar desde la semiología ampliada, que permite optimizar la tarea realizada, pudiendo explorar habilidades, respetando y resguardando el naciente vínculo humano en el binomio madre-bebé/bebé-familia.

“Los problemas éticos se refieren al índice de falsas alarmas (falsos positivos) que, hoy por hoy, estos programas comportan, y que pudieran afectar al establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y su hijo en las primeras etapas de la vida”. (Moro Serrano, Almenar Latorre & Sanchez Sainz-Trápaga, 1997:534)

Detección implica acompañamiento. No implica estancamiento, ni quedar atado, anudado a una patología. Es base esencial del respeto humano, la diversidad y sus derechos, el asistir y sostener a la singularidad.

Oír es la primera etapa del aprendizaje del código utilizado en la comunicación interpersonal. Hay tiempos ventana, períodos críticos durante la primera infancia, que posibilitan ese proceso de pasaje de oír a escuchar, tiempo de interrelación de construcciones perceptuales propiamente dichas, con subjetividades, vínculos e interacciones humanas presentes.

“Los lactantes humanos transcurren el primer año de vida aprendiendo acerca de su ambiente a través de la experiencia. Aunque no es visible a los observadores, los lactantes con audición aprenden a procesar y comprender el lenguaje y están lingüísticamente bastante refinados al cumplir un año de edad. Para este tiempo, las neuronas en el tallo encefálico auditivo están madurando y se forman miles de millones de conexiones neuronales mayores. Durante este período, el tallo encefálico auditivo y el tálamo están justo comenzando a conectarse con la corteza auditiva. Cuando el impulso sensorial al sistema nervioso auditivo es interrumpido, en especial durante el desarrollo inicial, pueden alterarse la morfología y las propiedades funcionales de las neuronas en el sistema auditivo central. En algunos casos, estos efectos dañinos por las carencia de impulsos de sonidos pueden ser atenuados con la reintroducción de estímulos, aunque puede haber períodos críticos para la intervención.” (Sininger y cols.,1999:12)

Al referirnos al trabajo de detección e intervención en primera infancia con problemas auditivos, decimos que:

- *aprovecha la neuroplasticidad cerebral*
- *“sumerge” al niño en un mundo sonoro*
- *favorece la creación precoz de un código informativo*
- *activa los órganos fono-articulatorios*
- *permite aprendizajes “accidentales” con sentido comunicativa.*

Siendo que la organización de la vía y centros auditivos es inducida por los estímulos acústicos. (Gonzalez & Massara, 2010:61).

“El diagnóstico precoz carecería de sentido si no estuviera seguido de las intervenciones terapéuticas pertinentes.” (Moro Serrano, Almenar Latorre & Sanchez Sainz-Trápaga, 1997:564)

En las funciones parentales, es esperable la adjudicación de intencionalidad comunicativa al lactante desde su más temprana edad, otorgándole un lugar activo, consciente y voluntario en la producción de lo que llamaran un lenguaje hacia ellos, siendo que desde el punto de vista del bebé nada de esto puede generarse por sí solo. (Massara & Martínez, 2012,

2013). El gesto se presenta como preludio del lenguaje, ya que el gesto es lenguaje en sí mismo. La madre otorga significado al gesto de su hijo, lo decodifica y le adjudica referentes simbólicos, subjetivos, emocionales, que le darán identidad y trascendencia al niño (por ejemplo, con las canciones de cuna, "qué linda manito", juego del cucú, etc.).

"El gesto tiene esa fuerza especial, mayor que la palabra, para convocar, llamar, apelar a una respuesta inmediata en el otro." (Casas de Pereda, 1999:42).

Siendo los padres quienes proveen la Lengua Madre al hijo, ellos promueven, desde allí, reconocimiento del ser y de ser existente, posesión de identidad, pertenencia a un linaje, una cultura. El niño/a podrá ir apropiando y manifestándose en el gesto, el habla y el lenguaje.

Audición y comunicación se suelen, popularmente, naturalizar y fundirse en un solo pensamiento. Si lo que se afecta en el recién nacido se instala en la comunicación, ¿qué pasa con un padre/madre que cuando mira ese gesto queda atónito o adormecido en la potencial patología?

"La concurrencia de una familia con un niño/a pequeño/a, que se presume y se desea saludable, a un control de salud, implica temores, ansiedades, inseguridad y culpabilizaciones que pueden encontrar un espacio donde desbordarse o no, dependiendo de la actitud del profesional interviniente y del peso de la historia familiar."

Anticiparse a la patología acarrea efectos poco favorables al sujeto naciente. Lo esperable en las funciones parentales se transforma en un imposible y, por consiguiente, en padres que no hablan a sus hijas/os, padres que no interpretan esbozos sonoros como contacto de comunicación, perdiéndose el espacio creador de los aprendizajes "accidentales" con sentido comunicativo, aislando y negando la influencia social y cultural de la adquisición del lenguaje." (Massara & Martínez, 2012, 2013).

Como nos presenta la psicoanalista Beatriz Janin: *"Los niños muy pequeños están atentos a los estados emocionales de los otros sin poderlos comprender como ajenos. Es decir, el niño va armando sus redes representacionales, va construyendo sus circuitos de pensamiento en relación con los otros que lo rodean, fundamentalmente en relación con el funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y*

contener al niño, le irán dando un modelo que posibilitará pensar." (Janin, 2011:22).

Abordaje clínico del seguimiento y de la vigilancia:

La demanda se realiza por derivación pediátrica o interconsulta de profesionales jóvenes.

Se realiza entrevista conjunta, fonoaudióloga/o y psicóloga/o, semidirigida a los padres, con observación de la interacción familia-niño/a. La/el fonoaudióloga/o evalúa la audición del niño/a con pruebas subjetivas, la evaluación del nivel lingüístico y, conjuntamente con la/el psicóloga/o, la presencia y modalidad del juego.

En la entrevista semidirigida, se realiza una amplia anamnesis donde se recogen:

- datos personales y relevantes de la historia clínica del niño/a,
- estudios realizados,
- antecedentes personales y familiares,
- percepciones familiares de la situación actual,
- apreciaciones familiares del futuro del niño/a (comunicacional, educativo y social).

Para la evaluación auditiva, con pruebas subjetivas de uso en el lactante y la primera infancia², se realiza:

- 1.Test del despertar,
- 2.Tests Comportamentales o Audiometría mediante la Observación de la Conducta,
- 3.Test de los Instrumentos Sonoros,
- 4.Prueba de Ewing y Ewing,
- 5.Test del nombre,
- 6.Test verbales,
- 7.Reflejo de orientación condicionada de Suzuki y Ogiba,
- 8.Audiometría tonal por el juego.

Para la evaluación del nivel lingüístico, se utilizan los Protocolos para la Evaluación de los Niveles de Conexión-Comunicación, Lingua, recopilados por la Dra. Nelly D'Elía.

Para la evaluación del juego, se trabaja desde el material citado anteriormente y la Hora de Juego Lingüística de la Dra. Ana María Soprano.

Para el seguimiento clínico, se mantienen entrevistas conjuntas, fonoaudióloga y psicóloga, con la diada madre-hijo/a, se promueve un espacio psicoterapéutico para la madre en función de sus temores,

² Massara, N.B: Exploración auditiva en el Lactante y la Primera Infancia. En: GONZALEZ, JORGE; MASSARA, NORMA y colaboradores. (2010). Clínica e investigación de las hipoacusias en el lactante y primera infancia. Cap.VI, pág. 69- 90. Buenos Aires: iROJO.

ansiedades, culpabilizaciones, historia personal, etc., y un espacio desde fonoaudiología al encuentro madre hijo/a, estimulación y reconocimiento con este niño/a pequeño/a, en su proceso de oír a escuchar y de la conexión a la comunicación.

Es importante considerar que los tests, protocolos de evaluación, etc. son instrumentos de utilidad para el profesional y que nunca se los debe tomar en forma única y aislada sino que formarán parte de la recolección de información que se debe entrelazar con entrevistas, observaciones no dirigidas en seguimientos, apreciaciones y lineamientos teóricos, para ese niño/a en particular y su familia, teniendo en cuenta la corta edad y el potencial devenir de ese sujeto.

Conclusión:

Reconociendo a la hipoacusia como un déficit sensorial con una potencial manifestación discapacitante e invalidante, cuánto más precoz sea su identificación y el diagnóstico temprano, se podrá instalar un tratamiento oportuno. La tarea de los profesionales de la salud se transforma en primordial en función de evitar patologizaciones tempranas y males mayores. La condición de intervención precoz en la primera infancia debe estar asociada a un devenir inmediato, continuo y programado. El desarrollo infantil no se detiene. Actuar tempranamente significa poder dar una alternativa a los padres y, a su vez, habilitar a la contención y continuidad existencial del niño/a como ser único e irreplicable, y no con un "rótulo" desvalorizante y desubjetivante. El diagnóstico diferencial se hace imperante y definitorio en cuestiones temporales.

La crianza va acompañada de ambiente sonoro y regular que contribuye al desarrollo normal del sistema nervioso auditivo en el primer año de vida. Cuando los estímulos lingüísticos, promotores del lenguaje propiamente dicho, son interrumpidos o cercenados por el peso de una evaluación o un diagnóstico, se cierra o se dificulta en gran medida el acceso a un mundo simbólico que es tan requerido por el sujeto en el camino de su humanización y en la imperiosa necesidad de continuidad para el armado de redes neuronales (mielinización).

Comprobamos, con esta experiencia, que la reincorporación de estímulos a la vida diaria, al encuentro interactivo entre madre/padre/hijo-a, de contención, y el dar un espacio para la reorganización de preconceptos, imaginarios, fantasías y ansiedades, promueven caminos para la salud integral.

La presencia de los padres durante las evaluaciones y el seguimiento del niño/a habilita un terreno fértil para el trabajo preventivo y hace visibles las potencialidades que cada niño/a trae y puede desarrollar. Hacer sólo evaluaciones auditivas, sin considerar el componente lingüístico en desarrollo y sus aspectos vinculares, resulta insuficiente y hasta iatrogénico, si consideramos el abordaje y las particularidades presentes en la primera infancia.

Cuando un niño/a se encuentra en proceso de transición al uso de una prótesis auditiva, en ese tiempo de espera a la incorporación, y luego el tiempo de familiarización con la prótesis, es necesario construir espacio en y de los padres (como padres de un hijo/a con prótesis y como adultos ante la familia y los otros), y así poder resignificar lugares y posibilidades de todos los implicados. Tiempos de aprendizajes y reacomodaciones, necesarios ante todo cambio para continuar un camino de nuevas habilidades, entre ellas las comunicacionales.

El lenguaje es comunicación, pero también es pensamiento, vincularidad, intercambio, subjetividad e identidad. Por ello, la interdisciplina se instala como herramienta fundamental al momento de abordaje de estas problemáticas tan tempranas.

Bibliografía:

- ABÉCASSIS, JANINE (2004). La voz del padre. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ALMA-ATA RENOVADA (2007). Atención Primaria en Salud renovada y las competencias del Equipo de Salud para la integración de la atención en salud. Panamá: OPS
- CASAS DE PEREDA, MYRTA (1999). En el camino de la simbolización. Producción del sujeto psíquico. Buenos Aires: Paidós.
- D'ELIA, NELLY (1985). Evaluación de la comunicación, el habla y la lengua. En: Lengua, lenguaje y escolaridad; Schrager, O.L. y colaboradores, Cap.5, pág.79-93. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- GONZALEZ, JORGE; MASSARA, NORMA y colaboradores. (2010). Clínica e investigación de las hipoacusias en el lactante y primera infancia. Buenos Aires: iROJO.
- JANIN, BEATRIZ (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires: Noveduc.
- LEVIN, JUANA (2009) Tramas del lenguaje infantil. Buenos Aires: Lugar.
- Ley 25.415 CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION TEMPRANA Y ATENCION DE LA HI-

POACUSIA

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/copine/asesoria_virtual/legales/salud/salud_ley_nacional_25415.pdf

- MASSARA, NORMA. (2007) AJOOOO. <http://acescuchandonos.blogspot.com.ar/search/label/lenguaje>
- MASSARA, N.; SIMONETTI, E.; MARTÍNEZ, S. (2011) Participación y comunicación entre unidades para la detección precoz de alteraciones del desarrollo. Trabajo premiado en las 1ª Jornadas Científicas de Región Sanitaria XI, Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.
- MASSARA, N. & MARTÍNEZ, S. (2012-2013). La palabra y la voz conformando un sujeto. Experiencia a partir del PESCCA. Trabajo publicado en actas del III Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, Organizado por Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Noviembre 2012, Buenos Aires; III Congreso Internacional, V Congreso Latinoamericano y VI Congreso Nacional de Salud Mental y Sordera, Organizado por Facultad de Psicología UBA, Marzo 2013, Buenos Aires.
- MORO SERRANO,M.; ALMENAR LATORRE, A & SANCHEZ SAINZ-TRÁPAGA, C (1997). Detección Precoz de la sordera en la infancia. En: Anales Españoles de Pediatría, 46: 534-537. Madrid: Sociedad Española de Pediatría.
- ROJAS, MARIA CRISTINA (1996) La crisis del contexto, En: Cuestiones de Infancia, Volumen 1, <http://dspace.uce.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/450>.
- ROJAS, MARIA CRISTINA (1998) Trastornos tempranos: una lectura familiar. En: Cuestiones de Infancia, Volumen 3, págs. 151-158, Buenos Aires: APBA.
- SININGER, Y; DOYLE, K & MOORE, J. (1999) Punto de vista de la identificación temprana de la pérdida auditiva. Desarrollo del sistema auditivo, privación auditiva experimental y desarrollo de la percepción del habla y audición. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica: pérdida de la audición, N° 1, pág. 1-14.
- SOPRANO, ANA MARÍA (2011). Cómo evaluar el lenguaje en niños y adolescentes. Cap.7: La "Hora de juego lingüística", pág. 219-246. Buenos Aires: Paidós.

Trabajo Científico N° 2

LENGUAJE INTERIOR Y EL ENSAMBLE SEMIÓTICO EN LA CONCIENCIA INDIVIDUAL

Dra. Patricia Vázquez Fernández

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

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

Resumen:

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

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

Abstract:

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

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

Introducción:

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

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

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

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

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

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

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

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

Intersubjetividad y lenguaje interior

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El lenguaje interior y la función autorreguladora de la conducta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principios de la perspectiva epistemológica de las ondas solapadas y lenguaje

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

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

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

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

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

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

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

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

De la lengua al lenguaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía:

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

- 30.**Trevarthen, C. Y Aitken, K., "Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2001, 42: 3-48.
- Vygotski, L., Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires: La Pleyade, ed 1989.
- 31.**Zivin, G., The development of self-regulation through private speech. Nueva York: Wiley, 1979.

Trabajo Científico N° 3

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.

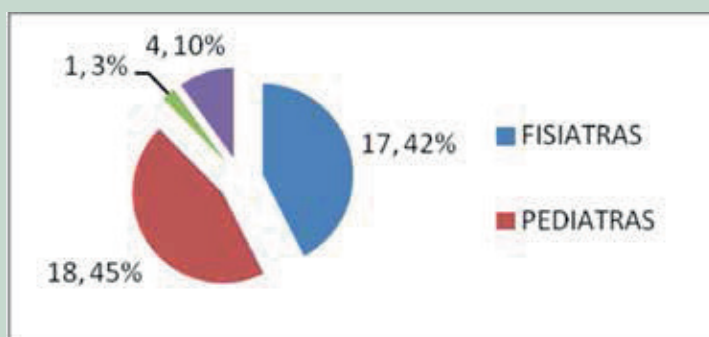
TIPO DE ESTUDIO: abordaje cuali-cuantitativo, estudio exploratorio y descriptivo de diseño experimental.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: se aplica

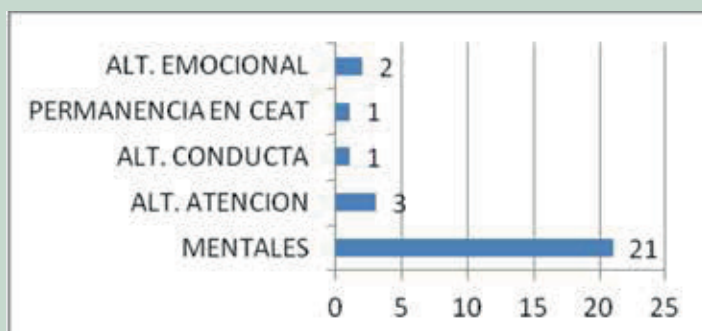
una encuesta cerrada, de respuesta múltiple, individual, aplicando la escala de Likert a 40 encuestas aplicadas a profesionales médicos pediatras, fisiatras, neurólogos y psiquiatras infantiles de la ciudad de La Plata y se recopilan 105 casos en admisión en la Escuela de Educación Especial María Montessori, 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:

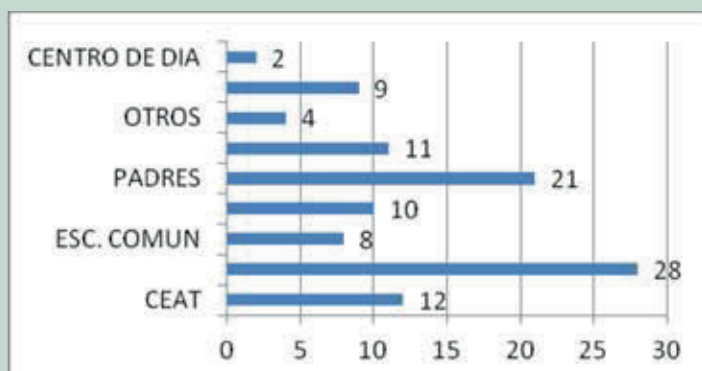
Derivación médica por especialidad



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 concurran 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
- 9.Ley de Educación Nacional N26206
- 10.Lic Vanesa Casal Lic Silvina Lofeudo Dirección de Educación Especial Integración escolar: una tarea en colaboración. 2009.

Trabajo Científico N° 4

DISFAGIA: GRUPOS DE RIESGO Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Dra. María del Carmen Campos

Doctora en Fonoaudiología. Especialidad en Perturbaciones de la Comunicación Humana. UMSA.

Docente de la Licenciatura en Fonoaudiología.

Facultad de Ciencias Humanas. UMSA.

Docente del Doctorado en Fonoaudiología. Uni-

versidad del Museo Social Argentino.

Jefa de la Unidad de Internación de Fonoaudiología del HIGA General San Martín de La Plata.

Resumen:

El déficit de la función deglutoria es causado por diversas enfermedades y tiene un alto porcentaje de morbimortalidad debido a las complicaciones secundarias que se pueden presentar. El abordaje de estos pacientes es interdisciplinario, siendo el fonoaudiólogo el responsable del diagnóstico clínico, funcional y de la terapéutica específica para recuperar la deglución afectada. Este trabajo se enfoca en los aspectos teóricos generales relacionados al manejo clínico e instrumental de la disfagia y de los trastornos deglutorios.

Abstract:

The deficit of the swallowing function is caused by various diseases and has a high percentage of morbimortality due to the secondary complications that may occur. The approach of these patients is interdisciplinary, being the speech pathologist responsible for the clinical diagnosis, functional and specific therapeutics to recover the swallowing affected. This work focuses on the general theoretical aspects related to the clinical and instrumental management of dysphagia and swallowing disorders.

Introducción:

La disfagia puede ser definida como una alteración neuromuscular del tracto aerodigestivo superior que impide o dificulta el transporte de alimentos y las secreciones endógenas hasta el estómago. Esto incluye toda alteración que se presente en cualquiera de las cuatro etapas de la función deglutoria (Oral inicial, oral final, faríngea y esofágica) de etiología estructural o funcional. Las causas estructurales dificultan la progresión del bolo debido a diferentes procesos orgánicos, como son los tumores, excrescencias óseas vertebrales, estenosis esofágicas posquirúrgicas o pos radioterapia. Sin embargo, las causas funcionales son las más frecuentes y afectan a la propulsión del bolo, a la reconfiguración de la vía digestiva alta durante el trago o a la apertura del esfínter esofágico superior y se asocian frecuentemente a enfermedades neurológicas o al envejecimiento. La disfagia tiene alto porcentaje de morbimortalidad debido a las complicaciones que puede presentar el paciente con gran trascendencia clínica: malnutrición, deshidratación, aspiración y neumonía.

El manejo del paciente con disfagia debe ser interdisciplinario, cuyas acciones sean complementarias y garanticen intervenciones libres de riesgo. Crece cada vez más, en nuestro país, la conformación de estos equipos en instituciones de salud que estudian esta entidad con gran repercusión clínica para el paciente, modificando la situación de infradiagnóstico de años anteriores.

Prevalencia:

Los datos epidemiológicos, en nuestro país, son escasos y las publicaciones extranjeras mencionan una prevalencia de 13 a 14% en pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos y hasta el 60% en hospitales de rehabilitación.

La disfagia constituye un síndrome geriátrico que afecta al 56-78% de los ancianos institucionalizados, hasta el 44% de los ancianos internados en hospitales generales y alrededor del 25% de los adultos mayores que viven de forma independiente en la sociedad. Afecta hasta el 80% de los pacientes con tumores orofaríngeos, laríngeos o del área orofacial que recibieron tratamiento quirúrgico o radioterápico (Gary L. y col, 1998). En la población pediátrica, esta entidad está asociada a enfermedades neurológicas o a malformaciones orofaciales. (Perlman AL, 1999) (Tabla 1).

Las alteraciones de la función deglutoria se sabe que es producida por diferentes patologías sistémicas agudas o crónicas. (Tabla 2).

Tabla 1: Condiciones en pediatría asociadas con alteraciones de la función deglutoria

Prematurez
Anomalías del tracto aerodigestivo
Defectos congénitos de la cavidad oral, laringe, tráquea y esófago.
Defectos anatómicos adquiridos.
Trastornos del desarrollo neuromotor.
Trastornos traumáticos neuromotores.
Problemas respiratorios.

Tabla 2: Causas de disfagia:

Enfermedades neurológicas
Accidente cerebro-vascular.
Trauma cráneo-encefálico.
Esclerosis múltiple.
Esclerosis lateral amiotrófica.
Enfermedad de Parkinson.
Miastenia gravis.
Enfermedad de Alzheimer.
Tumores cerebrales.
Neuropatías periféricas.
Distrofias musculares.
Envejecimiento.
Enfermedades autoinmunitarias
Esclerosis sistémica.
Lupus eritematoso sistémico.
Dermatomiositis.
Esclerodermia.
Lesiones locales estructurales
Tumores de cabeza y cuello.
Osteofitos.
Bosio.
Faringitis.
Abscesos.
Alteraciones del EES y esófago
Disfunción del EES.
Divertículo de Zenker.
Barra cricofaríngea.
Divertículo medio y epifrénico.
Anillo de Sharki.
Membranas.
Neoplasia.

Diagnóstico diferencial:

La disfagia no debe confundirse con la xerostomía, la sensación de globo, la negación para tragar, la afagia o la odinofagia.

La xerostomía puede acompañarse de disfagia debida a la pérdida de la capacidad lubricante y humec-

tante de la saliva. Se presenta en pacientes que han recibido radioterapia cráneo-cervical, tratamiento con anticolinérgicos o que padezcan síndromes con sequedad ocular y artropatías inflamatorias.

El síntoma de globo es una alteración sensitiva de causa desconocida que no altera el paso del bolo alimenticio, suele presentarse entre las comidas y puede mejorar con la ingesta.

Estos pacientes deben ser evaluados con laringoscopia para descartar patología subyacente como neoplasias laríngea o faríngea.

La odinofagia o deglución dolorosa suele indicar un proceso inflamatorio agudo que compromete la mucosa y raramente el músculo esofágico. La odinofagia puede estar acompañada de disfagia.

La negación para comer o agorafagia suelen presentarse en pacientes psiquiátricos y la imposibilidad para tragar o afagia puede producirse por compactación de un cuerpo extraño y constituye una urgencia médica.

Evaluación clínica de la disfagia

En el equipo de profesionales que maneja la disfagia, es el fonoaudiólogo quien realiza la evaluación clínica y el examen físico de la función deglutoria.

La evaluación clínica se inicia con la lectura detallada de la historia clínica del paciente donde se identificará la etiología de la disfagia o enfermedad de base, el estado neurológico, respiratorio y nutricional que van a determinar la severidad del cuadro de disfagia. En el tratamiento farmacológico que recibe el paciente, se deben identificar drogas con efectos inhibidores o excitadores que causan disfagia, como antidepresivos, anticolinérgicos, bloqueadores de canales del calcio, antipsicóticos o neurolépticos, etc. (SIGN, 2010). En los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de cabeza y cuello, tracto aéreo-digestivo superior y esófago, es importante conocer, por medio del protocolo, la técnica quirúrgica utilizada en las resecciones y reconstrucciones anatomofisiológicas.

Se debe realizar un interrogatorio detallado que permita identificar síntomas y signos que sugieran presencia de disfagia (Tabla 3).

Otro aspecto importante de la evaluación clínica es determinar el estado cognitivo del paciente, el nivel de comunicación, el estado de la función del lenguaje y de los procesos motores del habla.

Los puntos fundamentales del examen físico son:

- Determinar el estado oromotor, sensibilidad general-especial y la manifestación de los reflejos oro-faríngeos.
- Identificar posibles alteraciones de la postura: control cefálico y de tronco.
- Determinar la función laríngea en deglución y en fonación.

La evaluación se debe completar con la administración de alimentos. El método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V) propuesto por Pere Clevé Civit y colaboradores, en el año 2006, es un método de cribado que permite evaluar la deglución del paciente con tres consistencias (líquido, semi-sólido y sólido) y tres volúmenes diferentes (3, 5 y 10 ml). Posibilita identificar los pacientes que deben continuar siendo estudiados y realizar seguimiento a los que están en tratamiento (Kagaya H y col, 2010). Es aconsejable complementar esta evaluación con la auscultación cervical y la medición de la saturación de oxígeno en sangre con oximetría de pulso, que nos permite obtener otros datos clínicos para identificar episodios de penetración o aspiración durante el trago evaluado, mejorando la exactitud diagnóstica.

Para el estudio clínico de los pacientes con cánula de traqueostomía, está indicada la aplicación del Test azul que permite evaluar el riesgo de la vía aérea durante el trago y valorar resultados terapéuticos (Terk AR y col 2007. Donzelli J y col, 2005)

Tabla 3: Signos clínicos que sugieren presencia de disfagia

Incapacidad para aprehender / sorber los alimentos.
Dificultad para iniciar la deglución.
Dificultad para el manejo de secreciones propias.
Hipersalivación / Sialorrea / Ptialismo / Babeo.
Xerostomía.
Prolongada preparación del bolo alimenticio.
Residuos orales post deglución.
Deglución fraccionada.
Movimientos excesivos de la boca y de la cabeza.
Reflujo nasal.
Ahogo o tos durante o post deglución.
Tos inefectiva, húmeda.
Modificación de la voz post ingesta.
Sensación de retención del alimento (orofaringe, hipofaringe retroesternal).
Odinofagia.

Presencia intraoral de secreciones salivales espumosas.
Dolor torácico post ingesta.
Pirosis.
Regurgitación ácida o de alimentos.

En 1999, la American Gastroenterological Association (AGA) publicó recomendaciones para el manejo de los pacientes con disfagias, estableciendo que el 30-48% de los pacientes que se aspiran no son detectados en la evaluación clínica y, para determinar la integridad de la función de la deglución orofaríngea, es necesaria la evaluación dinámica de la deglución.

Estudios especializados

Nasoendoscopia

Este estudio endoscópico permite la observación directa de la cavidad nasofaríngea, el segmento larínfaringeo y estructuras laríngeas supraglóticas. En los pacientes con cánula de traqueotomía o en aquellos con sensación disminuida, progresando el fibroscopio en el interior de la laringe, se puede realizar una visualización traqueal (Bastian, R.W, 1998. Donzelli J, 2005).

Por este método de estudio, se puede evaluar el riesgo de la deglución, penetración y/o aspiración, aparición normal o retrasada del reflejo deglutorio, presencia de secreciones, estasis del contraste, además de valorar la efectividad de posturas cefálicas y maniobras voluntarias para compensar la disfagia del paciente.

Manometría

La manometría intraluminal identifica la fuerza de la contracción faríngea, la relajación del esfínter esofágico superior y el tiempo de ambos eventos (4). Algunos autores recomiendan realizar el estudio manométrico y el estudio de videofluoroscopia de forma simultánea (manofluoroscopia), aunque para algunos autores como Pere Clavé, la presencia de la sonda de manometría altera la reconfiguración orofaríngea y el movimiento del hueso hioides.

La manometría esofágica es la técnica de elección para la valoración de los trastornos motores, se basa en el registro simultáneo y a diferentes niveles de las variaciones de presión que se producen en la luz esofágica. Brinda información sobre la fuerza (amplitud y duración) de las contracciones (Clavé, P y col.).

Evaluación funcional de la disfagia

El estudio de videofluoroscopia de la deglución es

considerado el método de oro de evaluación y tratamiento de las disfagias. Valora, en forma directa, la fisiopatología de todas las fases de la función y, además, informa sobre los segmentos anatómicos implicados con una escasa exposición radiante. Es el estudio indicado para la valoración del grupo de riesgo o falsos negativos que no presentan síntomas o signos de disfagia durante la evaluación clínica (Crivelli, A., 2007). Este estudio permite:

- Corroborar la coordinación normal respiración-deglución, valorando la secuencia de movimientos y su eficacia durante el trago.
- Evaluar el tiempo de cada etapa de la función, la formación del bolo alimenticio, el reflejo deglutorio y la protección de la vía aérea.
- Valorar la elevación y el peristaltismo faríngeo, verificando la eficacia de la musculatura de la fase faríngea.
- Localizar el estasis del contraste en la cavidad oral y faríngea post deglución.
- Determinar y localizar el reflujo nasal, la penetración y/o aspiración de la sustancia de contraste y la presencia del reflejo tusígeno protector.
- Observar la duración y el diámetro de apertura del esfínter esofágico superior.
- Evaluar el tránsito esofágico, la apertura del esfínter esofágico inferior, la presencia de reflujo gastroesofágico o esofagoesofágico con volúmenes equivalentes a los utilizados en la alimentación.
- Comprobar el beneficio de las posturas cefálicas y maniobras voluntarias compensadoras de la disfagia, evitando complicaciones respiratorias y nutricionales.
- Evidenciar la evolución del trastorno y la respuesta a la terapéutica aplicada.

La observación del registro digital del estudio permite evaluar cada evento neuromuscular en cada fase deglutoria, posibilitando, además, el análisis multidisciplinario.

Conclusión

La disfagia ha sido reconocida como una variable predictora de la evolución del paciente con referencia a la patología de base, las interurrencias secundarias y al óbito (Crivelli, A, 2007). Como consecuencia de las consideraciones anteriores, la disfagia aumenta la duración de la estancia hospitalaria y los costos en salud. Además, en la población pediátrica, la disfagia puede afectar seriamente el desarrollo físico e intelectual (Bastian, R.W, 1998).

Las complicaciones importantes están relacionadas con la seguridad de la deglución en referencia a la protección de la vía aérea y con la eficacia de la función relacionada con la dieta y el volumen ingerido. La recuperación de la disfagia del paciente en agudo, así como la rehabilitación de la disfagia secue- lar en el paciente crónico, son posibles si su abordaje se realiza en equipo interdisciplinario, con una dinámica de funcionamiento transdisciplinario, para el diagnóstico de las variaciones anatómicas o fisiopatológicas que dan lugar a alteraciones en la deglución, determinando cuadros de disfagia motora o mecánica según las patologías causales. La disfagia requiere de evaluación clínica, de estudios complementarios y de examen funcional específico para el diagnóstico diferencial, reduciendo la posibilidad de complicaciones secundarias.

Se debe destacar la importancia de la interacción entre los profesionales del equipo tratante con la familia del paciente para asegurar el éxito del tratamiento.

Bibliografía:

1. Gary L, Schechter MD. Causas sistémicas de disfagia en adultos. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 491-500.
2. Dray TG, Hillel AD, Miller RM. Disfagia causada por déficit neurológico. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 473-489.
3. Bastian, R.W. Diagnóstico del paciente disfágico en la actualidad. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 455-471.
4. Crivelli, A. Actualización. Disfagia orofaríngea. RNC. Vol.XVI N°2 pp.47-56 2007.
5. Perlman AL. Dysphagia: Populations at risk and methods of diagnosis. Nutrition in clinical practice. 1999. Vol. 14, N°5. S2-S9.
6. AGA. American Gastroenterological Association medical position statement on management of oropharyngeal dysphagia. Gastroenterology 1999;116:452-454.
7. AGA. Technical Review on Treatment of Patients With Dysphagia Caused by Benign Disorders of the Distal Esophagus. Gastroenterology 1999; 117:233-254.
8. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia A national clinical guideline. June 2010.
9. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijsenberg I. Effects of Therapy in Oropharyngeal Dysphagia by Speech and Language Therapists: A Systematic Review. Dysphagia (2010) 25:40-65.
10. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa. Barcelona
11. Kagaya H, Okada S, Saitoh E, Baba M, Yokoyama M, Takahashi H. Simple Swallowing Provocation Test Has Limited Applicability as a Screening Tool for Detecting Aspiration, Silent Aspiration, or Penetration. Dysphagia (2010) 25: 6-10.
12. Terk AR, Leder SB, Burrell MI. Hyoid Bone and Laryngeal Movement Dependent Upon Presence of a Tracheotomy Tube. Dysphagia 22:89-93 (2007).
13. Donzelli J, Brady S, Wesling M, Theisen M. Effects of the Removal of the Tracheotomy Tube on Swallowing During the Fiberoptic Endoscopic Exam of the Swallow (FEES). Dysphagia 20:283-289 (2005).

Trabajo Científico N° 5

¿EN DÓNDE QUEDA EL SUJETO CUANDO EVALUAMOS EL LENGUAJE?

Lic. María S. Cesanelli

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

Lic. Lorena V. Lugones

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

Resumen

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

Marco teórico

Evaluación

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

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

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

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

En Puyuelo Sanclemente (2000):

Partin (1999) establece cinco objetivos de la evaluación:

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

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

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

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

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

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

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

Sujeto, subjetividad y lenguaje

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

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

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

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

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

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

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

Estudio de caso

-Examen del paciente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

Como sujetos, estamos en permanente cambio y aprendizaje.

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

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

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

Conclusión

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

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

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

Bibliografía

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

Trabajo Científico N° 6

“YO ME COMÍA LO QUE NO DECÍA...”LA FONOAUDIOLOGÍA Y LAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS

Lic. Antonella Dellavedova
Facultad de Trabajo Social de la UNLP

RESUMEN

La obesidad constituye hoy una de las principales preocupaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el mundo, el 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y un porcentaje importante de determinados cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad, señala con sus índices la OMS.

- Los principales causantes de la obesidad son de origen emocional, la angustia y la ansiedad, son parte de la voracidad del sujeto que es descargada en el desequilibrio alimenticio. La Ley Nacional de Obesidad N° 26396/08 promueve conductas nutricionales, saludables, especialmente en niños y adolescentes y tiende a eliminar la discriminación y estigmatización en el ámbito laboral, social y educacional, que los trastornos de la alimentación generan.

El presente trabajo da cuenta del proceso que transita un paciente que se ha sometido a una intervención bariátrica, sus necesidades y falencias en la intervención. Y como beneficiaria a los pacientes la incorporación de una fonoaudióloga a este equipo interdisciplinario.

La temática de este trabajo se origina con el propósito de la apertura del campo laboral para la comunidad fonoaudiológica. A lo largo de esta investigación se pretende dar cuenta de los motivos por los cuales sería de enorme beneficio para los pacientes bariátricos su intervención, en el período posterior a la cirugía. Aspiro a que este aporte logre ser de utilidad para nuestra comunidad fonoaudiológica, y así poder confeccionar redes que fomenten el trabajo conjunto e interdisciplinario.

Palabras Claves: Cirugía bariátrica, interdisciplina, obesidad. Bariatric surgery, interdiscipline, obesity.

Introducción

Como problema nodal a investigar, trabajaré sobre la incidencia que tiene la respiración bucal en pacientes bariátricos de entre 30 a 50 años, dentro de la provincia de Buenos Aires.

La apnea del sueño es uno de los tantos trastornos derivados del sobrepeso. Como consecuencia de ella, la persona presenta dificultad para respirar mientras duerme y ,además, somnolencia diurna.

Esto significa que no puede respirar suficiente aire por la boca y la nariz hacia los pulmones, porque la lengua y el paladar están infiltrados por la grasa y el paso del aire por la vía aérea se ve obstaculizado. Cuando eso ocurre, la cantidad de oxígeno de la sangre puede decaer. La manifestación más evidente son los ronquidos durante la noche. Sin embargo, estos no son los únicos síntomas, sino que van acompañados de interrupciones de la respiración y jadeos. En efecto, bajar de peso es fundamental para el paciente que sufre dicho problema. De lo contrario, deberá vivir con consecuencias que pueden afectar diversas áreas de su vida.

En la búsqueda de soluciones puede y debe considerarse la dieta alimenticia, pero cuando esta no basta, la cirugía bariátrica es la mejor alternativa.

Es la fonoaudióloga quien puede contribuir **asesorando** al paciente con la respiración; dado que tiene una historicidad de respirador bucal a lo largo de su vida. Somos nosotras, las fonoaudiólogas, quienes podemos reeducar en el área de la respiración al paciente, y acompañar al mismo luego de la intervención quirúrgica.

Pensar en talleres, posteriores a la cirugía, que asistan a la reeducación, con el objetivo de abandonar la caracterización de respirador bucal que conlleven en su historicidad y así poder trabajar sobre el tipo correcto de respiración. Estos talleres serían dirigidos por una fonoaudióloga, que debería estar incluida en el equipo interdisciplinario y trabajando en conjunto con los demás profesionales para el beneficio de los pacientes bariátricos.

La contribución de la fonoaudiología no solo sería la re educabilidad sino también el trabajo con la imagen corporal. Dado que estos talleres serían posteriores a la cirugía, debemos tener en cuenta la imagen corporal que tiene el paciente de sí mismo.

Por ello creo conveniente que se pueda pensar en la posibilidad del trabajo en red, y que en estos talleres de respiración puedan trabajar en conjunto el área de fonoaudiología y psicología. Ambos profesionales son sumamente necesarios para el acompañamiento del paciente, posteriormente a la intervención.

Estoy convencida que actualmente, al no tener una profesional del área de la fonoaudiología que intervenga en este equipo interdisciplinario, hay áreas de trabajo que quedan postergadas, como por ejemplo la respiración.

La respiración debe ser prioritaria en este proceso, dado que la mala respiración conlleva insuficiencias. Estos sujetos estuvieron toda su vida confinados a una imagen corporal que los aprisionó para que en cuestión de meses asimilen este proceso, por lo cual la acomodación a esta nueva imagen debe ser acompañada desde el trabajo en red, y la fonoaudiología no puede quedar por fuera.

Este trabajo está pensado con el objetivo de dar a conocer las formas de intervención de la fonoaudiología en relación a los pacientes bariátricos. Pudiendo identificar cuales son los beneficios de la incorporación de una fonoaudióloga a este equipo interdisciplinario. Y así lograr la apertura del campo laboral para la fonoaudiología.

Materiales Y Métodos

Para llevar a cabo esta investigación se entrevistó a un total de 11 mujeres, de entre 30 y 50 años, oriundas de la provincia de Buenos Aires. Este trabajo tiene un alcance de tipo exploratorio-explicativo con un enfoque de índole cualitativo.

Las entrevistas se realizaron bajo las medidas del ASPO, por lo cuál me ví obligada a realizarlas de manera virtual. Esto no fue obstáculo sino que, al contrario, me permitió llevar a cabo diversos grupos focales en los cuales las entrevistadas no solo respondieron a mis inquietudes sino que también les permitió generar un intercambio entre ellas.

Está comprobado que la respiración incompleta afecta a la vitalidad del sujeto de la siguiente manera; apnea del sueño, sensación de cansancio general, se reduce la vitalidad del corazón, episodios de ansiedad, voracidad con hiperventilación, menor agudeza mental, mareos o dolor de cabeza por falta de oxígeno, la tensión abdominal puede derivar en problemas digestivos y fatiga muscular son alguna de las más conocidas.

Resultados

Como resultado pude observar que las pacientes bariátricas no son orientadas ni derivadas a consultar con una fonoaudióloga, posterior a la cirugía. Esto es realmente necesario teniendo en cuenta que la obesidad es causante de la respiración bucal. Estas personas se encuentran que toda su vida han respirado de forma errónea y por más que su imagen corporal ha cambiado la respiración bucal preexiste.

Esto se observa en relación con la apnea del sueño, todas las entrevistadas refieren no haber notado cambios al momento del descanso, y esto es porque no han recibido una preparación adecuada en relación con el modo de respiración que es el correcto.

Cabe aclarar que ninguna de ellas tenía conocimiento sobre esta patología.

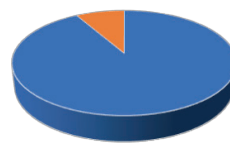
Una de las personas entrevistadas, que se desempeña en el canto, manifiesta que luego de la intervención quirúrgica debió recurrir a re educabilidad de la voz con una profesora de canto, dado que debió redescubrir sus puntos resonanciales y también expresa que su registro vocal se extendió.

Otra de las entrevistadas, expresa que hubiera requerido una reeducación en cuanto a la respiración y al trabajo posterior para la interiorización de su nueva imagen corporal. Esta persona comenta que de parte de los profesionales que la atendieron no hubo una orientación o derivación con una fonoaudióloga, y que de ser así hubiera sido de utilidad para ella.

Con respecto a las entrevistas restantes, en su totalidad se identificó coincidencias con el desconcierto acerca de cómo intervendría una fonoaudióloga con pacientes bariátricos. Este conflicto se origina por el desconocimiento sobre el rol de esta profesional y la poca información que se le brindaría al paciente posteriormente a la intervención quirúrgica.

Por esta manifestación explícita y por la aprobación por parte de las entrevistadas, creo sumamente relevante la inserción de una fonoaudióloga que trabaje con el paciente posteriormente a la cirugía. Porque si bien el descenso de peso es de manera acelerada, los hábitos siguen persistiendo; es necesaria la reeducación del paciente para que no sólo sea un cambio de imagen y hábitos nutricionales sino también un cambio de vida.

RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS



■ PACIENTES ENTREVISTADAS ■ PACIENTES DERIVADAS

Discusión

Con respecto a investigaciones posteriores a esta, creo conveniente indagar en los beneficios que brindaría la incorporación de una fonoaudióloga al equipo interdisciplinario de cirugías bariátricas.

Un fonoaudiólogo generalista, que no solo intervenga desde la respiración en la etapa posterior a la cirugía, sino que pueda trabajar en conjunto con el área de nutrición durante la extensa preparación que conlleva este proceso. Su capacidad de intervención en el proceso deglutorio hace que este sea uno de los profesionales indicados para la preparación del paciente junto a los demás profesionales que son miembros de este equipo interdisciplinario.

También considero posible que se lleve adelante de manera conjunta con el área de psicología, y así poder trabajar en red la interiorización de la nueva imagen corporal que tiene el paciente luego de la cirugía bariátrica. Ya que esta se ve distorsionada posteriormente a la operación y es primordial la preparación psíquica del paciente para fortalecer su autoestima.

Otra línea de investigación relevante es indagar por qué todos los pacientes bariátricos, posteriormente a la cirugía, adquieren como secuela la anemia. La totalidad de entrevistadas, manifiestan haber contraído anemia luego de este proceso e intervención. Este es un indicador de mala alimentación como de mala salud. Cuando se tiene anemia el cuerpo no recibe suficiente sangre rica en oxígeno y como consecuencia, se puede sentir cansancio o debilidad. También se puede tener otros síntomas, como la falta de aliento o la dificultad para respirar, mareo o dolor de cabeza.

Un posible eje a abordar, posteriormente a este trabajo, es la pregunta acerca de qué pasa en los sectores populares; quienes en ocasiones no se encuentran con trabajo registrado, sino que realizan changas, no contando así con una cobertura social. La obesidad no es selectiva, no distingue clases socia-

les, pero parece que la solución se encuentra más próxima solo para unos pocos, quienes cuentan con los recursos, aspecto que conlleva una suerte de privatización de la salud en detrimento de su carácter público y gratuito.

Dado que apelando a la Ley Nacional de Obesidad N° 26396/08, la misma contempla en uno de sus artículos brindar todos los tratamientos necesarios, médicos clínicos, nutricionales, psicológicos, quirúrgicos y farmacológicos, así como todas aquellas prácticas necesarias para la atención multidisciplinaria e integral de los trastornos en la alimentación a todas las obras sociales, asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluyendo a las empresas privadas. Pero por más que esté explicitado en la ley (artículo 16), muchas de mis entrevistadas tuvieron que recurrir al poder judicial para que se les contemple su operación, dado que las obras sociales se negaban a admitir esta cirugía. Tanto esta ley como la Resolución 742/2009 contemplan el tratamiento, asistencia y seguimiento de personas con obesidad; por lo cual es sumamente ilícito que las obras sociales rechacen estas gestiones.

Estas cirugías son imposibles de solventar de manera particular, el costo de las mismas supera los \$ 100.000; sin mencionar las vitaminas que son requeridas después de la operación, las consultas con los profesionales antes y posterior a la cirugía, los estudios que son requisitos para ser candidato a la operación, entre otras cosas. Por todo esto y por multiplicidad de factores, es que las cirugías bariátricas reproducen la brecha social. Esta situación se presenta contradictoria a lo que explicita la ley Nacional.

El **derecho a la salud** está condicionado por el sistema de salubridad y por los determinantes sociales; las condiciones habitacionales, la disponibilidad de agua, los modos de vida, las condiciones socio-económicas, entre otras difieren en gran medida con respecto a la accesibilidad.

Esta enfermedad tiene como protagonista una de las cinco caras del proceso morboso, el sufrimiento, tanto en los pacientes bariátricos como en su entorno se puede visualizar un estado de angustia o dolor. Este entorno es quien identifica la enfermedad y el paciente se ve en un estado de desigualdad. Incluso este sentimiento, según las entrevistas recabadas, preexiste luego de la operación; dado que las secuelas físicas de la misma se prolongan. Para que estas secuelas desaparezcan y poder culminar con este

proceso, es necesario que el paciente vuelva a someterse a otra intervención quirúrgica; esta última no es contemplada por ninguna obra social y es sumamente costosa para solventar de manera particular. Son los pacientes quienes manifiestan angustia ante estas consecuencias post-cirugía, la mayoría busca realizar esta otra intervención no solo por lo estético, sino también para realizar actividad física dado que los "colgajos" son incómodos para ello, y a su vez poder remontar su autoestima.

Si bien el tratamiento es largo, los entrevistados remarcan que es fundamental el acompañamiento de su entorno y la necesidad de una contención psicológica. Esta última con el fin de que obtenga herramientas para sobrellevar este proceso de la forma más sana psíquicamente. Cada sujeto con sus particularidades y singularidades, pero con un mismo duelo por delante, dejar ir esa imagen corporal que toda su historicidad los confinó para comenzar a identificarse con esta nueva imagen corporal que hoy es su símbolo de lucha.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a la Facultad Trabajo Social de la UNLP como espacio de formación, reflexión y análisis, a las docentes y compañeros que me impulsaron a introducirme en el campo de la investigación, a mi familia por la contención y a ustedes por permitirme dar cuenta de mi tan querido trabajo.

Bibliografía

1. Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37, 3-18.
2. Menéndez Eduardo (1990) Modelo Médico Hegemónico.
3. López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. Divulg. saúde debate, 150-156.
4. Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades.
5. Berlinguer, G. (2002). La Salud Global. Bioética cotidiana
6. Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública, 33.
7. Núñez, R. A. (2007). Redes comunitarias: influencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional. Espacio Editorial.
8. McKeown, T., & Beltran, J. (1990). Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica.
9. Weinstein, L. (1995). El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Nordan Comunidad.
10. Carmody, C. ¿Qué salud promovemos? Una reflexión sobre el esquivo concepto de salud en las actuales propuestas de promoción de salud.
11. Berlinguer, G. (1994). La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo. Lugar Editorial.
12. Ley N° 26396/08. Boletín oficial de la República Argentina. Argentina 2008. << <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm> >>
13. Resolución 742/2009 << <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-742-2009-153945/texto> >>
14. Torrado, S. (2010). El costo social del ajuste: (Argentina, 1976-2002) (Vol. 1). Edhasa.
15. Schvarzer, J. (1975). El quiebre del modelo cerrado en los setenta. Apertura, especulación y deuda. EN: Implantación de un modelo económico. La experiencia argentina entre.
16. Farías, P. G. (2007). Ejercicios para restaurar la función vocal: observaciones clínicas. Librería Akadia Editorial.
- Segre, R., Jackson, C. A., & Naidich, S. (1981). Principios de foniatría para alumnos y profesionales de canto y dicción. Editorial Médica Panamericana.
17. Chiavaro, N. (2011). Funciones y disfunciones estomatognáticas. Buenos Aires: Akadia.
18. Hernández Zamora, G. (1992). Identidad y proceso de identificación.
versión on-line disponible en [www. uv. mx/uvi/blog/wpcontent/.../10/unidad-3_3hernandez.doc](http://www.uv.mx/uvi/blog/wpcontent/.../10/unidad-3_3hernandez.doc), última consulta, 18.

Trabajo Científico N° 7

IDENTIDAD Y FONOAUDIOLOGÍA: LA VOZ DENTRO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Lic. Ailén Cilifrese

Introducción

El Presente Trabajo, Realizado Para La Cátedra De "Trabajo Integrador Final" Correspondiente Al Ccc De Fonoaudiología De La Unlp, Busca Reflexionar E Indagar Sobre El Papel Que Cumple La Voz Dentro De La Búsqueda De Identidad De Género En Feminidades Transgénero.

Repensando Conceptos Como Identidad, Auto Percepción, género, Feminidad, Entre Otros.

Tambien Busca Visibilizar El Acompañamiento Fonoaudiológico En Dicho Proceso.

Problemática

Importancia De La Voz Dentro De La Búsqueda De Identidad En Feminidades Transgénero.

Obtención De Datos

Teniendo En Cuenta El Contexto De Pandemia En El Cual Se Enmarca El Trabajo Y La Imposibilidad Del Trabajo En Campo, Los Datos Se Obtienen Además De La Lectura De Distintos Documentos , A Través De Conversaciones Telefonicas Con Distintos Centros Y Asociaciones Activistas Dentro Del Colectivo Y También Mediante Una Entrevista Reflexiva De Tipo Abierta Semi Estructurada Con Preguntas De Guia A Una Mujer Transgénero Que Muy Amablemente Acepto Una Videollamada.

Reflexión

Históricamente Se Relaciona El Género Y Posterior Identificación Y Manera De Expresarse De Cada Persona Por El Sexo En El Que Nacemos, "Mujer" Si Nacemos

Con Vulva Y "Hombre" Si Nacemos Con Pene. No Solo Eso, Sino Que Antes De Nuestros Nacimientos Ya La Sociedad Nos Define . Encabezando La Lista Con Un Nombre (De "Mujer" O De "Varón") Luego Con Preguntas Y Comentarios Como Por Ejemplo ¿qué Es? ¿es Varón? ¿continúa El Apellido? ¿es Mujer? "La Princesita Del

Papá" Para Culminar El Ejemplo Con Los Juguetes Y Ropa De Colores Para "Nenas" Y Para "Nenes" Esperando Que "Se Cumplan" Ciertos Roles, Mandatos Y

Tareas

“Socialmente Asignados” Por Nacer Con Ese Sexo. Siempre Pensando Nuestro Rol Dentro De La Sociedad De Manera Binaria. Ahora Bien Que Pasa Cuando No Se “Encaja” Cuando La “Princesa” No Quiere Usar Corona O El “Varoncito Que Continúa El Apellido” Se Casa Con Un Hombre Y Deciden Tener Un Hijo Y Darle El Apellido Del Otro Papá ¿qué Salió Mal?...

Se Define Identidad De Género Como “La Vivencia Interna E Individual Del Género Tal Como Cada Persona La Siente, La Cual Puede Corresponder O No Con El Sexo

Asignado Al Momento Del Nacimiento, Incluyendo La Vivencia Personal Del Cuerpo. Esto Puede Involucrar La Modificación De La Apariencia O La Función Corporal A Través De Medios Farmacológicos, Quirúrgicos O De Otra índole, Siempre Que Ello Sea Libremente Escogido. También Incluye Otras Expresiones De Género, Como La Vestimenta, El Modo De Hablar Y Los Modales”

(Ley De Identidad De Género 26.743 Artículo 2, 2012).

Con Esto Se Pretende Argumentar Que El Género No Está Vinculado Al Sexo En Que Nacemos Sino Que Está Relacionado A Nuestra Autopercepción, A Como Nos

Sentimos Identificados, Cómodos Y Nos Queremos Parar Y Expresar En La Vida. Claro Que En Esta Búsqueda De Identidad Van A Intervenir Varios Factores, Como Los Grupos De Pertenencia, Tradiciones, Costumbres, Historia, Instituciones Sociales, Políticas, Etc., Que Serán Transmitidos En Los Diferentes Espacios De Socialización Y Que Van A Tener Influencia Y Significación En Nuestra Vida. Dentro De Esta Búsqueda De Identidad Y De Feminidad Se Realizara Un Análisis Sobre La Voz.

La Voz Según El Diccionario De La Real Academia Española Se Define Como “Sonido Producido Por La Vibración De Las Cuerdas Vocales”.anatómicamente Teniendo En Cuenta La Morfología De La Laringe Se Observan

Diferencias Anatómicas Entre Ambos Sexos Ya Que En El Sexo Masculino Las Cuerdas Vocales Son Más Gruesas Y Grandes Y Se Encuentran Insertas En Un Tracto

Vocal Más Largo Y En El Caso Del Sexo Femenino Las Cuerdas Vocales Son Más Finas, Más Pequeñas. Esto Hace Que El Sonido Que Se Expulse Sea Un Sonido Diferente Y Característico. Los Diferentes Elementos Vocales Como Por Ejemplo El Timbre, La Intensidad,

El Mecanismo, La Fluctuación De Los Tonos Nos Hacen Reconocer Y Poder Decir... “Esta Voz Es Mía” Por Eso Creo Que La Voz Pertenece Dentro De Nuestra Identidad En Donde Si Escuchamos A Alguien Por Teléfono Podemos Identificarlo Sabiendo Que No Es Otra Persona. Ahora Bien Además De “El Sonido” Recién Mencionado Hay Otros Factores Que Influyen En La Identificación De Esa Voz Y Están Vinculados A La Manera En La Que Sale Ese Sonido (Ritmo, Melodía, Expresiones Faciales, La Resonancia, Entre Otras Cosas).

“La Voz Es Nuestro Primer Medio De Expresión. En Combinación Con Nuestra Cara Y Nuestras Manos, Señala Quiénes Somos, Qué Queremos, Y Cómo Nos Sentimos, ¿pero Por Qué Este Proceso Sonoro Hace A La Voz Un Medio Tan Importante De Expresión? La Voz Es Percibida Por Dos De Los Cinco Sentidos. No Solo Oímos La Voz, También La Palpamos. La Voz Es Vibración Y Percibimos Esa Vibración”. (Ingo Titze. Principles Of Voice Production, 1994).

Además De Las Características Anatómicas Están Las Características Relacionadas A Las Categorías Sociales. Por Lo General Estas Categorías Van A Estar Vinculadas A La Construcción Social Colectiva Que Se Va A Generar En Un Momento Histórico, Cultural Determinado Dentro De Cada Sociedad. La Voz De Cada Uno De Nosotros Cumple Un Impacto Social, Profesional Y Personal Muy Importante. Cuando Uno Escucha Una Voz La Asocia Dentro De Categorías Que “Conoce” Tendiendo A Etiquetarla “Voz De Mujer”, “Voz De Hombre”, Etc. El No Cumplir Con Lo Que Se Espera Con Mi Voz Puede Producir Discriminación, Rechazo, Falta De Aceptación Por Parte Del Entorno En Que Nos Movemos.

En La Entrevista Se Pudo Dar Cuenta Que Muchas Personas Del Colectivo Tenían Miedo De Hablar En Público Por No Ser Aceptadas. Sentir Que Su Voz Es “Una Barrera” Que “El Resto” “Se Va A Dar Cuenta” Que Su Físico No Condice Con Su Voz. Socialmente Además Del Rol Y Tareas Encasillados En El “Auto Percibirse Como Mujer” Se Le Suma Las Características Que Debe Tener La Voz “Femenina” Dentro De Nuestra Sociedad (Aguda, Clara, Tranquila, Suave, Fina, Con Un Ritmo, Una Postura Y Una Manera De Expresión Característico Y Distinto A Lo Que Se Espera Dentro De Las Características De La Masculinidad, Etc.) Y Al No Entrar Dentro De Estas Características Se Produce En Ocasiones “Una Censura Social” En Donde La Persona Se Puede Sentir Excluida, Desigual, Discriminada.

Cabe Aclarar Que Hay Personas Que Se Sienten

Cómodas Con Su Voz Y Su Manera De Expresarse Y Tal Vez Nunca Se Les Ocurrió U Ocurriría Consultar Con Un Profesional Para Intentar Entrenarla Y Modificarla. Que No Conozcan De Las Diferentes Operaciones De Modificación Ni Su Post Operatorio, Etc. Pero También Hay Personas Que No Se Sienten Cómodas, Que Les Produce Rechazo, Sentimiento De No Pertenecer, Verse Al Espejo Y No Encontrarse, Luego De La Operación, Hablar Y No Reconocerse Dentro De “La Voz Nueva”.

Desde Nuestro Rol Como Profesionales De La Comunicación Humana Es Importante Estar Presentes En Esta Búsqueda, Escuchar Las Diferentes Inquietudes Y Generar Aportes Desde Una Mirada Inclusiva. Uno De Nuestros Campos De Acción Es La Salud, Pensándola Como Un Proceso Integral, Desde Una Perspectiva Colectiva En Donde Se Va A Incluir Varias Dimensiones Como Política, Ideológica, Histórica, Cultural, Económica, Social Y Religiosa.

En Argentina Se Encuentra Como Marco Normativo Que Regula El Acompañamiento De Los Profesionales De La Salud Dentro De Este Colectivo, El Plan Médico Obligatorio (Pom) Y La Ley De Identidad De Género(Ley 26.743) En La Cual A Lo Largo De Sus Artículos, Regula El Tratamiento De Las Personas Transgénero Desde Una Mirada Despatologizadora (A Diferencia De Cómo Se Planteaba Antiguamente), Como Sujetos De Derecho, En Donde Las Personas Deben Ser Tratadas De Acuerdo A La Identidad Auto-percibida (Trato Digno), Que Se Respeten Sin Cuestionar Las Decisiones Personales Que Tomen Y Que Los Equipos De Salud Acompañen El Reconocimiento, En El Cumplimiento De Los Derechos Y En La Construcción Individual Y Subjetiva De Cada Persona.

Acompañamiento Fonoaudiológico: Algunas Intervenciones

Van a estar vinculadas a las necesidades individuales de cada persona. No se trata de cumplir un rol de “rehabilitación” ni de “tratamiento”, ya que no estamos tratando ninguna patología, sino que hablamos de “entrenamiento” “acompañamiento “. donde el objetivo es acompañar una búsqueda interna y subjetiva de identificación.

- Brindar pautas de higiene vocal para lograr una buena calidad de voz previniendo patologías vocales causadas por el abuso o mal uso de la voz (por ej muchas mujeres trans tienden a agudizar su voz pensando que “una voz aguda” es una voz “más

femeninas”, sin conocer las consecuencias que esto puede traer).

- Trabajar desde un enfoque interdisciplinario con un equipo que oriente, acompañe e informe a la comunidad con información clara, alentando la comunicación fluida entre los miembros de la conserjería, teniendo en cuenta la ley de identidad de género, el respeto y el trato digno.

- Armar talleres en donde se trabajen diferentes cuestiones vinculadas a la exploración de la voz, comunicación verbal y no verbal que faciliten la búsqueda de la identidad y la comodidad de expresión de cada persona (por ejemplo: imagen corporal, postura, gesticulación, expresiones faciales, articulación, etc.).

- Trabajar con las formas y actos de habla, la manera en la que nos expresamos y transmitimos, la melodía, ritmo, tono, fluidez, exaltación de la expresividad, resonancia, proyección de la voz (voz de pecho, voz de cabeza, etc.).

A modo de cierre

No se trata de “Cambiar/modificar la voz para ser aceptado”, la percepción, aceptación y respeto, debería naturalizarse desde que nacemos respetando al otro al margen de su tono de voz, su aspecto o su manera de expresarse. Festejando la diferencia y la diversidad como enriquecedora y positiva. Vivimos en un contexto histórico en donde lo “distinto”, lo que no está “naturalizado” por lo general es causa de rechazo, desigualdad social, discriminación. Sin embargo cabe destacar (la ley de identidad de género ayudo a esto) que ya que no es lo mismo los comportamientos que se esperan hoy de “la mujer” o “de lo femenino” que lo que se esperaban años anteriores. Ya que esto varía en cada cultura y momento histórico.

Como profesionales de la salud debemos informar, acompañar en este proceso, no todos tenemos la misma búsqueda, ya que hay personas que se sienten cómodas con su tono de voz o su manera de expresarse, independientemente de sus características, pero también hay personas que no están cómodas sintiendo una segunda mirada relacionada a la censura social que en ocasiones paraliza, como aquellas que tampoco están cómodas con alguna característica física y también es importante acompañar para que cada uno pueda encontrar su propia versión en donde podamos “ser”. Que la búsqueda sea orientado a uno y no a buscar la aceptación social. Que sea un trabajo en comunidad, que podamos pertenecer en un mundo empático y diverso.



Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos

COMISIONES

Educación



Salud

Científica



Cultura



www.cflp.org.ar



/COFOBARegionalLaPlata



@cofobarlp



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