



DEFENDIENDO NUESTRAS INCUMBENCIAS

En los últimos años, somos testigos de un cambio de paradigma en la Fonoaudiología. Su crecimiento y definición como profesión y los nuevos espacios ocupados en el campo de la salud son importantes y evidentes, así como su protagonismo en los equipos de salud; lo que nos lleva a discutir el perfil actual de nuestra profesión.

Trabajos Científicos

Publican en esta edición

Dra. Sandra Tognola y equipo.

Lic. Thelma Figari

Lic. Silvana Monteros

Lic. Claudia Díaz

Pág. 5

Caso Clínico

“Desaturación de oxígeno como indicador predictivo en pacientes con disfagia”

Lic. Alejandra Moreda y equipo.

Pág. 14

Opinión

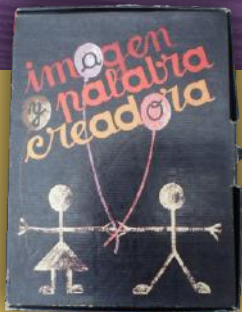
“La subjetividad profesional en la terapéutica e investigación fonoaudiológica”

Por la Dra. Ana Rosa Scivetti

Pág. 38

Nuestras novedades bibliográficas

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



Contiene planchas con palabras que designan imágenes, letras, sílabas, grupos silábicos.

La riqueza de este material práctico posibilita la organización y estructuración del lenguaje oral y escrito y permite, además, la integración de todas las áreas del conocimiento.

Consiste en un conjunto de materiales para la evaluación y el diagnóstico neuropsicológicos. Evalúa, mediante diferente número de tests, cuatro dominios o funciones neuropsicológicas de nivel superior: Motricidad o funciones ejecutivas (5 tests); Lenguaje oral o funciones lingüísticas (5 tests); Rapidez de procesamiento (2 tests) y Memoria verbal y no verbal (2 tests).

Además, permite una exploración de la lateralidad manual que aporta información acerca de la dominancia que muestran los sujetos.

El material a utilizar en la aplicación de las distintas pruebas está conformado por objetos y láminas de dibujos, todos ellos incluidos en el juego completo de la mencionada prueba.

La Neuropsicología estudia la relación entre el cerebro, la conducta y la cognición; cambios químicos o estructurales en el cerebro provocados por accidentes o enfermedades que pueden alterar su funcionamiento y traducirse en disfunciones de capacidades tales como el aprendizaje, el lenguaje, la memoria, la organización y la planificación, la toma de decisiones, el funcionamiento emocional y el comportamiento. Este libro ofrece un panorama actualizado de los avances en Neuropsicología en las últimas décadas y de su impacto en la práctica clínica.

Oliver Sacks es un prestigioso neurólogo, discípulo de Alexander Luria, profesor de Neurología Clínica en el Albert Einstein College de Nueva York. Narra 20 historiales médicos de pacientes neurológicos que han sido descartados como retrasados mentales y que, sin embargo, poseen dotes artísticas o científicas.

Son estudios que nos permiten acceder al universo de este tipo de pacientes y comprender su situación frente a las adversidades.

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

EDITORIAL



Cuanto más compartimos, más tenemos

Al presentar el segundo número de la Revista Científica de la Regional La Plata del COFOBA, deseo, en mi carácter de Directora General y desde esta particular sección, expresar mi agradecimiento al Consejo Directivo de nuestra Regional y, de manera especial, a su Presidente, quien desde la primera reunión de trabajo me propuso para cumplir este rol.

Por su naturaleza, la Revista busca, primordialmente, publicar artículos y ensayos derivados de proyectos originales, investigaciones empíricas, reflexiones teóricas y metodológicas sobre una temática relacionada con la Fonoaudiología o artículos de revisión, en los que se analicen los resultados y repercusiones de otras investigaciones.

Este nuevo canal de comunicación está dirigido, principalmente, a los colegas, pero también sus contenidos se entraman con otras disciplinas generando un espacio para fomentar la reflexión y el debate sobre las experiencias, las nuevas corrientes de pensamientos y, por sobre todo, tendiendo puentes hacia la ansiada interdisciplina. Se pretende, entonces, fomentar la investigación y que la revista se convierta en un mecanismo de divulgación de sus resultados.

Cada número supone el esfuerzo de muchas voluntades (Miembros del Comité Científico, Secretario de Redacción, Revisores, Equipo de Producción General), que trabajan en el proceso editorial con generosidad y desinterés, asumiendo el rol para el que fueron elegidos con idoneidad profesional, objetividad y transparencia, pero sin convertirse en jueces ni árbitros de pares. A ellos también les quiero expresar mi especial reconocimiento.

Deseo también hacer explícito, ante los lectores, mi convicción de que este honor que significa ser Directora General lleva implícita una profunda responsabilidad pues, sin perjuicio de lo expuesto y con absoluto respeto de la tarea de los miembros del Equipo que desempeñan los roles mencionados, asumo el compromiso personal y profesional de poner en actos los principios que sustentan mi labor y que se resumen en este concepto: Cada trabajo que se presenta constituye, para el autor, un esfuerzo, una intención, un significativo tiempo de trabajo que corresponde que sea valorado.

Estamos iniciando un camino hacia la excelencia pero, ante todo, iniciando un canal de comunicación que nos una y no que nos discrimine, por lo cual todo trabajo es importante y puede ser motivo de alguna corrección, pero nunca será postergado silenciosamente sin ser publicado.

Este es mi formal compromiso. Ya se ha dado prueba de ello e iniciado un diálogo fructífero que ayuda también en el crecimiento y en la prosecución del objetivo mencionado.

Los invito, entonces, a transitar juntos este camino, a intercambiar opiniones, en el consenso y en el disenso, en la certeza que acompaña todas mis acciones: cuanto más compartimos, más tenemos.

Lic. Irene Fernández

Directora General de la Revista

Staff

Edición N° 2

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

ISSN 2346-8653

Propietario

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

Directora General

Lic. Irene Beatriz Fernández

Secretario de Redacción

Trad. Publ. Raúl Carranza

Editor responsable

Consejo Directivo

Presidente

Lic. María Alejandra Morchón

Vicepresidente

Lic. Ana María Uriarte

Secretaría general

Lic. Irene Beatriz Fernández

Tesorero

Lic. Silvia Edith Moszenberg

1º vocal titular

Lic. Claudia Edith Díaz

2º vocal titular

Lic. Gabriela Josefina Domínguez

3º vocal titular

Lic. María Silvia Cesanelli

1º vocal suplente

Lic. Marcela Fabiana Fernández

2º vocal suplente

Lic. María Elena Aguilera

3º vocal suplente

Lic. Laura Flores.

Tribunal de ética

Titular: Lic. Nora Beatriz Dumm

Suplente: Lic. Marta Alicia Hongay

Redacción

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.
(0221) 427-2234

La Plata, Argentina.
revistacrlp@cfba.org.ar
www.cfba.org.ar

Comité Científico

Lic. María Rosa Alfaro.
Dra. María del Carmen Campos.
Lic. Claudia Díaz.
Lic. María Elsa Echave.
Lic. Lucía Infante.

Revisión

Lic. Gabriela Domínguez.
Lic. María Elena Aguilera.

Producción General

AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicaciòn

Impresión

Gráfica Cogtal. Febrero 2014.
Magdalena N° 48, Villa Domínico.

“Registro DNDA en trámite”.

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

Sumario



“Hipoacusia Prelingual Post Meningitis”
de la Dra. Sandra Tognola; Lic. Rosana Castrioti; Lic. Mariela Chiaccio; Lic. Marisa V. Fabeiro y Fga. Claudia Ozubko.



“Estimulación del lenguaje en población infantil vulnerable”

de la Lic. Thelma R. Figari.

10

“Importancia del tratamiento interdisciplinario en la deglución disfuncional y su relación con la maloclusión”

de la Lic. Silvana Monteros Latoro y
Lic. Ana Martín

16

“El Rol del Fonoaudiólogo como Educador de la Voz”

de la Lic. Claudia Díaz

25

“Desaturación de oxígeno como indicador predictivo en pacientes con disfagia”

de la Lic. María A. Rodríguez Moreda;
Lic. María P. Timpone; Lic. María B. Escudero;
Lic. María J. Bassat Martínez y
Lic. Pablo E. Marturano

29

Defendiendo nuestras incumbencias

La subjetividad profesional en la terapéutica e investigación fonoaudiológica

34

36

Trabajo Científico N° 1

HIPOACUSIA PRELINGUAL POST MENINGITIS

Sandra Tognola

*Doctora en Fonoaudiología. UMSA
Jefa de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología del HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela.*

Rosana Castriotti

*Licenciada en Fonoaudiología. UBA
Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología del HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela.*

Mariela Chiacchio

*Licenciada en Fonoaudiología. USAL
Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología del HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela.*

Marisa V. Fabeiro

*Licenciada en Fonoaudiología. UBA
Residente de Fonoaudiología, tercer año. HIGA Pedro Fiorito, Avellaneda.*

Claudia Ozubko

*Fonoaudióloga. UBA
Correo electrónico: valesnm@yahoo.com.ar
Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología del HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela.*

Resumen:

El propósito de este trabajo es conocer el comportamiento de la hipoacusia como secuela de la meningitis (MNG) viral y bacteriana en neonatos e infantes así como determinar la terapéutica y el equipamiento audiológico más indicado. Se realizó un trabajo de investigación no experimental, transversal, descriptivo y retrospectivo, en el que se evaluó el nivel auditivo post meningitis de 15 neonatos e infantes, 11 varones y 4 mujeres, con una edad media de 11,5 meses (edad máxima 29 meses, edad mínima 1 mes) por medio de otoscopia (Otorrinolaringólogo), Otoemisiones Acústicas por Producto de Distorsión (DPOEA), Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) de Screening por Clicks, PEATC Diagnóstico por Tonos Pips y timpanometría solo en los casos que lo requirieron. Se acompañó la evaluación "objetiva" con las Pruebas "subjetivas" Test de Ling, Prueba de percepción del habla, Instrumentos Sonoros y Audiometría Tonal por observación de la conducta. El 67% de los neonatos e infantes evaluados presentaron hipoacusias de las cuales el 10% fue de tipo conductiva y el 90% hipoacusia de tipo neurosensorial. Todos los pacientes con MNG viral obtuvieron resultados compatibles con niveles de audición dentro de parámetros normales. El 86% de los pacientes con MNG bacteriana evidenció hipoacusias de distintos tipos y grados. Dicha secuela se asoció a *Streptococcus Pneumoniae* en un 67%, 17% debido a *Klebsiella Pneumoniae* y un 16% debido a *Escherichia Coli*. Al 78% de los lactantes con pérdida auditiva se les indicó Implante CoCLEAR bilateral asociado a sesiones fonoaudiológicas. Los resultados del presente trabajo han mostrado la relevancia de la evaluación, detección, diagnóstico y tratamiento audiológico diferencial y oportuno en lactantes que hayan padecido meningitis bacteriana, con su posterior seguimiento.

Palabras claves: hipoacusia neurosensorial, meningitis bacteriana, potenciales evocados de tronco cerebral.

Abstract:

The purpose of this study was to determine the behavior of hearing loss as a sequela of viral or bacterial meningitis in neonates and infants, as well as to determine the most appropriate therapy and audiological equipment. Non-experimental, transversal, descriptive and retrospective research was performed, in which 15 neonates and infants, 11 males and 4 females were evaluated. The mean age was 11.5 months (maximum age 29 months, minimum age 1 month). The hearing level was assessed by otoscopy (Otolaryngologist), DPOAE, Screening ABR, Pips Tone ABR and tympanometry only in cases that required it. As to "Subjective" evaluation, the Ling Test, Instruments Sound Test, Tonal Audiometry by behavioral observation were used. 67 % of the children had hearing loss of which 10% were conductive type and 90% neurosensory hearing loss. All patients with viral meningitis showed results consistent with hearing levels within normal parameters. 86% of the patients with bacterial meningitis showed hearing loss of different types and degrees. This sequela was associated with *Streptococcus pneumoniae* in 67 %, 17 % due to *Klebsiella pneumoniae* and 16% due to *Escherichia coli*. Bilateral Cochlear Implant and phonaudiological sessions were indicated to 78% of infants with hearing loss. Study results have shown the importance of the assessment, detection, diagnosis and differential audiological and timely treatment in infants who have had bacterial meningitis.

Keywords: auditory brainstem evoked potentials, bacterial meningitis, neurosensory hearing loss.

Introducción:

La meningitis bacteriana es una de las infecciones más graves y frecuentes del Sistema Nervioso Central y muchos infantes sobreviven con importantes secuelas, principalmente hipoacusia, convulsiones, hidrocefalia y trastornos motores. Es considerada factor de riesgo auditivo por la Joint Committee on Infant Hearing; American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, 2000. Los agentes causales de meningitis bacteriana suelen relacionarse con la edad, las condiciones del huésped, los procedimientos invasivos implementados anteriormente y los factores epidemiológicos del medio. (Hodgson A, Smith T et al, 2001) Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2003 en la Argentina, se notificaron 1999 casos de meningoencefalitis. En 496 casos no se documentó agente etiológico. Hay una declinación del total de casos de meningitis debido a la introducción de la vacuna al

Calendario. El análisis bacteriológico mostró como primer agente causal *Neisseria meningitidis* (28 %), seguido por *Streptococcus pneumoniae* (25 %) y sólo se han registrado 23 casos causados por *Haemophilus influenzae* (2,2 %). (Guía para pediatras, 2004) Las secuelas suelen ser más frecuentes en las meningitis causadas por *Streptococcus pneumoniae* y enterobacterias. (Paganini HR, 2007).

La hipoacusia como secuela tiene un rango variable entre el 5 a 40% según diferentes estudios. Además, estos estudios sugieren que el daño se presenta en el nervio auditivo y/o en la cóclea; sin embargo, hay evidencia de lesiones en el tallo cerebral o centros más altos. (Revista Pediátrica Colombiana, 2012).

La hipoacusia se define como la disminución de la percepción auditiva. La audición es la vía habitual para adquirir el lenguaje, uno de los más importantes atributos humanos. El lenguaje es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento.

Al momento de producirse la pérdida auditiva, las hipoacusias se clasifican en prelinguales, la lesión se produjo con anterioridad a la adquisición del lenguaje (0-2 años), perilinguales, cuando sucedió durante la etapa de adquisición del lenguaje (2-5 años) y post linguales, cuando la pérdida auditiva es posterior a la estructuración del mismo. Cuanto más precoz aparezca la disfunción auditiva tanto más grave serán sus consecuencias y más aún si no es diagnosticada dentro de los primeros tres meses de vida y equipado el paciente antes de los seis meses. (Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia, 2010)

Objetivos generales:

Estimar la incidencia de las hipoacusias secuales post meningitis en pacientes neonatos e infantes atendidos en el HZGA Mi Pueblo.

Determinar la terapéutica y equipamiento audiológico más indicado.

Objetivos específicos:

Conocer tipo, grado y configuración de las hipoacusias post meningitis.

Establecer si existe mayor probabilidad de desarrollar hipoacusia como secuela según el agente etiológico aislado en neonatos e infantes con meningitis bacteriana.

Establecer si existe mayor probabilidad de desarrollar hipoacusia como secuela según la edad de diagnóstico de MNG.

Establecer si existe mayor probabilidad de desarrollar hipoacusia si se asocia la MNG con otro antecedente de riesgo auditivo.

Materiales y método:

Se realizó un trabajo de investigación no experimental, transversal, descriptivo y retrospectivo en neonatos e infantes de ambos sexos, de 1 a 29 meses de edad post meningitis, ya sea de causa viral como bacteriana con o sin tipificación del germen (edad media 11,5 meses). Dichos pacientes pertenecían a distintos niveles socio-económicos-educativos procedentes de Florencio Varela y del interior de la provincia de Buenos Aires, Argentina y fueron evaluados en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología del HZGA Mi Pueblo entre enero 2009 y noviembre 2013. La muestra de 15 sujetos (n=15) se compone de 11 varones (73%) y 4 mujeres (23%). Se evaluó la historia clínica de los pacientes y se realizó, según cada caso, batería de exámenes audiológicos, electrofisiológicos y comportamentales acorde a los parámetros del Protocolo Nacional de Hipoacusia Infantil, controles otorrinolaringológicos, con neurología infantil, pediatría, neonatología, laboratorio y estudios por imágenes (TC y RMN). Se evaluó la audición de dichos pacientes por medio de otoscopia (otorrinolaringólogo), DPOEA, PEATC de Screening por cliks, PEATC Tonos Pips y timpanometría solo en los casos que lo requirieron. Se acompañó la evaluación “objetiva” con las Pruebas “subjetivas” Test de Ling, Prueba de Instrumentos Sonoros y Audiometría Tonal por observación de la conducta. Se utilizó Otoscopio de fibra óptica tradicional, Otoemisor portátil ErosCan, Aparato de Potenciales evocados Penta Tek con auriculares de inserción y electrodos de copa, Impedanciómetro automático y Audiómetro Ladie. Se describe la conformación del grupo etario estudiado en rangos de edades, Tabla N°1 y Gráfico N°1:



Definición operacional de las variables y categorías.

Variable 1: Sexo (valores que puede adoptar dicha variable: varón o mujer)

Variable 2: Edad de diagnóstico de meningitis (valores que puede adoptar dicha variable: 0 a 1 mes, >1 a 3 meses, >3 a 29 meses o se desconoce).

Variable 3: Tipificación del germen (valores que puede adoptar dicha variable: Sin tipificación, Viral, Streptococcus Pneumoniae, Escherichia Coli, Neisseria meningitidis, Klebsiella Pneumoniae).

Variable 4: Antecedentes de riesgo auditivo u otras patologías asociadas a la meningitis (valores que puede adoptar dicha variable: Antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial, infecciones connatales tales como sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, SIDA, anomalías craneofaciales, muy bajo peso al nacimiento (< 1.500 g), hiperbilirrubinemia grave (que precise exanguinotransfusión), exposición neonatal a ototóxico, asfixia perinatal, Apgar 0 a 4 al min y 0 a 6 a los 5 min, ventilación mecánica (al menos durante 5 días), estigmas u otros hallazgos asociados a un síndrome que se sabe que incluye hipoacusia).

Variable 5: Resultados de Otoemisiones Acústicas Auditivas por producto de distorsión (DPOEAS) (valores que puede adoptar dicha variable: Presente o Ausente).

Variable 6: Resultados de PEATC Screening por cliks (valores que puede adoptar dicha variable: PASA o NO PASA).

Variable 7: Resultados de PEATC por cliks (valores que puede adoptar dicha variable: buena o mala permeabilidad de la vía auditiva).

Variable 8: Resultados de PEATC Diagnóstico por Tonos Pips (valores que puede adoptar dicha variable: según frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 Hz valores correspondientes a grados y configuración de los umbrales auditivos).

Variable 9: Edad de diagnóstico audiológico (valores que puede adoptar dicha variable: 0 a 1mes, >1 a 3meses, >3 a 29meses).

Variable 10: Tipo de equipamiento auditivo indicado (valores que puede adoptar dicha variable: Implante coclear (IC) unilateral, IC bilateral, otoamplífono unilateral, otoamplífonos en ambos oídos)

La batería de exámenes audiológicos, electrofisiológicos y comportamentales se realizaron respetando los parámetros y procedimientos acordes al Protocolo Nacional de Hipoacusia Infantil.

Resultados:

El 33% de los neonatos e infantes evaluados poseen normoacusia y el 67% hipoacusia, de las cuales el

10% fue de tipo conductiva y el 90% hipoacusia de tipo neurosensorial, no se registraron casos de hipoacusia mixta.

El 47% de las MNG fueron bacterianas, el 40% sin tipificación del germen y un 13% virales. Dentro de las MNG bacterianas el 57% fue causada por el microorganismo *Streptococcus Pneumoniae*, el 15% por *Escherichia Coli*, el 14% por *Neisseria meningitidis* y el 14% por *Klebsiella Pneumoniae*.

Todos los pacientes con MNG Viral obtuvieron resultados compatibles con niveles de audición dentro de parámetros normales. Solo el 14% de los pacientes con MNG Bacteriana presentó normoacusia, el 86% restante evidenció hipoacusias de distintos tipos y grados. En cuanto a la asociación de MNG sin tipificación del germen e hipoacusia significó también un 67% de los casos y solo un 33% presentó normoacusia.

La causa más común de déficit auditivo la constituyeron las MNG bacterianas debido a *Streptococcus Pneumoniae* con un 67%, 17% debido a *Klebsiella Pneumoniae* y un 16% debido a *Escherichia Coli*.

Del 33% de los pacientes que sufrieron de MNG dentro del rango de edad >1 a 3m solo el 20% presentó hipoacusia, del 27% que se desconoce la edad exacta del diagnóstico el 30% evidenció hipoacusia, del 20% que la padeció en el primer mes de vida se asoció con pérdida auditiva el 20% y el otro 20% que fueron diagnosticados de MNG pasados los 3 a 29 meses presentaron hipoacusia el 30%.

Es importante dar a conocer la existencia de un caso de Desorden del Espectro de la Neuropatía Auditiva como secuela a MNG bacteriana por *Klebsiella Pneumoniae*, donde se realizó evaluación auditiva por DPOEA, con resultados presentes para ambos oídos y en las dos oportunidades de citación, con repuestas negativas para el Test de Ling y Prueba de Observación de la Conducta con Instrumentos Sonoros en absolutamente todos los estímulos presentados. Se realiza PEATC de Screening por Clinks con respuesta, no pasa en ambos oídos, se continúa con PEATC Diagnóstico por Tonos Pips arrojando como resultado hipoacusia neurosensorial bilateral de grado severa a profunda, a predominio izquierdo. Se confirma Desorden del Espectro de la Neuropatía Auditiva a partir de la evaluación con Microfónicas cocleares (alta intensidad) presentes.

Un 60% presentó a la MNG como único antecedente de riesgo auditivo y el 40% restante se distribuyó de la siguiente manera: 33% expuesto neonatal (solo 1 caso fue compatible con hipoacusia), 17% recién nacido pre término (RNPT) (1 caso presentó pérdida auditiva), 17% <1500 gr, + Lues Congénita, 17%

RNPT+ hemorragia Intraventricular GI (1 caso se asoció con hipoacusia) y 16% <1500 gr.

Al 78% de los lactantes con pérdida auditiva se les indicó Implante Coclear bilateral asociado a sesiones fonoaudiológicas.

Discusión:

Comparando el trabajo de investigación llamado Secuelas neurológicas postmeningitis y su relación con los diferentes agentes etiológicos del Dr. Damián Clemente y equipo, (2009) donde el 22 % de la población presentó *Haemophilus influenzae* como agente etiológico, el 27 % *Neisseria meningitidis* y el 51 % *Streptococcus pneumoniae*; observamos un valor similar para las MNG bacterianas causadas por el microorganismo *Streptococcus Pneumoniae*, 57% según nuestros resultados y diferentes valores para el resto de los gérmenes, el 15% *Escherichia Coli*, el 14% *Neisseria meningitidis* y el 14% *Klebsiella Pneumoniae*.

Coincidimos con dicha investigación en que el grupo de mayor afectación es el de los lactantes y la hipoacusia post meningitis puede presentarse de forma asimétrica y muchos padres y profesionales de la salud pueden pensar equivocadamente que el niño tiene una audición normal, retardando la valoración audiológica formal. Esto nos debe también hacer reflexionar sobre la solicitud inmediata de pruebas audiológicas a todos los niños afectados por meningitis, sin mediar ninguna impresión clínica.

En nuestro trabajo, 67 % de la población presentó secuela auditiva, cifra que duplica valores arrojados por el estudio de Pomeroy y col., 1990. Por otro lado, Abate H. y col., 1990, hallaron, en su análisis en niños con meningitis bacteriana a *Streptococcus pneumoniae*, un porcentaje de complicaciones neurológicas similares a nuestros resultados en lo que se refiere a la hipoacusia (67%).

El análisis efectuado por Baraff y colaboradores (1994) incluye estudios que mostraron entre 14 y 57 % de secuelas en general; entre ellas se destacó la hipoacusia neurosensorial con una frecuencia entre 17 y 45 %, siendo la secuela mas estudiada y más frecuente. Nuestro valor es alrededor de un 17% más elevado.

Hasta la aparición de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b, éste era el agente más frecuentemente relacionado con la pérdida auditiva, prevaleciendo en la actualidad el *Streptococcus pneumoniae*. Muy probablemente este sea el motivo por el cual este es uno de los gérmenes que no se evidenció en nuestra muestra.

Las investigaciones han demostrado que el uso de

la dexametasona, en conjunto con cefalosporinas de tercera generación para el tratamiento de la meningitis bacteriana, reduce en forma importante la mortalidad y la aparición de secuelas como la hipoacusia. En el presente estudio, no fue posible valorar este aspecto, tampoco la asociación de hipoacusia con otros tipos de secuelas neurológicas.

En el presente trabajo no se comprobaron casos de meningitis otogénica o de origen sinusal como complicación intracraneal. El 10% de los pacientes con meningitis presentaban otitis y/o sinusitis concomitante con la meningitis (componente de tipo conductivo), valor similar al expuesto en el artículo del Dr. Damián Clemente y equipo, 2009, donde el 14,2% de los pacientes presentó infecciones concomitantes con la neuroinfección.

No se han reportado, en la bibliografía, casos de hipoacusia como secuela en pacientes afectados por meningitis viral en concordancia con nuestros resultados. Cabe destacar que tampoco se ha encontrado bibliografía acerca de los Desórdenes del Espectro de la Neuropatía Auditiva post meningitis, mientras que en nuestro trabajo se evidenció un caso asociado al microorganismo *Klebsiella Pneumoniae*.

Conclusión:

La evaluación auditiva del lactante post meningitis, según los resultados obtenidos, resulta de suma utilidad y relevancia en la población estudiada ya que se detectó un 67% de hipoacusias de diferentes tipos y grados de severidad, tanto uni como bilaterales.

La presentación de la hipoacusia en los niños que padecieron meningitis puede ser variable con respecto a la afectación uni o bilateral de los oídos, con alteración a predominio derecho o izquierdo. El grado de pérdida de la audición obtenido a través del PEATC Diagnóstico por Tonos Pips evidencia un predominio de hipoacusias neurosensoriales bilaterales de grado severas a profundas. Por otro lado, los resultados arrojados evidenciaron la presencia de Desórdenes del Espectro de la Neuropatía Auditiva como secuela a MNG bacteriana por *Klebsiella Pneumoniae*.

La pérdida de la audición aparece poco después del comienzo de la meningitis; niños en quienes se presentará como secuela hipoacusia serán incapaces de adquirir el lenguaje, uno de los más importantes atributos humanos. El lenguaje es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento. Es por esto que la temprana identificación del daño auditivo y la rápida intervención resulta crucial. De ahí la importancia de valorar inmediatamente la audición, una vez que se

ha realizado la punción lumbar y se ha confirmado la sospecha clínica de meningitis. Esto es particularmente importante en casos de hipoacusia profunda, en donde la colocación de un implante coclear es el único tratamiento efectivo. Este retraso diagnóstico de hipoacusia post meningitis puede evitarse si todos estos niños, más allá de su edad, tienen una valoración auditiva obligatoria antes del alta hospitalaria.

Queda para una próxima investigación determinar la existencia o no de la asociación entre hipoacusia y otras secuelas neurológicas permanentes.

Ante la evidencia de hipoacusia neurosensorial profunda después de meningitis, se realizarán imágenes diagnósticas periódicamente, ya que estos pacientes son candidatos para implantes cocleares tempranos, antes de que se produzca osificación coclear.

COLOCAR FIGURA 2 AQUÍ (Imagen de cóclea totalmente osificada)

El manejo ideal del niño que se ensordece por meningitis es el implante coclear, con valoración integral de su posibilidad de rehabilitación por secuelas concomitantes del sistema nervioso central.

Si no es posible ofrecer esta alternativa terapéutica, se debe iniciar el uso de ayudas auditivas mientras se pueda implantar y siempre complementar la indicación de equipamiento con sesiones fonoaudiológicas.

A posteriori de esta investigación consideramos necesario protocolizar el seguimiento de niños con hándicaps agregados secuelares a la MNG bacteriana para determinar la repercusión en su comunicación, ya que, más allá de constatar su nivel de audición dentro de parámetros normales, no sabemos si han quedado otro tipo de secuelas, orgánicas o funcionales, tales como déficit en el procesamiento auditivo central.

Solicitud de exámenes "objetivos" según la edad (complementar con pruebas "subjetivas"):

Menores de 2 años: Otoemisiones Acústicas Auditivas, PEATC Diagnóstico por Tonos Pips con umbrales (frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 Hz), Audiometría infantil, Impedanciometría, Microfónicas cocleares (alta intensidad) para confirmar un Desorden del Espectro de la Neuropatía Auditiva solo en caso de sospecha.

Mayores de 2 años: Audiometría tonal, Impedanciometría, PEATC Diagnóstico por Tonos Pips con umbrales (frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 Hz), si el paciente no condiciona para la realización de audiometría tonal, Microfónicas cocleares (alta intensidad) para confirmar un Desorden del Espectro de la Neuropatía Auditiva en caso de sospecha.

Bibliografía

- 1-Abate H, Apra E, Barros F, et al. Morbimortalidad de las meningitis bacterianas infantiles no neonatales. Archivos Argentinos Pediátricos 1999; 97 (5)300-304.
- 2-Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH). Programa para la detección precoz, el tratamiento y la prevención de la hipoacusia infantil, 1999.
- 3-Comité Nacional de Infectología Pediátrica. Meningitis – meningoencefalitis. Guía para pediatras. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Buenos Aires: FUNDASAP; 2004:1-54.
- 4-Diamante, Otorrinolaringología Y Afecciones Conexas. El Ateneo Grupo Ilhsa, Año: 2004.
- 5-Hodgson A, Smith T et al. Survival and sequelae of meningococcal meningitis in Ghana. Int J Epidemiol 2001 Dec; 30 (6): 1440-1446.
- 6-Joint Committee on Infant Hearing; American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2000.
- 7-Northern JL, Downs MP. Hearing in children. 3th. edic. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. 11. Rapin I. Trastornos auditivos. Ped Rev 1993; 14 (2): 43-49.
- 8-Paganini HR. Infectología Pediátrica. 1º ed Buenos Aires: Científica Interamericana SACI. 2007; 12: 509-517.
- 9-Pomeroy SL, Holmes SJ, Dodge PR, Feigin RD. Seizures and other neurologic sequelae of bacterial meningitis in children. N Engl J Med 1990; 323(24): 1651-1657.
- 10-Recomendación del Comité de Expertos en IC y dispositivos implantables de la FASO, Diciembre 2012.
- 11-Resolución 1209/2010, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Ministerio de Salud, Bs. As., 13/7/2010.
- 12-Situación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. COFESA, Octubre 2012.
- 13-Wald ER, Kaplan SL, Mason EO et al. Dexamethasone therapy for children with bacterial meningitis. Meningitis Study Group. 1995. Pediatrics 1995 Jan; 95: 21-28.
- 14-< <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/fono.html>> Consultada 10/09/13.

Trabajo Científico N° 2

ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE EN POBLACIÓN INFANTIL VULNERABLE

Lic. Thelma R. Figari*

**Fonoaudióloga en el área de Internación y Consultorios externos, Centro de Rehabilitación Neurofísica.*

Concurrente Hospital Alejandro Korn, Servicio de Rehabilitación

*Coordinadora Red local de apoyo a instituciones públicas de Arturo Seguí, La Plata
thelmafigari@yahoo.com*

“El ambiente provee alimento (en forma de estimulación y contenido) para el crecimiento de la mente” (Richaud de Minzi, 2007, p. 154).

Resumen:

Se desarrolla la propuesta de una metodología para el diagnóstico y tratamiento de las necesidades objetivas y educativas de un espacio definido: Arturo Seguí, barrio periférico de un municipio de la tercera corona del Conurbano Bonaerense con altos niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI). El trabajo se organiza en tres etapas basadas en el estudio de una población de niños comprendidos entre los 5 y los 12 años de edad pertenecientes a la zona vulnerable. Es así que en una primera etapa diagnóstica, se llevan a cabo una serie de entrevistas a docentes, directivos, tanto de la escuela (32), como del jardín de infantes (928), pediatras y asistente social de la unidad sanitaria de la zona, centro número 11. Durante las entrevistas se recaban datos acerca de las necesidades de estimulación y apoyo en áreas que involucran a la logopoedia, la ortofonía y al aprendizaje en los niños de la región. Luego, en una segunda etapa, se procede a tomar pruebas formales a un grupo de 40 niños para establecer los niveles cualitativos en el desenvolvimiento de los aspectos expresivos y receptivos del lenguaje. Finalmente, en una tercera etapa, se realiza estimulación de los aspectos evaluados en dicha población. El presente trabajo es financiado por el Consejo Federal de Inversiones (CFI) por el lapso de 11 meses.

Palabras clave: Arturo Seguí, estrategias, pobreza, dificultades aprendizaje.

Summary:

This study develops a methodology proposed for the diagnosis and treatment of objective and educational needs of a defined space: Arturo Segui, suburb of a city of the third crown of Greater Buenos Aires, with high levels of unsatisfied basic needs (NBI). This paper is organized in three stages, based on the study of a population of children between 5 and 12 years old, belonging to the vulnerable area. Thus, in a first diagnostic stage a number of interviews were carried out to teachers, directors, both from elementary schools (32) and from kindergartens (928),

pediatricians and social worker of the health unit in the area, center 11. During the interviews, data were collected about stimulation and support needs in areas involving logopoedia, audiologists and learning in children of this area. Then, in a second step, formal tests were conducted to a group of 40 children to establish qualitative levels in the development of expressive and receptive aspects of language. Finally, in a third stage, stimulation of the aspects assessed in this population was carried out. This study is sponsored by the Federal Council of Investments (CFI) for 11 months.

Keywords: Arturo Seguí, strategies, poverty, learning difficulties

Introducción:

El desarrollo cognitivo en niños de situación de pobreza extrema se ve afectado principalmente por dos factores: los factores biológicos y los factores contextuales. Entre los primeros se pueden mencionar la exposición a la contaminación ambiental, el bajo peso al nacer y las carencias nutricionales. Entre los segundos, se citan la salud mental de los padres, las características del vínculo padres-hijo, la estimulación sensorial y del lenguaje, la calidad de los cuidados y las características del ambiente físico. Cuando el ambiente que rodea al niño no ofrece las condiciones óptimas para su desarrollo, la poda neuronal se vuelve más extensa y perjudicial. Así, pues, la situación de pobreza tiene un gran impacto en el desarrollo integral del niño, que lo coloca en situación de vulnerabilidad.

Para estudiar las necesidades objetivas y educativas, llegar a la propuesta y realizar el diagnóstico, se efectuaron, en una primera etapa, una serie de entrevistas a 20 informantes claves, miembros de la comunidad mencionada, con participación activa en las tareas de enseñanza y atención de la salud.

En las entrevistas se recaba información acerca de cuáles son los déficit existentes, recursos necesarios para paliarlos, así como de proyectos/actores/instituciones que pueden organizarse para afrontarlos.

En una segunda instancia, se procede a realizar evaluación del nivel expresivo y comprensivo del lenguaje.

Luego de los estudios realizados en la población escolar, el trabajo propone abordar las dificultades relacionadas al ámbito del quehacer fonoaudiológico, psicopedagógico y psicológico en articulación con las instituciones zonales, quienes derivan los niños que presentan dificultades en el aprendizaje.

Los menores provenientes de zonas de bajos recursos socioeconómicos suelen comenzar su educación con un retraso en el desarrollo de las habilidades

lingüísticas y el pensamiento simbólico (Martínez & Rama Montaldo, 2000), consecuencia de la escasa estimulación temprana, la privación cultural, la desnutrición, el hacinamiento, la carencia general de oportunidades culturales, etc. (Guevara Benítez & Macotela Flores, 2002).

Es sabido que la escolarización ocupa un lugar destacado en el desarrollo de los niños, ya que promueve la adquisición de nuevos modos de pensar, favorece la socialización y permite la adquisición de conocimientos necesarios para un desenvolvimiento eficaz en la vida diaria, así como para una posterior inserción en actividades laborales. De este modo, se contribuye a la inclusión en un grupo sociocultural y al logro de una identidad clara.

Objetivos de la investigación:

Estimulación y tratamiento en los niños de sectores altamente deprimidos. Se plantea un grupo de profesionales compuesto por Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Psicólogo y docentes.

El abordaje implica direccionarnos hacia un trabajo transdisciplinario, entendiendo que éste no es la mera sumatoria y superposición de distintos saberes implicados sino que debería apuntar a una reconstrucción conceptual del objeto de intervención que contemple y refleje la complejidad constitutiva de la realidad en todas sus dimensiones: educacionales, psicológicas, biológicas, sociales e incluso políticas y económicas.

Material y Método

Estudio prospectivo descriptivo no experimental.

Criterios de inclusión

La selección de la muestra fue intencional. Se reciben 40 niños con recursos socioeconómicos deficitarios, que asisten a instituciones localizadas en el marco de la zona crítica mencionada: Arturo Seguí.

A continuación, en el Anexo 1, se apuntan los principales puntos de la encuesta realizada durante la primera etapa a miembros de la comunidad educativa, de la salud y la asistencia social. Luego, en el Anexo 2, se especifican los Test administrados.

Anexo 1

- Sobre los grupos familiares: (Actualidad y evolución en los últimos años)
- Conformación: Padre-Madre, Madre soltera, Abuelos, otros,
- Tipos de vivienda/precariedad, hacinamiento, equipamiento interno, accesos, servicios.
- Nivel educativo de los progenitores: Analfabetos, Analfebetos por desuso, Primaria, Secundaria, Universitario completo / incompleto.
- Problemas de violencia, maltrato, drogas.

- Sobre la situación educativa (Actualidad y evolución en los últimos años).
- Características edilicias, matrícula poblacional.
- Asistencia de los niños al comedor (cantidad y descripción).
- Participación de los padres en la escuela.
- Edad promedio en la que aprenden a leer/ Repitencia / Abandono.
- Visión general que se tiene acerca de los intereses de los niños del barrio (Niveles de respeto, solidaridad, disciplina, formas de jugar, intereses).
- Fracaso escolar

En una segunda etapa, luego de las encuestas, se aplica:

Anexo 2:

Test Figura /Palabra Expresivo y Receptivo Gardner. El propósito del test Gardner expresivo es obtener una estimación basal de la inteligencia verbal del niño mediante su vocabulario expresivo de acuerdo con lo que ha adquirido en su hogar y en la educación formal.

Indica también la capacidad de articular verbalmente aquello que ha aprendido.

Test Figura Palabra Receptivo Gardner

Este Test fue diseñado para ser administrado individualmente en niños de 2 a 12 años de edad.

La prueba se compone de un grupo de 100 láminas ordenadas según su dificultad. Cada lámina tiene cuatro ilustraciones, y se le solicita al infante que señale aquella que representa la palabra que el terapeuta menciona en forma oral. El objetivo de la prueba es conocer el nivel de vocabulario receptivo del niño, brindando información acerca de la comprensión del lenguaje, en tanto que el Test Figura/ Palabra Gardner Expresivo examina un nivel superior del funcionamiento del lenguaje: la capacidad del niño para usarlo. La comparación de los resultados de ambas pruebas nos permite obtener información acerca de las diferencias entre las dos áreas que podrían deberse a una alteración específica del lenguaje, a un retardo en la instalación del lenguaje, a bilingüismo, ambiente hogareño no estimulante, diferencias culturales, dificultades de aprendizaje y una diversidad de otros factores como emocionales, educacionales o fisiológicos que podrían justificar una mayor investigación.

Evaluación del Desarrollo fonológico de M.J, Gonzalez para el despistaje fonológico:

Se aplicó en aquellos niños que tras la evaluación del Test Figura/Palabra Gardner expresivo demostraban defectos en la articulación. El Test de Evaluación del

Desarrollo fonológico incluye:

18 fonemas consonánticos, 23 grupos consonánticos,

7 diptongos.

Todos ellos en posición inicial, media y final, permitiendo el análisis de procesos fonológicos.

Integrada por 22 láminas que incluyen 39 palabras.

Se utiliza la imitación y el lenguaje dirigido.

Se determina si el trastorno es asistemático o sistemático, si es en uno o en más fonemas, si es de carácter fonético-articulatorio o si es de carácter fonológico.

Hallazgos:

Anexo 1

Sobre los grupos familiares

El incremento en la población rural de inmigrantes de nacionalidad Boliviana y Paraguaya que se instalan junto a sus familias en la región, para dedicarse a tareas relacionadas con el cultivo de hortalizas, de la albañilería, entre otras, es notorio en los últimos 10 años.

Se observa la composición de familias ensambladas, junto a las madres solteras, como factor predominante en la conformación del grupo familiar.

Los tipos de vivienda son de características variables, pero en general predominan las construcciones de chapa y madera, que van mejorando a medida que mejoran sus condiciones económicas.

Los hogares carecen de servicios.

El nivel educativo de los progenitores es, en su gran mayoría, primario completo. No obstante, también se registraron casos de analfabetismo y de algunos padres que llegan a primer año de secundaria, que luego abandonan para emplearse.

Respecto de los problemas de violencia, alcohol, drogas, los encuestados informan preocupación por el incremento de situaciones de esa índole.

Sobre la población educativa:

La escuela pública del barrio tiene una matrícula de 475 niños, cuenta con un comedor infantil, el cual tiene un importantísimo valor para la comunidad, ya que alimenta a casi toda la población escolar.

La participación de los padres en las actividades que propone la escuela es escasa. No obstante, tras el esfuerzo mancomunado de los directivos y miembros de la cooperadora, se han logrado mayores respuestas en lo referente a la participación.

La adquisición de la lectoescritura se desencadena en la mayoría de los niños entre los tres primeros años de escolarización. El nivel de repitencia es preocupante.

Anexo 2

Tras los tests administrados, 21 niños fueron derivados a estimulación ortofónica y logopédica, 26 a

tratamiento psicopedagógico y apoyo escolar y 12 a psicología.

Cabe mencionar que muchos de los niños fueron derivados a más de una terapia.

Los fonemas consonánticos afectados en la inmensa mayoría fueron (en orden de mayor frecuencia de presentación): los linguoalveolares superiores (l, n, r (v.s) r (v.m)), los linguodentales (t, d, z c), linguopalatales (ch, y, ñ, ll) y los labiodentales (f v).

Respecto de los sinfonos se observó afectación de los laterales (pl, bl, fl, tl, cl, gl) como de los centrales (pr, br, fr, tr, dr, cr, gr).

Los hallazgos cualitativos acerca de los aspectos comprensivos fueron:

Dificultad en realizar clasificaciones, comprensión de la negación, comprensión de las inferencias, comprensión de direcciones complejas, comprensión de la voz pasiva, atención e imitación auditiva.

Marco Teórico:

Las condiciones adversas que rodean al niño no necesariamente producen efectos dañinos, pero la combinación de los factores de riesgo puede producir una gran vulnerabilidad (Fan & Eaton, 2001).

Por lo tanto, podría considerarse que la pobreza es una situación de gran riesgo psicológico porque a su vez engendra otros estresores que, combinados, atentan contra la salud mental y física. (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997).

Richaud de Minzi (2007) cita diferentes autores que enfatizan el efecto perjudicial que produce la pobreza sobre el desarrollo del cerebro y de los procesos cognitivos.

Las características de los hogares de bajo nivel socioeconómico (NSE) influyen adversamente en el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños, limitan su experiencia cognitiva, esencial para el aprendizaje escolar, y constituyen un ambiente propicio para la emergencia de factores que aumentan considerablemente el riesgo infantil de presentar desarrollo psicobiológico social deficitario (Jadue, 1991).

Esto puede explicar parcialmente la desventaja que los alumnos pobres presentan frente a sus pares de clase media al enfrentar la tarea escolar, ya que el grado de desarrollo cognitivo alcanzado y la estrategia utilizada por el infante para adquirir experiencias que involucren aprendizaje es indispensable para la adquisición de la lectura y la escritura, habilidades que se logran a través de experiencias que adquieren antes de ingresar a la escuela (Bravo 1990).

Entendemos que la deserción escolar es un tema preocupante para la población escolar y la vulnerabilidad de este grupo de niños enfrenta a los infantes hacia un conjunto de fenómenos críticos entre

los que se encuentra el fracaso escolar. El fracaso escolar y el abandono del sistema educativo generan a su vez exclusión social y mayor marginalidad, lo que contribuye a sostener los círculos de la pobreza (KOSSOY, 2000).

Un buen predictor ambiental de dificultades en el aprendizaje escolar de los niños es el bajo nivel socioeconómico y educacional de la familia en la que el niño se desarrolla (UNESCO, 1996).

Entre las principales razones por las cuales el niño no se encuentra preparado para el inicio de la tarea escolar podríamos mencionar:

- La carencia de educación preescolar.
- El bajo NSE y educacional de la familia (UNESCO 1996).
- La falta de condiciones apropiadas en el hogar para el adecuado desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños (UNICEF 1995).
- La escasa interacción intrafamiliar en relación con estrategias de aprendizaje escolar que ayuden a los pequeños a lograr un buen rendimiento en la escuela (Jadue 1996 a).

- La carencia de comunicación eficiente entre la familia y la escuela (Assael y Neumann 1989).

El bajo rendimiento escolar, a su vez, engendra o potencia actitudes, creencias y emociones que debilitan aún más el funcionamiento académico. Los educadores que desempeñan su labor en escuelas marginales suelen percibir en los niños cierto acostumbamiento al fracaso, una especie de indefensión aprendida por la cual, luego de algunos fracasos consecutivos, los niños se desvalorizan y ya no se esmeran por avanzar o lo hacen superficialmente. Desde una perspectiva cognitiva, esta actitud infantil de derrota es consecuencia de atribuir las fallas escolares a la propia ineficacia, lo que suele a su vez desencadenar un sinnúmero de emociones negativas como frustración, desánimo y tristeza. La convicción de que los fracasos están producidos por causas internas estables (como ser poco capaz intelectualmente) aumenta la resignación y reduce la probabilidad de esperar éxito en el futuro, resintiendo aún más la autoestima y la valoración personal (Trianes Torres, 1996).

Los hallazgos de Fan y Eaton (2001) revelan que los niños de familias con bajos ingresos pueden mostrar una probabilidad, casi dos veces mayor que otros niños, de padecer una disfunción emocional en la edad adulta. Los mismos autores mencionan que vivir con bajos ingresos favorece también el desarrollo de una baja autoestima, el bloqueo de las aspiraciones, la frustración, el fatalismo y la baja sensación de eficacia y control personal.

El hecho de que la salud emocional de estos niños se vea disminuida en comparación a otros niños puede deberse, entre otras causas, a que sus principales modelos de identificación, sus padres o cuidadores, proveen una escasa estimulación emocional (Richaud de Minzi, 2007) al tiempo que presentan una probabilidad más alta de desarrollar alteraciones emocionales como irritabilidad, depresión o ansiedad (Bradley et al., 1994; Patel & Kleinman, 2003). De hecho, Elder, van Nguyen y Caspi (1985) señalan que los problemas socioemocionales de los niños no surgen como resultado directo de las condiciones de la pobreza crónica. La pobreza ejerce un efecto indirecto en el niño mediante su impacto en el estado emocional de los padres, quienes transmiten el malhumor y la irritabilidad a sus hijos mediante conductas de rechazo y descuido.

Diversos autores (Bradley et al., 1994; Garret, Ng'andu, & Ferron, 1994; Smith & Sandhu, 2004) mencionan que la interacción padres-hijos en el contexto de la pobreza suele estar caracterizada por un bajo nivel de sostén y contención y escasas manifestaciones de afectos positivos como la ternura y la sensibilidad. Más bien predominan el castigo físico y la negligencia.

Todas estas condiciones son adversas y, aunque no es posible establecer el peso independiente de cada una, pues todas están íntimamente vinculadas (Di Iorio, Urrutia, & Rodrigo, 2000), es importante admitir que no tienen el mismo efecto negativo en los niños que las experimentan y que, por lo tanto, no todos exhibirán problemas afectivos. Muchos de ellos manifestarán un adecuado funcionamiento emocional. Estos niños, a los que se llama resilientes, han podido mantener un adecuado balance entre los factores de riesgo y los factores protectores, lo que les ha permitido resistir el impacto de los estresores (Werner, 1990).

Cuando el desarrollo de los factores protectores no surge espontáneamente, es posible propiciarlo mediante intervenciones externas, siempre y cuando éstas sean intensas y continuadas (Richaud de Minzi, 2007).

Werner (1990) plantea que el desarrollo de la resiliencia, a través de un programa de intervención, puede lograrse por dos vías: (a) reduciendo la exposición de los individuos a aquellos eventos de vida que ponen en riesgo su salud integral y/o (b) maximizando o fortaleciendo los factores protectores.

De un modo similar, Benard (1991) afirma que, para lograr resultados exitosos, los programas de intervención deberían combinar la promoción de conductas adaptativas con el fortalecimiento y la crea-

ción de medioambientes positivos (familia, escuela y comunidad). Incrementar los recursos disponibles tanto a nivel individual como ambiental puede ser una manera efectiva de minimizar los daños causados por situaciones adversas (Cecconello & Koller, 2000).

En línea con estas propuestas, algunos investigadores ya han iniciado programas para promover la resiliencia en niños en situación de riesgo mediante el fortalecimiento de los recursos psicológicos y sociales. Los resultados obtenidos muestran que, como producto de la intervención, se ha conseguido una adquisición progresiva de las capacidades resilientes, pudiendo observar cambios significativos que evidencian una mejora de la salud mental de los niños.

Conclusión:

Se observó que cuando los niños provenientes de hogares de NBI ingresan al primer grado, aproximadamente a los 6 años de edad, gran número de ellos presenta bajo rendimiento y/o fracaso en los primeros años de escolaridad, confirmando que el escaso desempeño, el fracaso y el abandono escolar son situaciones comunes en escuelas ubicadas en zonas carentes. La mayoría de las causales ambientales de los retrasos en el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños pueden prevenirse por medio de acciones que involucran al trabajo con la comunidad, fortaleciendo las interacciones madre/hijo, familia/hijo, cuidadores/niño para proveer a los infantes de experiencias adecuadas que faciliten un mejor desarrollo. Se remarca la labor de las instituciones zonales junto a la de los profesionales abocados al mejoramiento de la realidad infantil, con la necesidad de involucrar activamente a los destinatarios, abandonando la imagen tradicional de receptores de políticas sociales para reemplazarla por la de actores intervinientes en los procesos de decisión para lograr incluirlos en la dinámica social.

Uno de los puntos cruciales del trabajo emprendido en la población es el fortalecimiento de los factores protectores, que hacen referencia a aquellos recursos que pertenecen al niño, a su entorno o a la interacción entre ambos y que amortiguan el impacto de los estresores, alterando o incluso revirtiendo la predicción de resultados negativos (Garmezy, 1991; Garmezy & Masten, 1994; Lazarus & Folkman, 1986). Estos factores favorecen un funcionamiento adaptativo y contribuyen a la resiliencia (Cecconello & Koller, 2000), la cual podría considerarse como el producto final de este proceso de protección, que no hace desaparecer el riesgo pero permite al individuo afrontarlo de una manera funcional. (Werner, 1990) Entre los factores protectores de índole personal

pueden mencionarse: la competencia social y la empatía (Cecconello & Koller, 2000), la flexibilidad, la sensibilidad, el sentido del humor, la autoestima, la capacidad de resolución de problemas (Benard, 1991), las emociones positivas (Fredrickson, 2000). Entre los factores contextuales pueden incluirse el apoyo, el cuidado afectivo, el establecimiento de expectativas elevadas y las oportunidades de participación en el ámbito familiar, escolar y/o comunitario, entre otros (Benard, 1991); focalizar la mirada en los sistemas sociales de funcionamiento; trabajar desde el compromiso en el análisis, comprensión y alternativas a implementar. Cuando las organizaciones de base tienen una experiencia y trayectoria de trabajo en su comunidad, abonada por proyectos concretados con apoyo financiero de organismos nacionales o internacionales, pueden constituirse en el motor del proceso. La niñez no espera, es ahora cuando debemos actuar.

Agradecimientos:

Inmenso agradecimiento a Patricio Narodowsky quien con sus aportes y experiencia ha colaborado de manera primordial en este proyecto.

Al puente arte y cultura, por la confianza en esta iniciativa.

A los directivos de las escuelas, asistente social, pediatras, docentes, a los vecinos "viejos del pueblo" preocupados por la educación de los niños gracias por su tiempo y dedicación.

Finalmente, agradecimiento al equipo extraordinario de red local, Lucy Herrera, Domecq Alicia, Pildaín Maira, Gerardo Burgos.

Bibliografía:

-Ávila, O. (2005) "Otros modos de ser escuela, experiencias desarrolladas por escuelas argentinas en el marco del Programa creciendo con mi Escuela". Fundación Arcor, Fundación Bunge y Born.

- Azcoaga, J. Los retardos del lenguaje en el niño. Ed Ateneo, 1981

-Amores, Sara. Estar solo por ausencia de los otros. Federación Argentina de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Mayo 2004 Mendoza-Argentina pág. 66-67

-Basile, Héctor. Fortaleza a partir de las crisis. Una introducción a la Resiliencia

-Borenstein, I: Lo vincular. (pág 21) Ed. Paidós Buenos Aires 1991

-Bonano, O. "La noción de Implicación" Cuad. N° 2 pensando lo Vincular.AAPPG

-Bravo-Valdivieso, Luis et al.(2009) Trastornos del Aprendizaje: Investigaciones psicológicas y psicope-

dagógicas en diversos países de Sud América. Cienc. Psicol.2009, vol.3,n.2, pp.203-218.

-García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013).

Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica.

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,

11 (1), pp. 63-77

-Guevara Benítez & Macotela Flores, 2002

-Jadue, 1990 Estudios Pedagógicos, N° 23, 1997, pp. 75-80 Factores Ambientales que afectan al rendimiento escolar de los niños provenientes de familia de bajo nivel socioeconómico y cultural

-Kossov, 2000 La escolaridad de los jóvenes de sectores populares: tiempos de desafío Buenos Aires : Crisol Proyectos Sociales. Mayo / 2000

-Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997

-Martínez & Rama Montaldo, 2000

-Moffatt, A Terapia de Crisis. Buenos Aires Ed. Búsqueda (1982

- Oros, L .El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2009, Vol. 43, Num. 2 pp. 288-296-1. Buenos Aires

-Psicopatología por autores Argentinos. Compil. Basile, H (libro electrónico) Ed Correo Psi-Consulta Psi Buenos Aires

-Quiróz, J B, Schragger, O.L Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje. Buenos Aires. Ed panamericana

-Richaud de Minzi, 2007, p. 154.

-Trianes Torres, M V Educación y competencia social: Un programa en el aula .Ed Aljibe, 1996

-Ulloa, Fernando. Sociedad y crueldad (notas Preliminares)

- unesdoc.unesco.org/images/0008/000850/085017sb.pdf Acción mundial en pro de la educación

. Winnicott, D .La función materna en la Familia y el Desarrollo del individuo. Ediciones Hormé (Paidós) Buenos Aires 1984 Pág. 33 a 35

Trabajo Científico N° 3

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO EN LA DEGLUCIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA MALOCCLUSIÓN

Silvana P. Monteros Latora

Lic. Fonoaudiología. silvanamonteros@hotmail.com

Ana Martin

Lic. Fonoaudiología. fga.ana05@hotmail.com

Resumen:

Las investigaciones en el área de hábitos deglutorios y maloclusiones y la experiencia clínica diaria nos indican una correlación de ellos desde temprana edad. Por tal motivo, el propósito de este trabajo fue comprobar la relación entre la deglución disfuncional y la maloclusión y que un equilibrio muscular del sistema Estomatognático (SEG) permite un crecimiento y desarrollo maxilo-facial armónicos.

Se realizó un trabajo de investigación de tipo analítico y experimental o de intervención en el que se estudiaron 51 pacientes con distintos cuadros clínicos y alteración deglutoria, 25 mujeres, 26 varones. El 31% de los pacientes de 5 a 9 años, el 51% entre 10 a 14 y el 18% entre 15 a 20 años.

La recolección de datos se realizó mediante anamnesis en la cual se evaluó la anatomía y fisiología de cada paciente, edad, sexo, identificación y documentación del estado ORL, dental, funciones primarias, secundarias y el estado miofuncional.

Se registraron seis tipos de mordida, lo cual dio como resultado que el 33% de los pacientes (mayoría) presentaron una maloclusión clase II; el 27% clase I; el 12% clase III; el 22% mordida abierta; el 2% mordida cruzada; el 4% mordida borde a borde.

Palabras claves: deglución disfuncional, maloclusión, reeducación deglutoria, ortodoncia

Abstract:

Research on swallowing habits and malocclusions and daily clinical experience show us a correlation between them from an early age.

The purpose of this paper was, therefore, to confirm the relationship between dysfunctional swallowing and malocclusion and that a muscular balance of the stomatognathic system leads to harmonious maxillofacial growth and development. Analytical and experimental research work was carried out in which 51 patients with different clinical condition and altered swallowing were studied: 25 women, 26 men. 31% of the patients from 5 to 9 years old, 51% between 10 and 14 years old and 18%

from 15 to 20 years old.

Data were collected through anamnesis, in which anatomy and physiology, age, sex, identification and documentation of the ORL and dental conditions, primary, secondary functions and myofunctional condition of each patient were assessed. Six types of bite were recorded, which showed that 33% of the patients (most of them) showed Class II malocclusion, 12% Class II malocclusion, 22% open bite, 2% cross bite and 4% edge-to-edge bite.

Key words: dysfunctional swallowing, malocclusion, swallowing reeducation, orthodontics.

Objetivo general:

Corroborar nuestra hipótesis planteada en el resumen, describiendo el cuadro clínico y la evolución de los pacientes que comenzaron un tratamiento correctivo de ortodoncia.

Objetivos específicos:

Destacar la importancia del trabajo interdisciplinario FONOAUDIÓLOGO-ORTODONCISTA U ORTOPEDISTA, ya que no solo basta con la corrección de estructuras óseas sino que es necesario reeducación deglutoria.

Describir características y hábitos alimenticios de la población.

Actualizar contenidos acerca de la conformación y funciones del Sistema Estomatognático (SEG).

Material y método:

Tipo de estudio: analítico y experimental o de intervención, ya que nos comprometimos a realizar, paralelamente al tratamiento ortodóncico, la reeducación foniatría sobre la deglución.

La muestra en esta investigación fue seleccionada de manera no probabilística o dirigida, en la que la elección de los sujetos no dependió de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador.

Para la verificación de la hipótesis se realizó una anamnesis que recogió los siguientes datos:

- A.Describir anatomía y fisiología de cada paciente.
- B.Observación e interconsulta con los odontólogos.
- C.Identificación y documentación del estado ORL, dental, funciones primarias, secundarias y el estado miofuncional.
- D.Evaluación y seguimiento del progreso en el tratamiento correctivo.

Introducción:

A finales del siglo pasado, comenzaron a estudiarse de forma científica en Europa y Norteamérica la masticación, la oclusión dental y la función oro facial. En 1899, E. H. Angle describió y clasificó diversos tipos

de maloclusión y señaló algunos terapéuticos de la ortopedia maxilar en la interposición lingual (tongue thrust) y la respiración bucal.

En 1912, M. Nadoleczny observó por primera vez una relación entre los defectos en la posición de la lengua, la flacidez en la musculatura lingual, los trastornos de los movimientos linguales y la aparición de las anomalías dentales y mandibulares, así como la alteración en la pronunciación del sonido /s/. E. Fröschels describió, en 1914, dentro de su trabajo sobre la relación entre estomatología y la logopedia, las anomalías de los órganos de la articulación y las alteraciones asociadas de la fonación.

En los últimos decenios se ha reconocido el sistema estomatognático como unidad funcional y se han demostrado relaciones causales entre la morfología de las estructuras orales y la función de los tejidos blandos circundantes. Así pues, forma y función establecen una interrelación muy bien equilibrada por las influencias recíprocas.

Por una parte, los cambios de tamaño y de forma de las estructuras del aparato fonador repercuten en las funciones primarias (respiración, succión, mordida, masticación, deglución) y secundarias (articulación, fonación); por otra parte, el patrón de movimiento cambiante de los músculos masticadores, los músculos faciales y la lengua influye en la forma de la cavidad bucal, así como en la posición de los dientes y la mandíbula.

Las principales disfunciones de la foniatría son, entre otras:
Respiración bucal. Interposición lingual.
Desequilibrio de la musculatura orofacial.
Mecanismos de inhibición muscular.
Movimientos anormales del maxilar inferior. Alteraciones de la articulación.

Algunas actividades parafuncionales, como por ejemplo, el hábito de succión, el rechinar los dientes (bruxismo) y las discinesias (morder o succionar los labios, morder o succionar las mejillas, etc.) favorecen la aparición de disfunciones orofaciales.

Marco Teórico

Sistema Estomatognático (Seg)

EL SEG es una unidad morfo-funcional ubicada en la región cráneo-facial con características particulares. Es un sistema heterogéneo que, desde el punto de vista funcional, el SEG cuenta con estructuras pasivas y activas:

1- Las pasivas están conformadas por los huesos basales, maxilar superior y mandíbula, que están relacionadas mediante la articulación Témpero-mandibular, dientes, huesos hioides y algunos huesos craneales.

2- Las activas corresponden a los músculos esqueléticos con sus comandos nerviosos que son los que ponen en movimiento el sistema.

Cada uno de los elementos que lo componen, intervienen en diferentes funciones, pero todos ellos trabajan en forma mancomunadas para mantener el **EQUILIBRIO**.

EL EQUILIBRIO MUSCULAR DE ESTE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO (SEG) PERMITE UN CRECIMIENTO Y DESARROLLO MAXILO-FACIAL.

Este equilibrio empieza a desarrollarse desde niño, cuando comienza a masticar con un lado de trabajo y uno de balanceo y cuando aparecen los molares residuos, alrededor de los 12 a 14 meses. En este momento, el niño comienza a caminar y también se prepara para masticar. El niño que gatea se apoya en un lado del cuerpo y gira la cabeza para el otro lado. Esta asimetría funcional facilita la acción de los músculos de ese lado. Luego vuelve a la posición de cuatro patas y cambia la posición hacia el otro lado. En este momento está ayudando a lateralizar la mandíbula, aumenta la tensión de un lado mientras relaja la musculatura del otro.

EL CONJUNTO DE MÚSCULOS MASTICADORES, CRANEO-CERVICAL, que colabora con la adaptación postural del cráneo sobre la columna cervical, como también el **CONJUNTO MUSCULAR HIOIDEO con los MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS E INFRAHIOIDEOS**, actúan, buscando el **EQUILIBRIO**.

Funciones del SEG: Las funciones del sistema Estomatognático se dividen en dos:

Innatas	Aprendidas
Respiración	Masticación
Succión	Habla
Deglución	

Respiración:

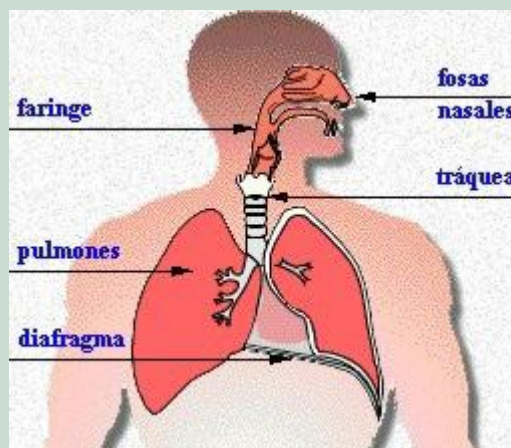
La respiración pulmonar se presenta después del nacimiento y ejerce función vital.

Los órganos respiratorios sirven para el transporte del oxígeno a la sangre y, por medio de ella, a los tejidos, así como para la expulsión al aire atmosférico

del anhídrido carbónico.

•Anatomía del aparato respiratorio (Fig.1.).

Para llegar a los pulmones el aire atmosférico sigue un largo conducto constituido por



(Fig.1) Anatomía del aparato respiratorio

VÍA RESPIRATORIA ALTA:

1.Fosas nasales.

2.Faringe.

VÍA RESPIRATORIA BAJA:

3.Laringe.

4.Tráquea.

5.Bronquios y sus ramificaciones.

6.Pulmones.

Succión:

El reflejo de succión comienza a partir del quinto mes de vida intrauterina. Es posible observarlo con nitidez en la vigésimo novena semana y su desarrollo se completa en la trigésima segunda semana de gestación. Al inicio, la succión es un acto reflejo hasta el cuarto mes de vida. Desde el punto de vista fisiológico, el niño amamantado en el seno materno es obligado a mover la mandíbula hacia delante y hacia atrás, volviendo a la posición inicial para conseguir la leche. De esta manera, tendremos la ejercitación de la mandíbula, musculatura orofacial, las mejillas, los labios y la lengua. Al alimentarse en forma natural (seno materno), el bebé ejecuta de 2000 a 3500 movimientos de mandíbula, mientras que en la alimentación artificial (mamadera) son de 1500 a 2000. Por lo tanto, al ser amamantado por su madre, el bebé tendrá mejores condiciones de estimulación de su sistema sensorial-motor-oral, pues la fuerza muscular necesaria para mantener un flujo de leche satisfactorio será notablemente mayor.

Deglución:

Es un acto vital para el individuo, es la suma de fenó-

menos por los cuales el alimento se traslada desde la cavidad bucal hasta el estómago.

Es una actividad neuromuscular compleja de movimientos coordinados de los músculos de la boca, faringe y esófago cuyo propósito fundamental es permitir que los líquidos (entre ellos la saliva) sean transportados desde la boca hasta el estómago. Comienza a desarrollarse en el feto a partir de las doce semanas, mucho antes de que aparezcan los movimientos de succión y respiración.

En el recién nacido, se denomina deglución infantil o visceral y cumple con las siguientes características:

- 1-Los maxilares están separados, con la lengua interpuesta entre ambos rodetes gingivales.
- 2-La mandíbula es estabilizada principalmente por la contracción de los músculos inervados por el VII par (facial) así como en parte por la interposición lingual.
- 3-La deglución es iniciada y guiada por el intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

1ª Fase preparatoria: el líquido o bolo se ubica en la acanaladura de la lengua, en el dorso de la lengua; la cavidad oral está sellada periféricamente tanto por el cierre labial anterior como por la lengua. El sellado bucal es completado por detrás por el paladar blando, el cual está en contacto por la base de la lengua.

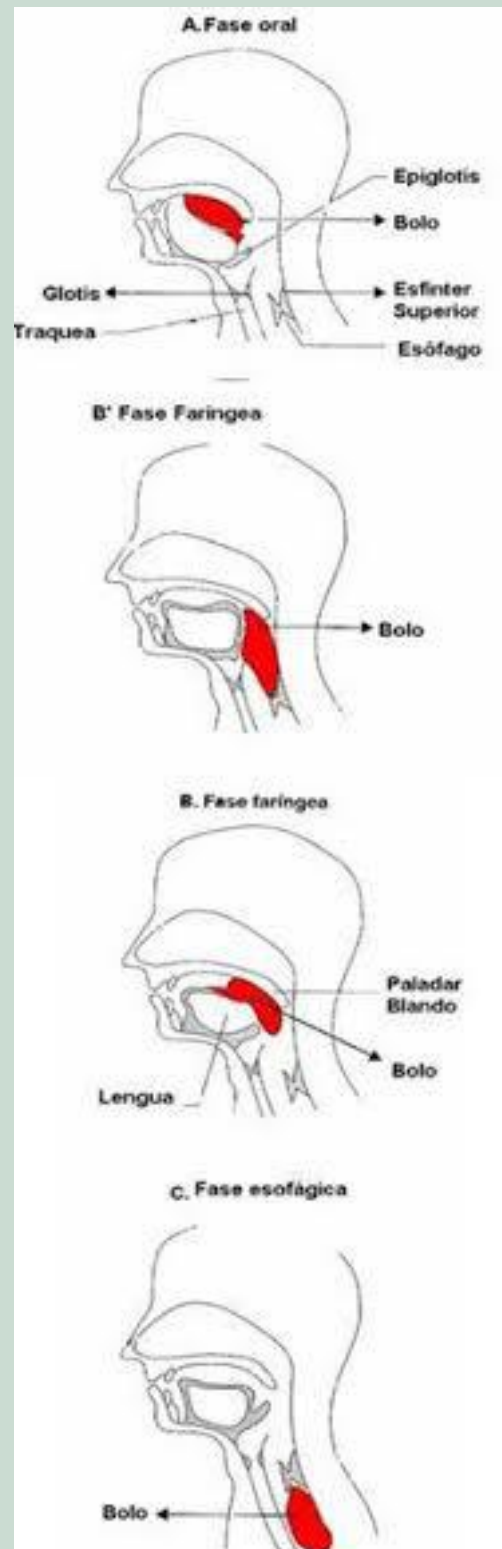
2ª Fase oral: combinación de movimientos linguales de tipo ondulatorio y peristáltico que permite el pasaje del bolo hasta la entrada de la faringe. Estos movimientos linguales se producen por la contracción del milohiideo ayudado por estilogloso, hiogloso y palatogloso.

Sellado anterior y lateral de la cavidad oral, estabilización mandibular, por los músculos elevadores de la mandíbula.

3ª Fase faríngea: pasaje del bolo desde la base lingual, a través del istmo de las fauces hasta la pared faríngea posterior. El contacto del bolo contra la mucosa del paladar blando, faringe y epiglotis actuará como estímulo de una serie de mecanismos reflejos cuya función principal es proteger vías respiratorias (cierre de la glotis).

4ª Fase esofágica: esta fase comienza tan pronto como el bolo ha pasado el esfínter esofágico y traslado a lo largo del esófago por medio de las ondas peristálticas.

Mientras las ondas trasladan al bolo, la laringe, la epiglotis, el hueso hioides, el paladar blando y la lengua vuelven a su posición original.



Masticación:

Dentro de las funciones adquiridas, tenemos la masticación, la cual se caracteriza por ser condicionada, aprendida y automática. Los patrones de movimiento masticatorio se desarrollan a partir de la erupción de los dientes primarios.

La masticación es la acción de morder, triturar y masticar el alimento. Se considera la función más importante del sistema estomatognático.

La masticación se hace más efectiva entre 1 año y 1 año y medio, sobre todo al inicio de la erupción dental, lo que facilita la introducción de nuevos alimentos.

Desarrollo de la masticación:

•5 a 6 meses: movimientos verticales. La lengua amasa los alimentos contra el paladar (apertura y cierre).

•7 meses: comienzan los movimientos hacia los lados, la lengua comienza a lateralizar el alimento (movimiento protusivo).

•1 año a 1 año y medio: la mandíbula comienza a hacer movimientos rotatorios, la masticación ya está en condiciones de ser bilateral y los labios permanecen cerrados.

La actividad motriz compleja está basada en reflejos condicionados, los cuales están en estrecha relación con la oclusión, el periodonto, los músculos masticadores y las ATMs.

Alimentos blandos: Predominan los movimientos de apertura y cierre.

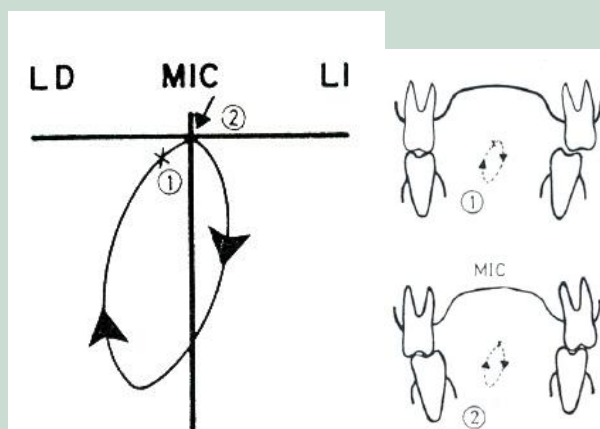
Alimentos duros: Predominan los movimientos laterales.

Las etapas de la masticación se dividen en:

1º) Incisión, 2º) Corte y trituración, 3º) Pulverización.

Ciclo Masticatorio

El ciclo masticatorio es la unidad fundamental de la masticación y tiene tres fases:



(Fig.3 y 4) Esquema de golpe masticatorio

Fase de apertura: Descenso mandibular por contracción isotónica de los músculos Depresores.

Fase de cierre: Ascenso de la mandíbula por contracción isotónica de los músculos Elevadores.

Fase oclusal: Existe contacto e intercuspidad de los dientes en MIC (Fig.3 y 4). Fuerzas interoclusales por contracción isométrica de los músculos elevadores. GOLPE MASTICATORIO.

Habla:

Esta función se ejecuta mediante órganos que pertenecen a otros aparatos del organismo, sobre todo el respiratorio y el digestivo, que juntos forman los órganos articulatorios.

Desde el nacimiento, el bebé ya comienza a prepararse para el habla. Los movimientos orales en sí que necesitará para la producción del habla tienen inicio alrededor de los seis meses.

Los órganos articuladores están formados por: la ringe, faringe, paladar blando y duro, la lengua, los dientes, las mejillas, los labios y las fosas nasales.

Los sonidos producidos al inicio en las cuerdas vocales se controlan, modelan y articulan por la acción de la laringe, faringe, cavidad bucal y nasal.

De todos los órganos citados, la boca tiene una función primordial en la articulación de estos sonidos, ya que estos dependen de la posición y la movilidad de la lengua, presencia y posición de los dientes, la movilidad de los labios y las mejillas y la posición de la mandíbula, que ofrecerá un espacio intraoral adecuado para la articulación fonémica y para la resonancia.

La articulación de los sonidos del habla se vincula con el desarrollo y la maduración del sistema miofuncional oral y con las otras funciones neurovegetativas de respiración, succión, masticación y deglución.

Alteraciones En Las Funciones

Las causas que pueden provocar el desequilibrio son: Alteraciones de la respiración. Alteraciones de la deglución. Alteraciones de la masticación. Alteraciones de la postura.

Alteraciones De La Respiración. La dificultad respiratoria causa el desequilibrio del SEG.

En los primeros años de la vida, la competencia labial y una postura lingual correctas son elementos importantísimos para la evolución de la mecánica respiratoria.

Después de un catarro en las vías respiratorias superiores, pueden ocurrir dos cosas: que recupere espontáneamente la respiración nasal o que la sustituya por una respiración bucal.

Si las terminaciones neurales de las fosas nasales ya no son excitadas quedarán anuladas, con la consiguiente repercusión en el crecimiento y desarrollo

de los maxilares.

Con la apertura de los labios, la presión intrabucal se equipara con la atmósfera, y la acción de la gravedad favorece el descenso y adelantamiento de la lengua, que suspende su función morfo-genética a nivel del paladar para efectuarse presiones nocivas a nivel dentario.

Los labios pierden tonicidad y coordinación.

Se complica el objetivo fundamental de los suprahioides que es mantener el hioides separado de la columna vertebral para permitir el paso del aire.

Algunas características de los pacientes con alteraciones de la respiración.

- *Labios entreabiertos, resecos.*
- *Labio superior corto, inferior evertido.*
- *Encías inflamadas, en ocasiones sangrantes.*
- *Alteración en modo y tipo respiratorio.*
- *Ojo morado alérgico.*
- *Líneas de Dennie Morgan.*
- *Narinas estrechas.*
- *Lengua baja y adelantada.*
- *Alteraciones en la oclusión dentaria*
- *Modificación de la postura de la cabeza (relación malar externa)*
- *Modificación de las curvaturas de la columna y apoyo plantar.*

Alteraciones De La Deglución. Pueden manifestarse en forma aislada o con cuadros que generalmente van asociados a las alteraciones de respiración.

Uno a tener en cuenta, es el paladar blando que condiciona la posición respecto de la dimensión ósea antero-posterior de la rinofaringe.

Alteraciones De La Masticación. La maduración de la musculatura y el establecimiento de la articulación témporo-mandibular ayudan a producir un maxilar inferior más estable. Los labios se alargan y adquieren mayor movilidad.

Los primeros movimientos de masticación son irregulares y no tienen coordinación. Al completarse la dentición primaria, se estabiliza el ciclo masticatorio con empleo del patrón individual.

Las **ATM** no reciben una excitación simultánea sino alterada. Existe un lado de trabajo y otro de balanceo.

Los estímulos del lado de trabajo producen el crecimiento del maxilar superior en sentido trasversal y antero-posterior, mientras que los del lado de balanceo lo hacen sobre el cuerpo y la rama mandibular en sentido longitudinal. Por ello, para que la masticación sea funcionalmente equilibrada, debe ser: simétrica, alternada, con igual cantidad de golpes masticatorios a cada lado.

Alteraciones De La Postura. Los rasgos del cráneo humano evolucionan en base a múltiples factores.

Entre ellos figura el aumento del cerebro y las nuevas condiciones estática y dinámicas por la utilización de la postura erecta, visión estereoscópica y audición estereofónica.

La posición de la cabeza es dinámica, sobre todo durante la alimentación. Si medimos la posición de la cabeza, registrada por el plano de Francfort se observaría un margen de 75° durante la ingestión de una comida y bebida.

Deglución Disfuncional

Es el movimiento inadecuado de la lengua o de otras estructuras que participan en el acto de deglutir, durante la fase oral de la deglución, en ausencia de alteración de la forma de la cavidad oral. Estas atipias se deben a problemas de postura inadecuada de cabeza, por alteración del tono, de la movilidad o de la propiocepción de los órganos fonoarticulatorios: lengua, labios, mejillas y paladar blando.

Las características de disfunción más frecuentes son:

Patrón de deglución infantil: el mismo aparece cuando durante la deglución:

oEl tercio lingual anterior empuja los dientes frontales o se mueve entre ellos.

oLos bordes linguales empujan los dientes laterales.

oEl segmento lingual medio se hunde hacia abajo (se colapsa) y permanece en el suelo de la boca.

oLos labios permanecen abiertos y laxos o bien muestran gran tensión.

oLas arcadas dentales casi siempre están abiertas, es decir, no se palpa tensión de los músculos maseteros ni temporal.

oEl músculo mentoniano está hiperactivo.

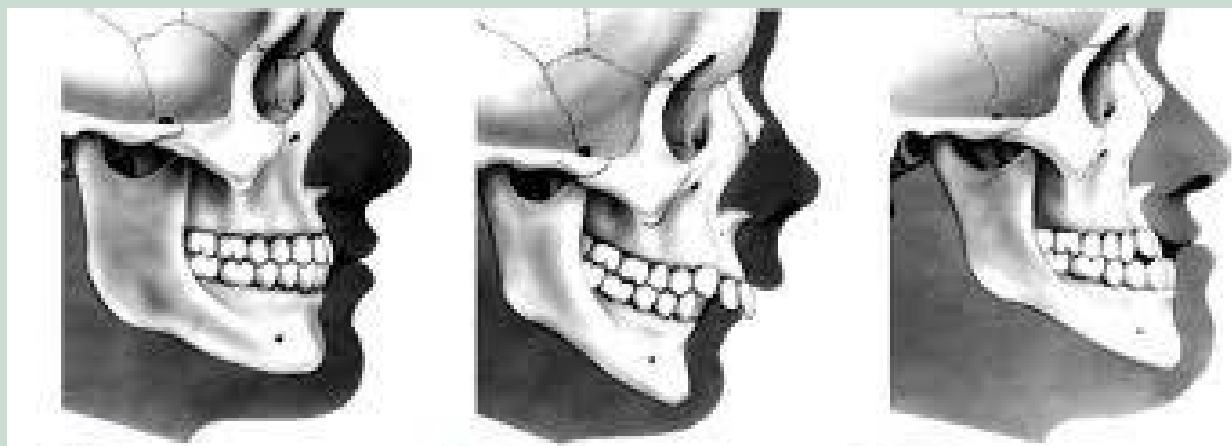
Clasificación de la oclusión (Fig. 5.)

La clasificación de Angle (1907) se basa en la oclusión sagital cúspide-fosa de los dientes laterales, en la que el primer molar superior constituye la referencia.

Neutroclusión: (clase I de Angle) se define como el contacto de las cúspides mesiobucal del 6° molar superior en la cresta transversal del 6° molar.

Distocclusión: cuando el maxilar inferior está desplazado en sentido distal con respecto a la neutroclusión normal se habla de distocclusión (clase II de Angle = prognacia). Atendiendo a la posición de los dientes frontales superiores, la clase II se subdivide en clase II1 (incisivos en protrusión) y clase II 2 (incisivos en retroversión).

La postura corporal ejerce una gran influencia en



Clase 1
Normalidad

Clase 2
Mandíbula retrasada

Clase 3
Mandíbula adelantada

(Fig.5) Clasificación de la oclusión

las relaciones oclusivas y puede propiciar trastornos oclusivos, por ejemplo, la posición excesivamente adelantada de la cabeza y la respiración bucal favorecen la clase II.

Los recién nacidos presentan distocclusión fisiológica. Mediante los movimientos de succión durante la lactancia, el maxilar inferior se desplaza hacia adelante. De esta manera, se ejercitan de forma regular los músculos labiales y masticadores y resulta más fácil alcanzar la oclusión normal.

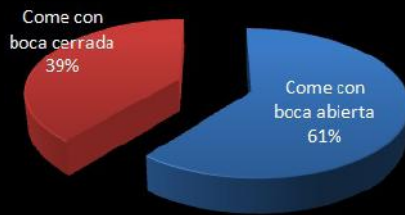
Mesiocclusión: es la posición adelantada del maxilar inferior (Clase III de Angle = progenie).

Resultados:

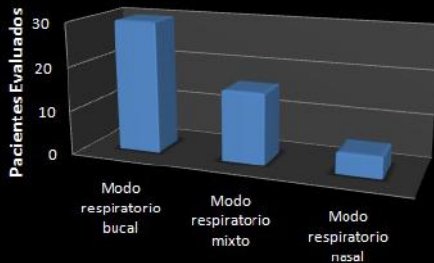
El trabajo de campo realizado (datos recopilados sobre 51 pacientes, de los cuales 25 son mujeres y el resto varones) arrojó los resultados y las conclusiones que a continuación detallamos:



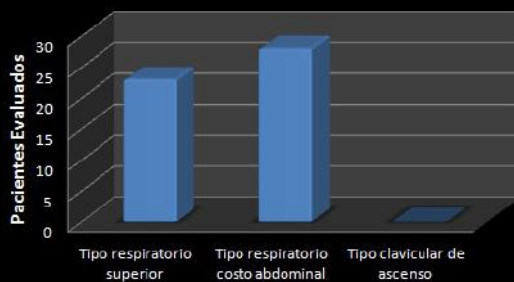
Hábitos



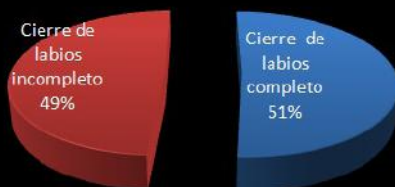
Respiración: Modo



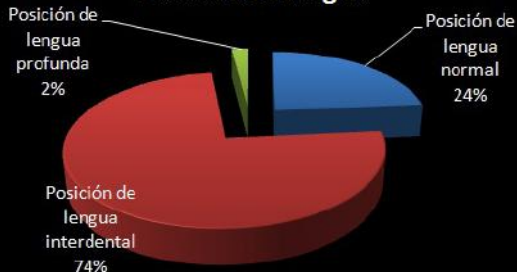
Respiración: Tipo



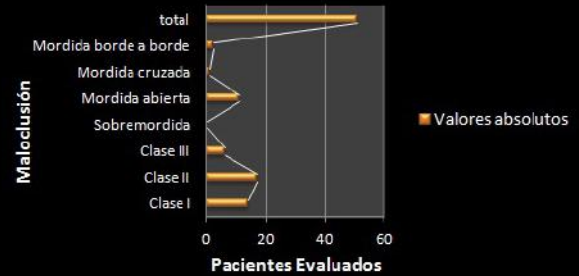
Estado Miofuncional



Posición de Lengua



Estado Dental



Conclusión

En el grupo de niños y adolescentes entre 6 a 20 años presentado, se reflejó la estrecha relación entre:

MALOCCLUSIÓN		DEGLUCIÓN DISFUNCIONAL
Desequilibrio estructural en el macizo dentario	↔	Patrones Alimenticios inadecuados

Estudiados los patrones alimenticios inadecuados como:

Interposición lingual

Hábitos alimentarios: rapidez, tragar con líquido, con esfuerzos

Masticación insuficiente del bolo alimenticio

Posición inadecuada de los dientes al realizar un mordisco

Y si pensamos o calculamos cuántas veces al día un niño u adolescente realiza estos patrones, entenderemos el porqué del desequilibrio estructural del macizo dentario, mala oclusión, presencia de Disgnacias, problemas en la **ATM** como también en la fonoarticulación del lenguaje.

Por esto destacamos la importancia de Diagnosticar / Clasificar / Investigar a cada caso como "único" para asistirlo en la rehabilitación funcional a cargo del Fonoaudiólogo y Rehabilitación Estructural con la Ortodoncista u Ortopedista.

Por lo tanto, estamos firmemente convencidas de que esta **INTERVENCIÓN** debe ser **INTERDISCIPLINARIA**:

FONOAUDIÓLOGO	↔	ORTODONCISTA ORTOPEDISTA
---------------	---	--------------------------

LOGRANDO ASI:

LA CORRECIÓN DE LOS DESEQUILIBRIOS EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

en todas sus funciones:

RESPIRACION, SUCCION, DEGLUCIÓN, MASTICACION, LENGUAJE y del CRECIMIENTO, ERUPCIÓN Y ACOMODACIÓN DENTARIA,

como así también la corrección de la POSTURA CORPORAL.

Agradecimientos

Dra. Aida Palazzo

Profesora Coordinadora del Postgrado de Ortodoncia y Ortopedia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Tucumán.

Dra. Julieta Bunader.

Dra. Cuezó Estela.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata.

Lic. Lucia Infante.

Bibliografía

Agustoni. Deglución atípica. Guía practica de ejercitación para su reeducación.C.1999

Bassi, M.de las M. Anatomía, fisiología y evaluación de la deglución. Rev. Fonoaudiológica. T.40.N.3.1994.5-11.

Borras Sanchis, S y Rosell Clari Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. 2005

Quiros O. Ortodoncia Nueva generación. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamérica C. A.; 2003
Queiroz Marchesan Irene. 2002. Fundamentos de la fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral. Edición Médica Panamericana.

Rodríguez, MA.Puesta al día en trastornos de la deglución. FASO.1997; 5-21.

Wolfgang Bigenzahn 2004.Disfunciones orofaciales en la infancia. Diagnóstico, terapia miofuncional y logopedia. Ars Médica.

Apuntes de la Cátedra:

“Fonoestomatología” Prof. Lic. Lucia Infante año 2009

Ilustraciones

Sobotta 1994. Atlas de Anatomía Humana. Editorial Médica Panamericana

Trabajo Científico N° 4

EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO COMO EDUCADOR DE LA VOZ

Lic. Fga. Claudia Díaz

e- mail: claudiadiaz_85@hotmail.com
Argentina

-Docente colaboradora de la Cátedra Voz de la Lic. en Fonoaudiología – Fac. Ciencias Médicas – UNLP

- Coordinadora y docente del Posgrado en Voz Profesional para Lic. en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP

- Miembro del Consejo Académico Institucional de la Escuela Provincial de Teatro La Plata. Dirección de Enseñanza Artística Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

- Profesora de la cátedra de Neurolingüística en el Instituto superior de formación docente n° 9. Dirección de Educación Superior. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Resumen:

La Fonoaudiología (Logopedia) ha avanzado mucho en su formación, en sus campos de intervención y en sus interacciones en equipos de trabajo. En la actualidad, un área en desarrollo permanente, donde los Fonoaudiólogos están interviniendo, es el de la Educación Vocal, ámbito otrora ocupado por profesiones más antiguas relacionadas con el uso de la voz como el Arte, la Comunicación y la Medicina. De esas profesiones, tomamos su experiencia y con ellas seguimos interactuando necesariamente en nuestro trabajo.

En la actualidad, el profesional por excelencia que puede combinar en su tarea la prevención, educación y evaluación perceptual y objetiva de la voz, el conocimiento integral del fenómeno de la emisión vocal, la actualización en fisiología fonatoria, la relación entre todos los procesos que intervienen en la interacción comunicativa humana, la pedagogía vocal en relación al habla y a la palabra en acto es el Fonoaudiólogo. Esta profesión de formación científica y académica integral es, además, relativamente joven, especialmente si se la compara con otras. Esta última característica trae, además, indefiniciones epistemológicas y desconocimientos en el área de nuestras incumbencias. En este artículo, se desarrolla brevemente esta situación de indeterminaciones y se destaca la importancia de un Profesional Fonoaudiólogo en la Formación Vocal actual de aquel que lo necesite.

Abstract:

Significant improvement has been seen in Speech and Voice therapy regarding its formation, its working areas and its interaction in work teams. Vocal Education, in which speech therapists are participating, is an area that is being continuously developed and used to be handled by older professions related to the use of voice such as Art, Communication or Medicine. We take the experience from these professions and interact with them in our work.

Currently, the speech therapist is the professional

who can combine in his/her task prevention, education and perceptual and objective evaluation of voice, integral knowledge of vocal production, updated knowledge on phonatory physiology, the relationship between all the processes participating in the human communicative interaction and vocal pedagogy related to speech and word in action.

In addition, this profession with an integral academic and scientific formation is relatively young, especially if compared with others.

This latter characteristic also results in epistemological concerns and, consequently, in doubts regarding our scope of practice. This article develops briefly this situation of epistemological concerns and outlines the importance of a professional speech and voice therapist on the current vocal formation of the person who needs it.

Introducción:

La **voz** es esencial e irremplazable para el ejercicio de muchas profesiones. Adquirir una correcta dicción, un lenguaje fluido, una emisión cómoda y una voz agradable y eficaz es un beneficio que se aprecia a lo largo de la vida de un individuo. La voz forma parte de un bagaje personal que podrá contribuir al crecimiento y al desarrollo tanto personal como profesional.

La Educación Vocal es una sub-área dentro de la Fonoaudiología, disciplina profesional de compleja definición si se pretende enmarcarla en la división clásica de las Ciencias, ya que abarca muchos aspectos que interactúan en la compleja Comunicación Humana.

Desarrollo:

La comunicación es un fenómeno de por sí interdisciplinario que permite la mejor comprensión del mundo presente por intermedio del diálogo entre las diversas disciplinas y los diversos actores de esta realidad **tridimensional y multifacética** de que consta la vida humana. Esta mirada de considerar a la comunicación como un fenómeno interdisciplinario asume al ser humano como generador y usuario de su voz, la que comprende distintas estructuras: neurológica, psicológica, lingüística, emocional, social.

Los Profesionales de la Fonoaudiología y, dentro de este grupo, los dedicados a la Educación Vocal ven a diario la necesidad de hacer valer la postura mundial del ser humano como unidad bio-psíquico-social. Ello no implica perder la especificidad de las disciplinas intervinientes sino poner en juego una actitud abierta ante el saber de los otros, la escu-

cha de diversos discursos científicos, la incorporación de otros cuerpos teóricos que, si bien pueden o no modificar el cuerpo teórico de la disciplina de su especialidad, permiten a cada interactuante reconocer sus propias limitaciones científicas y confrontar su propio discurso ante posturas diferentes, convalidándolas o reformulándolas.

Educar la voz es una tarea compleja, y no existe un único camino para hacerlo, ya que, según el ámbito donde se la use, requiere diferentes técnicas, tiempos, métodos, que a veces se entrecruzan, a veces se complementan y en otros casos se oponen. Cada vez que intentamos comunicarnos, aparece lo que hacemos y lo que hicimos, lo que sabemos, lo que no sabemos, nuestra historia, nuestros deseos y todo lo que construyó nuestra personalidad..

Introducirse en el Camino de la Educación Vocal requiere correrse del lugar de pensar nuestra profesión como una estricta especialidad biologicista y verla, además, desde una perspectiva humanista. Si se revisa material bibliográfico específico con una antigüedad de 20 o 30 años y se consulta a algunos profesionales que ejercieron hace algunas décadas, vemos que la visión de la educación vocal se ha ampliado enormemente, que, antes, **la foniatría trabajaba como disciplina encerrada en sí misma**, casi exclusivamente dirigida al órgano emisor y su funcionamiento.

En la actualidad, esto es imposible. Cualquier **Profesional de la voz es un Profesional de la Comunicación** y, en el ámbito de la voz profesional, deberá estar preparado en distintos ámbitos y deberá relacionar permanentemente los conocimientos. **Así como la voz no es un fenómeno aislado, no puede serlo el profesional que trabaje con ella.**

En estos casos, la tarea del **Fonoaudiólogo** es compleja. Antes, bastaba con conocimientos de técnicas de "relajación" como se llamaban entonces (dos o tres), ejercicios para modificar el tipo respiratorio, prácticas de impostación vocal, anatomía y funcionamiento del aparato respiratorio, con los saberes conocidos y validados en ese momento. En un ámbito educativo institucional, esta diversidad de formas de acercarse al trabajo vocal óptimo y eficaz en constante actualización ha dado lugar a diversas formas de relación y colaboración entre las diferentes disciplinas. En algunos casos, estas interacciones se han formalizado con el afán de enriquecerse mutuamente y brindar una formación profesional más acabada, completa y amplia para el alumno en formación. Para nosotros los Fonoaudiólogos, la interdisciplina bien entendida (respetando las disciplinas), **es una necesidad y una realidad al relacionarse con la**

comunicación, el arte, el uso estético de la voz donde confluyen diferentes lenguajes.

Actualmente, en esos ámbitos, para llevar a cabo un trabajo eficaz e integrado, **el Educador vocal Fonoaudiólogo tiene conocimiento del cuerpo humano en su conjunto, actualización de los saberes en cuanto a la fisiología vocal (conocimientos en permanente desarrollo) y de su producción relacionada con todos los procesos que intervienen en la comunicación humana, conocimientos sobre el habla y el lenguaje. Considera el cuidado en comportamientos vocales de sobre esfuerzo, la observación de conductas preventivo-vocales y la singularidad en el uso de cada persona con su voz. Posee una escucha atenta y entrenada de las emisiones producidas, técnicas de trabajo corporal y postura y nociones de Psicología e integra permanentemente esos saberes en una formación constante.**

Además, posee un gran acercamiento a las Ciencias Pedagógicas en función de la disciplina para luego establecer estrategias efectivas y específicas en el trabajo. Esto es inmejorable si se cuenta con un Fonoaudiólogo especializado en la formación de quienes usen su voz profesionalmente.

Bustos Sánchez habla de una **formación complementaria indispensable en el educador vocal:**

"Pensamos que la formación básica de un educador vocal se enriquece con el acceso a conocimientos de otras disciplinas que contribuirán a contar con una mayor variedad y calidad de recursos en el trabajo. En este sentido, será muy valiosa la adquisición de conocimientos musicales, psicológicos, corporales, actualización permanente en temas específicos y, por otro lado, "huir" del exceso de especialización, nutriéndose de aquellas fuentes que le aporten una formación de carácter global tanto desde la perspectiva personal como de la profesional".

M. Belhau, aporta:

"Los fonoaudiólogos, inicialmente preocupados en brindar una asistencia correctora a los pacientes o alumnos, empezaron a formar parte de equipos, modificándose por completo su perfil profesional, que pasó de reeducador a miembro de un equipo"

Uno de los **problemas** que más frecuentemente dificulta la tarea de una persona que educa su voz, dentro de una Formación Profesional, es la **falta de coordinación y aceptación de las diversas miradas entre las diversas disciplinas** o asignaturas por las que está transitando. En todo caso, **se trata de delimitar cuáles son los alcances, los contenidos a utilizar** por diferentes perspectivas sobre el **mismo instrumento** y en la final tarea común del mismo.

Citando a M. Morrison:

"Se han publicado diferentes libros que enfocan el tema de la voz desde diferentes perspectivas profesionales, todos son colegas o profesionales que comparten intereses similares, pero nunca comparten realmente los problemas de corrección, educación de los mismos pacientes, de los mismos alumnos. Un equipo es algo más que la suma de las partes, y el hecho de compartir las ideas conjuntas con otros tiene otra utilidad"

Descartes dio a la ciencia un sentido para el hombre como búsqueda de la verdad, y expresa en la primera regla:

"Así pues, si alguien quiere investigar seriamente la verdad de las cosas, no debe elegir una ciencia determinada, pues todas están entre sí enlazadas y dependiendo unas de otras recíprocamente; sino que piense tan sólo en acrecentar la luz natural de la razón, no para resolver esta o aquella dificultad de escuela, sino para que en cada circunstancia de la vida el entendimiento muestre a la voluntad qué se ha de elegir."

A lo largo de los años, la Ciencia ha fragmentado el saber hasta diversificar el conocimiento en una variedad de disciplinas, cada una de las cuales, en su especialización, ha creado un cuerpo diferenciado determinado por un objeto material de referencia.

Pero es interesante observar que a veces en el Arte y la Comunicación existen miradas y posturas sectarias, fragmentadas y corporativas, que miran con recelo y sin interés la intervención de Fonoaudiólogos en la Educación de un Profesional de la Voz.

Esta postura también es cerrada y desactualizada, ya que desconoce los alcances de nuestra profesión y la posibilidad de aprovecharlos. **Tampoco tiene en cuenta la oportunidad de interactuar con Profesionales formados en otros ámbitos.**

Conclusión:

En la Formación de Profesionales de la Voz, hay que construir un **camino formativo con miradas interdisciplinarias actualizadas. Además, es imprescindible de parte de los educadores intervinientes** la interiorización en la carrera en la que se interviene y en la profesión del alumno que se está formando. (Ámbitos de trabajo, estéticas diferentes, códigos propios, dificultades específicas).

La Educación Vocal de profesionales que utilizan su voz y su habla en forma espacial y exigida requiere de una formación sólida, profunda, con un criterio científico-filosófico definido, que sepa entender las visiones y los aportes de formadores paralelos.

Hoy resulta imprescindible, en la Formación Profesional de la Voz, aportar **la actualizada, específica y enriquecedora intervención que realiza un pro-**

fesional Formado en la Fonoaudiología especializado en el área. Los Fonoaudiólogos deben considerar seriamente a esta área de trabajo como una importante área de desarrollo laboral y de incumbencia profesional.

Es importante que se llenen los vacíos y se abandonen los prejuicios existentes entre profesiones que deben trabajar conjuntamente en beneficio de alguien que debe usar su voz profesionalmente o de manera exigida. Hoy, en esta tarea, es impensable prescindir de un Fonoaudiólogo actualizando y jerarquizando la tarea de la Educación Vocal.

Bibliografía

- APPLEYARD, B – Ciencia Vs. Humanismo. Un desacuerdo imprevisible. Editorial El Ateneo. (2008)
- BELHAU, M. Y PONTES, P. Avaliação global de la voz. Sao Paulo EPPM – (1989)
- BUSTOS SÁNCHEZ. I Tratamiento de los Problemas de la Voz. Nuevos Enfoques. CEPE. España. (2002)
- DESCARTES RENÉ. Reglas para la dirección del espíritu. Editorial. Alianza (2003)
- LE HUCHE, F. Y ALLALLI, A. Terapéutica de los trastornos vocales. Tomo 3. Editorial Masson (1997)
- MORIN, E. - Para salir del siglo XX – Barcelona – Kairós- (1981)
- MORRISON, MURRAY Y OTROS - Tratamiento de los trastornos de la voz – Editorial Masson – 1997
- PIAGET, JEAN – Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes. Madrid - Alianza – 1970
- TULON ARFELIS, CARMEN- La voz- Editorial Paidotribo- - 2000-
- ZABALA VIDIELLA – La práctica educativa – Cómo enseñar - Colección el Lápiz – Red Federal de Formación Docente continua-

Caso Clínico

DESATURACIÓN DE OXÍGENO COMO INDICADOR PREDICTIVO EN PACIENTES CON DISFAGIA

María A. Rodríguez Moreda

*Licenciada en Fonoaudiología de la UNLP.
Residente de 3er año de la Unidad de Internación de
Fonoaudiología del HIGA "Gral.
San Martín".*

María P. Timpone

*Licenciada en Fonoaudiología de la UBA.
Residente de 2º año de la Unidad de Internación de
Fonoaudiología del HIGA "Gral.
San Martín".*

María B. Escudero

*Licenciada en Fonoaudiología de la UBA.
Residente de 2º año de la Unidad de Internación de
Fonoaudiología del HIGA "Gral.
San Martín".*

María J. Bassat Martínez

*Fonoaudióloga de la UMSA.
Residente de 1er año de la Unidad de Internación de
Fonoaudiología del HIGA "Gral.
San Martín".*

Pablo E. Marturano

*Fonoaudiólogo de la Universidad FASTA.
Residente de 1er año de la Unidad de Internación de
Fonoaudiología del HIGA "Gral.
San Martín".*

Unidad de Residencia de Fonoaudiología.

*Unidad de Internación de Fonoaudiología del H.I.G.A
"Gral. San Martín".*

*Dirección postal: calle 1 y 70. La Plata (1900) Provincia
de Buenos Aires*

Correo electrónico:fono_higa_sanmartin@yahoo.com

Resumen:

La bibliografía reciente ha demostrado una relación entre la saturación de oxígeno (SpO2) medida por oximetría de pulso y la penetración y/o aspiración durante la deglución. El objetivo del trabajo es determinar la modificación en los niveles de saturación de oxígeno en relación a la presencia de aspiración y/o penetración en pacientes con disfagia evaluados con videofluoroscopia de la deglución. Se realizó un análisis prospectivo de 47 pacientes con disfagia de diversa etiología. La muestra se tomó durante el período julio a septiembre de 2011 con una edad media de 54,69 (rango= 15-89), un 56,52% de sexo masculino y 43,47% de sexo femenino. Se determinó la saturación de oxígeno basal por oximetría de pulso (saturómetro Mindray VS 800) y se correlacionó el ingreso a la vía aérea observado en la VFD con la modificación de los niveles de saturación de oxígeno en sangre. La VFD evidenció DOF 51,06%, DF 21,27%, DOFE 10,63, DE 6,38% y normalidad en el 4,25% de la muestra. De los sujetos con disfagia 13 (27,65%) presentaron penetración y 4 (8,51%) aspiración. Del análisis de varianza se verificó que hay diferencias significativas entre las medias de los grupos estudiados (normales, aspirados y penetrados), con un nivel de significación del 5%, equivalente a un nivel de confianza del 95%. Los resultados indican que el nivel de saturación de oxígeno puede ser un componente importante para el manejo de los pacientes con disfagia durante la evaluación clínica, mejorando la exactitud diagnóstica y facilitando el tratamiento fonoaudiológico.

Palabras Clave: Evaluación, oximetría, videofluoroscopia.

Abstract:

Recent studies have shown a relationship between oxygen saturation (SpO2), as measured by pulse oximetry, and aspiration and/or penetration during swallowing. The purpose of this study was to determine the modification in oxygen saturation levels relative to aspiration and/or penetration of patients with dysphagia who are assessed with swallowing videofluoroscopy. A prospective analysis of forty-

seven patients with dysphagia of diverse etiology was conducted. The sample was taken from July to September 2011 with an average age of about 54.69 (range = 15-89), 56.52 % male and 43.47 % female. Basal oxygen saturation was determined by pulse oximetry (Mindray VS800 pulse oximeter) and the entrance to the airway observed in the VFSS was correlated with the modification of levels of oxygen saturation in blood. The VFSS showed oropharyngeal dysphagia 51.06 %, pharyngeal dysphagia 21.27 %, oropharyngeoesophageal dysphagia 10.63, esophageal dysphagia 6.38 % and usual patterns in 4.25 % of the sample. The subjects with dysphagia: 13 of them (27.65 %) showed penetration, and 4 of them (8.51 %) aspiration. Thanks to the variance analysis it could be verified that there were important differences between the measures of the studied groups (normal, aspirated and penetrated), at a level of significance of 5 %, equivalent to a level of confidence of 95 %. The results show that the oxygen saturation level can be an important indicator to manage patients with dysphagia during clinical evaluation, it improves diagnostic accuracy and facilitates the phonological treatment.

Key Words: Evaluation, oximetry, videofluoroscopy.

Introducción:

La disfagia es definida por Logemann J.A. (2013) como "dificultad para deglutir o dificultad para mover el alimento de la boca al estómago".

Es potencialmente discapacitante si afecta la seguridad, eficiencia y calidad del acto de comer o beber. Esta entidad tiene impacto sobre el estado nutricional, la salud pulmonar y la calidad de vida. Hay una asociación entre los desórdenes deglutorios y la neumonía aspirativa, lo cual puede ser un evento que compromete la vida del paciente. (Crivelli, 1999). Para el diagnóstico de la disfagia es importante evaluar las dos características que definen la deglución:

1) Eficacia: relacionada con el aporte de los requerimientos nutricionales.

2) Seguridad: determinada por la ausencia de ingreso del alimento a vía aérea.

La evaluación dinámica de la deglución permite determinar objetivamente signos videofluoroscópicos del trastorno deglutorio, las fases de la función alterada, estableciendo el riesgo de ingreso a la vía aérea durante el trago. Posibilita definir el tipo y grado de disfagia, seleccionar la dieta adecuada y las estrategias terapéuticas necesarias.

Este estudio tiene como desventajas que requiere de radiación (con los riesgos que esto conlleva si se expone con frecuencia al paciente), requiere de un

equipo de radiología adecuado, presenta la dificultad en el traslado y posicionamiento de pacientes en grave estado, la imprecisión para evaluar estructuras anatómicas y el alto costo de estudio (Randall, 1998).

La oximetría de pulso es un método no invasivo que permite monitorear la saturación de oxígeno en tiempo real y detectar, de este modo, la aspiración traqueal de alimentos y la consecuente desaturación, técnica que requiere escasa cooperación del paciente. (Welch West P. et al, 2010) .

El estado actual de la cuestión es acotado en relación a las investigaciones sobre la desaturación de oxígeno relacionada con la disfagia.

La bibliografía reciente ha demostrado una relación entre la desaturación de oxígeno y la penetración/aspiración durante la deglución. Es a partir de aquí que nos motivamos a recurrir a este método de evaluación para poder utilizarlo como factor predictivo de disfagia, teniendo la posibilidad de poder corroborarlo con el estudio de videofluoroscopia de la deglución, gold estándar para la evaluación de la función deglutoria, siendo nuestro hospital uno de los pocos lugares en el cual se realiza este estudio.

Nuestro objetivo es determinar si la oximetría de pulso es un método fiable para predecir la presencia de penetración y/o aspiración en pacientes con disfagia.

Material y método:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra se conformó por 47 sujetos adultos con una edad media de 54,69 (rango= 15-89), un 56,52 % de sexo masculino y 43,47 % de sexo femenino con disfagia de diferente etiología, evaluados en la Unidad de Fonoaudiología del HIGA Gral. San Martín durante el periodo de julio a septiembre de 2011 mediante oximetría de pulso y se correlacionó el ingreso a la vía aérea observado en la videofluoroscopia.

Oximetría de pulso

Es la medición del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. Se realiza con un aparato llamado pulsioxímetro o saturómetro.

El dispositivo emite luz con dos longitudes de onda de 660 nm (roja) y 940 nm (infrarroja) que son características respectivamente de la oxihemoglobina y la hemoglobina reducida. La mayor parte de la luz es absorbida por el tejido conectivo, piel, hueso y sangre venosa en una cantidad constante, produciéndose un pequeño incremento de esta absorción en la sangre arterial con cada latido, lo que significa que es necesaria la presencia de pulso arterial para que el aparato reconozca alguna señal. Mediante la comparación de la luz que absorbe durante la onda

pulsátil con respecto a la absorción basal, se calcula el porcentaje de oxihemoglobina. Sólo se mide la absorción neta durante una onda de pulso, lo que minimiza la influencia de tejidos, venas y capilares en el resultado.

El pulsioxímetro mide la saturación de oxígeno en los tejidos, tiene un transductor con dos piezas, un emisor de luz y un fotodetector generalmente en forma de pinza que se suele colocar en el dedo, después se espera recibir la información en la pantalla: la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y curva de pulso. La correlación entre la saturación de oxígeno y la PaO₂ viene determinada por la curva de disociación de la oxihemoglobina.

El punto crítico que debe dar la señal de alarma es el de saturaciones inferiores al 95% (inferiores al 90 o 92% cuando existe patología pulmonar crónica previa). Estos pacientes deben recibir tratamiento inmediato.

Las ventajas del uso de la oximetría en la clínica proporcionan una monitorización instantánea, continua y no invasiva, no requiere de un entrenamiento especial, es fácil de usar, es fiable en el rango de 80-100% de saturación, que es el más interesante en la práctica clínica, informa sobre la frecuencia cardíaca y puede alertar sobre disminuciones en la perfusión de los tejidos, es una técnica barata y existen aparatos portátiles muy manejables (Noguerol Casado, Seco González, n.d., pp. 1-2).

Videofluoroscopia de la deglución (VFD)

Es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades de un contraste hidrosoluble (sulfato de bario modificado). Actualmente se considera a esta evaluación funcional como el patrón de oro del estudio de la disfagia" (Clavé Civil, García Peris 2011, p. 71).

Permite realizar la evaluación dinámica de la deglución, determinando objetivamente signos videofluoroscópicos del trastorno deglutorio, las fases de la función alterada, estableciendo el riesgo de ingreso a la vía aérea durante el trago. Posibilita definir el tipo y grado de disfagia, seleccionar la dieta adecuada y las estrategias terapéuticas necesarias.

Este estudio tiene como desventajas que requiere de radiación (con los riesgos que esto conlleva si se expone con frecuencia al paciente), requiere de un equipo de radiología adecuado y un técnico radiólogo, la dificultad en el traslado y posicionamiento de pacientes en grave estado, la imprecisión para evaluar estructuras anatómicas y el alto costo de estudio (Randall, 1998).

Se determinó la saturación de oxígeno basal por oximetría de pulso (saturómetro Mindray VS 800) y se correlacionó el ingreso a vía aérea observado

en la videofluoroscopia de la deglución con la modificación de los niveles de saturación de oxígeno en sangre.

Resultados:

La VFD evidenció Disfagia Orofaringea (DOF) 51,06 %, Disfagia Faringea (DF) 21,27%, Disfagia Oro-faríngeo-esofágica (DOFE) 10,63 %, Disfagia Esofágica 6,38 % y normalidad en el 4,25% de la muestra. (Gráfico 1.) De los sujetos con disfagia, 13 (27,65%) presentaron penetración y 4 (8,51 %) aspiración. (Gráfico 2). Del análisis de varianza se verificó que hay diferencias significativas entre las medias de los grupos: normales, aspirados y penetrados, con un nivel de significación del 5%, equivalente a un nivel de confianza del 95%.

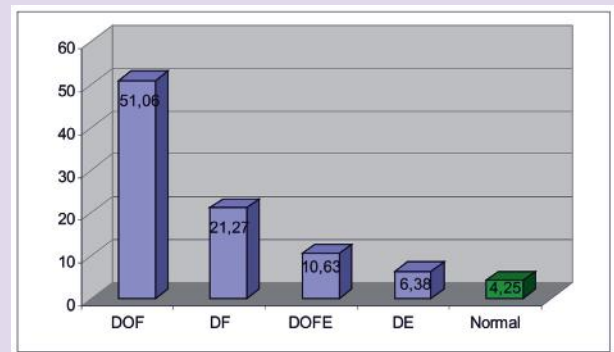


Gráfico 1

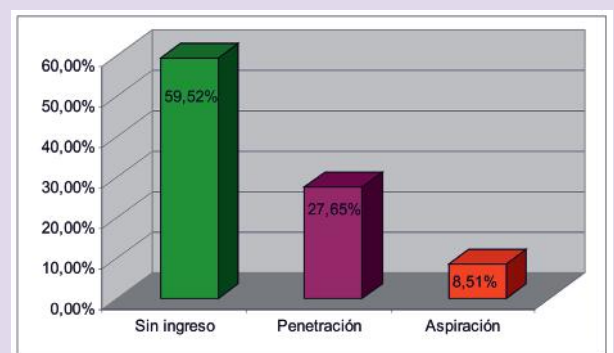


Gráfico 2

Discusión:

Para evaluar la seguridad y eficacia de la deglución se dispone de tres métodos diagnósticos: historia clínica, evaluación clínica de la función deglutoria y VFD.

La historia clínica: permite la recolección de datos relevantes como el diagnóstico clínico o patología causal de la disfagia.

La evaluación clínica de la función deglutoria: se valora el estado de conciencia, la comprensión y elocución del lenguaje, la praxia oral, el estado sensitivo y motor oro-linguo-facial, función laringea en fonación

y deglución y tiempo de aparición del reflejo deglutorio. En esta exploración conocida como bedside se realiza la administración de bolos de alimentos con viscosidad y volúmenes crecientes y se observan las reacciones del paciente. Habitualmente se utiliza un rango de volumen de 3 a 10 ml y consistencias líquida y semisólida. Esto nos permite evaluar las dos primeras fases orales de la deglución y es utilizada como método de screening junto con la HC, una exploración neurológica general y la evaluación del estado nutricional para seleccionar a los pacientes que deben ser estudiados mediante videofluoroscopia. Sin embargo, esta evaluación tiene sus limitaciones ya que "del 20 al 40% de los pacientes con una evaluación clínica normal han demostrado aspiración durante la video deglución (Splaingard 1988 p. 637)". Splaingard comparó la evaluación Bedside con la videofluoroscopia de la deglución y determinó en la evaluación clínica que no es un indicador confiable del riesgo de aspiración (Splaingard et al., 1988). Se propone la oximetría de pulso como una nueva herramienta para incorporar a la evaluación bedside como indicador predictivo importante para el manejo de los pacientes con disfagia mejorando la exactitud diagnóstica y facilitando el tratamiento fonoaudiológico.

Bibliografía:

- Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, Limburg M. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *J Adv. Nurs.* Mar; 65 (3):477-93. (2009).
- Clavé Civil P., García Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa, S.L., 2011.
- Crivelli, A. Disfagia orofaríngea-Actualización del tema. Publicación de la Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata. Argentina. 1999 [Fecha de consulta 31 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.soportenutricional.com.ar/docs/publicaciones/Disfagia_orofaríngea.pdf
- Colodny N., (2001). Effects of age, dental disease and multisystem involvement on oxygen saturation level in dysphagic persons. *Dysphagia* 16:48-57. USA.
- Logemann J.A. Disfagia (dificultad para deglutir o dificultad para movilizar el alimento de la boca al estómago). 2013 [Fecha de consulta 31 de julio de 2013]. Disponible en: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/8/>
- Noguerol Casado, Seco González (n.d.). Pulsioximetría. [Fecha de consulta 9 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/pulsioximetria/pulsioximetria.pdf>
- O.P.S., Guía para escribir un protocolo de investigación. Washington- USA. [Fecha de consulta 21 de agosto de 2013]. Disponible en: http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/file.php/236/Bibliografia_Unidad_2/3_Guia_elabprotocolo_OPS.pdf
- Sherman & Cols, (1999) Assessment of Dysphagia with the Use of Pulse Oximetry. *Dysphagia* 14:152-156 Ohio - USA.
- Randall, L. Gary L., Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998.
- Splaingard M. et al. (1988). Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy versus bedside clinical assessment. *Arch Phys Med Rehabil.*
- Welch West P. et al, (2010). Disfagia e intervenciones nutricionales en los pacientes con lesión cerebral adquirida. [Fecha de consulta 17 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.traumatismocra-neoencefalico.com/modulo-05.htm>



Defendiendo nuestras incumbencias

En los últimos años, somos testigos de un cambio de paradigma en la Fonoaudiología. Su crecimiento y definición como profesión y los nuevos espacios ocupados en el campo de la salud son importantes y evidentes, así como su protagonismo en los equipos de salud; lo que nos lleva a discutir el perfil actual de nuestra profesión.

La Comisión de Ejercicio Profesional de la Regional La Plata del COFOBA, surge de la necesidad de repensar y discutir el perfil actual de la Fonoaudiología y llevar las ideas que surjan a propuestas que se materialicen en acciones para lograr cambios concretos, que luego se presentan a Consejo Directivo para su tratamiento y ejecución.

Si consideramos a las ciencias de la salud *como un conjunto de disciplinas dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos*, la Fonoaudiología claramente se incluye dentro de este conjunto.

Para lograr este amplio propósito de las ciencias de la salud se reunieron dos vertientes ampliamente desarrolladas en la Fonoaudiología actual: el estudio y la investigación, y la aplicación de estos conocimientos.

El objeto de estudio de nuestra disciplina es la Comunicación Humana, y el Fonoaudiólogo es el profesional dedicado a la detección, diagnóstico, intervención temprana, recuperación y terapéutica de los trastornos de la comunicación humana en relación

con las áreas de vocología, habla, lenguaje, fonoesmatología y audiolología; de modo tal que interviene en todos los niveles de salud realizando acciones de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Nuestro ejercicio profesional también incluye docencia, investigación, gestión y tareas vinculadas a lo pericial. Estos alcances nos muestran una singularidad de esta profesión: no es una disciplina de objeto acotado sino de producción y aplicación de conocimiento científico diverso.

Formalizar nuestras prestaciones

En este marco de reflexión y diseño de líneas de trabajo, hemos advertido **la necesidad de llevar a lo formal prestaciones que en lo real se llevan a cabo**. Entre ellas, la consulta fonoaudiológica es un ejemplo claro de este nuevo conjunto de acciones: son cada vez más frecuentes las oportunidades en que, frente a un determinado problema un paciente o su responsable hace su primera consulta con un Fonoaudiólogo, quien en muchos casos, orienta la derivación o realiza el diagnóstico y tratamiento de su competencia.

Otra de las cuestiones que surgen frente al análisis de la actividad fonoaudiológica es la de la prescripción de dispositivos, por ejemplo, audífonos.

Sabido es que el Fonoaudiólogo lleva a cabo y es el responsable de la selección y adaptación de audífonos, prácticas que incluyen la decisión de equipamiento mono o binaural, en el primer caso la elección del oído a equipar, tipo de molde, programación del o los dispositivos digitales, seguimiento permanente del paciente equipado etc. Particularmente en Audiología Pediátrica, el Fonoaudiólogo es quien guía los pasos de la habilitación o rehabilitación auditiva.

Consideramos que la responsabilidad del Fonoaudiólogo implicada en todo este proceso debe concluir en la realización de la prescripción del dispositivo y que esta prescripción sea reconocida para su otorgamiento por parte de las obras sociales.

Un cambio de normativa en este sentido no hará otra cosa que acompañar los cambios en nuestra práctica diaria. Entendemos prioritario, como Entidad Colegial, impulsar estos cambios en la normativa vigente.

Análogamente, en el área de la Fonoestomatología y en el abordaje de pacientes con disfagia, el Fonoaudiólogo realiza la evaluación clínica y el estudio videofluoroscópico de la deglución, hace el diagnóstico y la terapéutica, que incluye el tipo de dieta y la indicación de la modificación de la consistencia de alimentos por medio de espesantes, así como la prescripción de los mismos ya que no son fármacos. Estos son sólo dos ejemplos del cambio de paradigma que se ha dado en nuestra profesión a raíz del crecimiento de la disciplina, no escapan de esta descripción el área del lenguaje y el área de la voz.

En este proceso de maduración, hemos podido trazar una línea entre lo orgánico y lo funcional. Queda claro, por tanto, que el diagnóstico y tratamiento de la función pertenecen al campo Fonoaudiológico.

A través de la reflexión compartida pueden surgir no sólo cambios de actitud en lo individual al encarar la tarea profesional en el día a día, sino cambios colectivos que contribuyan a mejorar el ejercicio profesional y las condiciones en las que lo llevamos a cabo.

Nuestros derechos y obligaciones

En este orden de cosas, como profesionales de la salud tenemos derechos y obligaciones: tenemos derecho a exigir un reconocimiento de la disciplina en el ámbito de la salud pública y privada que se traduzca en más ámbitos de intervención del profesional fonoaudiólogo, que inexorablemente deberán reflejarse en más ámbitos de intervención y en honorarios dignos. También tenemos derecho a contar con los

instrumentos legales que determinen claramente nuestras incumbencias. Como también tenemos la obligación de la formación continua, porque para exigir respeto debemos acreditar saberes que garanticen una práctica profesional de excelencia.

Desde el Colegio estamos trabajando en todos los temas que contribuyen a la jerarquización de nuestra profesión tales como la implementación de cursos de post grado y otras actividades dirigidas a la actualización permanente. Porque entendemos que las especialidades, incipientes en la actualidad en algunas unidades académicas nacionales, son imprescindibles para la Fonoaudiología, es que se han transformado en un objetivo prioritario para ser plasmado a la brevedad.

La Comisión de Ejercicio Profesional de la Regional La Plata ha elaborado un listado de prácticas fonoaudiológicas que será presentado, con la anuencia del Consejo Superior del COFOBA, a los organismos pertinentes. El objetivo fue crear un *Nomenclador Fonoaudiológico*, y que se le adjudique un código a cada práctica. Un Nomenclador propio es necesario tanto para identificar prácticas que no están reconocidas como para proteger nuestras incumbencias. Cabe ahora el logro de plasmar en una normativa las incumbencias profesionales emanadas de los alcances y los perfiles de formación de grado, acordes al ejercicio profesional en este nuevo paradigma.

Hemos expresado algunos temas que sabemos que preocupan a la comunidad profesional, y que no son de resolución individual, sino colectiva. Entendemos que la búsqueda de soluciones individuales se transforman en batallas perdidas, por ello perseguimos **el objetivo de lograr la participación de todos los colegas para acercar propuestas y compartir sus dificultades en el ejercicio profesional cotidiano.** Contamos para ello con una Entidad de Ley que nos representa, debe y puede vehicular ante los organismos correspondientes los cambios sustanciales que la Fonoaudiología actual reclama.

**Comisión de Ejercicio Profesional
de la Regional La Plata del COFOBA
Dra. María del Carmen Campos.
Lic. Elena Aceto.
Lic. Ana Uriarte.**

La subjetividad profesional en la terapéutica e investigación fonoaudiológica

La Fonoaudiología ha tenido diferentes modos de desarrollarse. En la Argentina, ha acompañado este desarrollo y crecimiento desde las áreas de estudio que la componen desde principio de la década del 40, época en que las Universidades ensayaban audaces reformas académicas que permitían delinear nuevas profesiones.

Este proceso implicó diferentes acciones, estrategias, cambios y organizaciones, en las que intervinieron profesionales del ámbito médico y educativo.

Por lo tanto, en esta profesión, confluyen diferentes aspectos del conocimiento científico, y podemos decir que su objetivo principal apunta a la constitución de un saber de la voz, del lenguaje y de la audición.

En la historia de la Fonoaudiología, se manifiesta constantemente la actividad interprofesional, por lo que se puede sostener que en Fonoaudiología, siguiendo su historia, se encuentra como característica la interdisciplinariedad.

Cuando construimos la Fonoaudiología, nos apoyamos en conocimientos simples que tomamos de otras ciencias convenientes con el fin de mostrar que las nuevas verdades que obtengamos nos brindarán conocimientos que adoptaremos como propios, y es a partir de ellos que formamos nuestro propio corpus teórico.

Este mecanismo nos permite jerarquizar verdades científicas de nuestras propias conclusiones. Esto implica la puesta en práctica de esas nuevas verdades o conocimientos, para así obtener nuevos resultados o descubrimientos mediante la aplicabilidad de estos conocimientos. Es de este modo que vinculamos el conocimiento concerniente a nuestra temática con cuestiones prácticas y con acciones mediante las cuales podemos construir nuevas propuestas, nuevos enfoques o cambiar la naturaleza del problema fonoaudiológico que nos circunda.

Un enorme y complejo desafío

A veces, cuando la situación lo requiere, utilizamos nuevos métodos de evaluación objetivos como herramienta de la ciencia aplicada para resolver problemas de características fonoaudiológicas. Esto hace que se estrechen las relaciones con las otras formas del saber en un intento por comprender el enorme y complejo desafío que representa la fonoaudiología dentro del conocimiento científico.

Por la Dra. Ana Rosa Scivetti.

*Doctora en Fonoaudiología
y Especialista en Docencia Universitaria,
Universidad Nacional de San Luis (UNSL),
Argentina. Profesora Titular
Efectiva de las asignaturas: Voz Normal y
Patológica de la Licenciatura en
Fonoaudiología y en Foniatría
de la Licenciatura en Comunicación
Social de la Facultad de
Ciencias Humanas, UNSL.*



El libre intercambio de enfoques, métodos, técnicas y lenguaje con especialistas de diferente formación académica ha favorecido esta utilización de métodos de principios comunes.

Es por todo esto que podemos afirmar que la Fonoaudiología posee conocimiento controlado y sistematizado en cuanto se conecta y relaciona entre sus diferentes áreas y con otras ramas del conocimiento científico. Por lo dicho, puede desprenderse una especie de asimilación de la Fonoaudiología con las llamadas ciencias duras. Pero también es cierto que se trata de una disciplina que se enmarca dentro de las ciencias humanas. En ambos sentidos, la Fonoaudiología cumple con los requisitos científicos.

La búsqueda de instrumentos cada vez más precisos es una actitud y una tarea constante que va a la par del desarrollo científico. Tal precisión es, efectivamente, una necesidad de todas las ciencias, sean las llamadas duras o las humanas y sociales.

En las ciencias humanas y sociales se presentan una serie de particularidades de las que interesa mencionar dos. Una es la variabilidad y complejidad del objeto de estudio, es decir, del hombre y/o sus actividades, que en última instancia remite a la libertad, al psiquismo individual y a las relaciones intersubjetivas. Y en este aspecto, el objeto de estudio de la Fonoaudiología se identifica con el de las ciencias humanas en general. La otra particularidad, en que la Fonoaudiología se asienta en las ciencias humanas, es la primacía del factor humano en lo que hace a su rol de instrumento de observación, medición y evaluación. Es decir, el especialista o profesional no sólo obtiene datos mediante aparatos sino que él mismo, a través de su percepción directa, obtiene el dato; hace de instrumento de observación y medición. Esto ocurre

en múltiples circunstancias, y de modo imprescindible, aun en aquellos casos en los que utiliza algún instrumental de apoyo. En tal sentido, la percepción, medición y evaluación de un fenómeno particular están estrechamente unidas; las realiza el mismo profesional en una misma instancia. Ciertamente que esto no es novedad desde el punto de vista aplicado, es decir desde la perspectiva de la práctica profesional. Es por esto que apuntamos a un abordaje epistemológico de esta realidad en cuanto a su proyección hacia la esfera investigativa y teórica.

Cómo se percibe la voz del paciente

La percepción de la voz del paciente por parte del profesional, por ejemplo, es una observación directa, sin instrumentos, que ya permite obtener un diagnóstico, sea de la patología o del estado del paciente. Es decir que por sí solo, el especialista efectúa, al mismo tiempo, una observación y una valoración, en lo cual consiste el dato experimental básico. Adviértase que no sólo estamos diciendo que el profesional lee el dato que está fuera de él sino que el dato básico consiste en la percepción y la valoración subjetiva. No "subjetiva" porque aflore de su interioridad sino porque lo que aporta el paciente no se constituye verdaderamente en dato hasta que es observado y valorado por el profesional. Es en este sentido que el dato es un producto de la subjetividad de quien observa. Es por todo esto que importa destacar que ese dato básico (de evaluación) así obtenido, y que implica a su vez una valoración de dicho dato, no pertenece simplemente a la fase terapéutica sino que además sirve, dentro de los proyectos de investigación, como un elemento estadístico. En este sentido, la primera acción instrumental efectuada por los profesionales es la base de posteriores desarrollos teóricos. Y es a partir de aquí que la práctica profesional permite el abordaje en clave epistemológica.

Desde este punto de vista, la reflexión epistemológica debe rescatar y revalorizar la dimensión humana de la función observacional, aun cuando la exigencia de precisión científica presupone, por lo general, que tal precisión se obtiene aislando lo más posible el fenómeno observado de cualquier interferencia subjetiva. Más bien, lo que cabe aquí, sería apuntar no a la sustitución del sujeto en cuanto observador sino a su perfeccionamiento o capacitación.

A su vez, dada la participación necesaria del fonoaudiólogo en la obtención del dato experimental, que resulta el punto de partida de la investigación (y no sólo de la terapia), cabe, quizá, reubicar epistemológicamente el rol del equipamiento auxiliar. Para todas aquellas observaciones en las que la percepción humana participa de esa manera necesaria, aportando el dato en la fase inicial de la observación, los aparatos dejan de ser pensados entre el objeto y el sujeto. En vez de pensar que median entre ambos, pasarían a ser considerados al lado del profesional, a manera de apoyo. De esta consideración se derivan también

consecuencias en orden a la capacitación del profesional y en orden a la concepción de la experimentación. En ambos aspectos, la cuestión sería acentuar la valoración positiva respecto del protagonismo de lo que denominaremos "la subjetividad profesional" y perfeccionar los modos de integración entre el instrumental de apoyo y tal subjetividad profesional.

El ejercicio profesional se convierte en acción pedagógica. Es por todo esto que resulta necesaria la participación de esta subjetividad profesional: la complejidad del elemento observable y la exigencia de percibirlo en su integridad. La voz es uno de esos elementos complejos, y nos sirve de ejemplo en este caso. La voz es la resultante de factores fisiológicos, psíquicos y afectivos, que actúan sinérgicamente. Siendo entonces un fenómeno complejo, supera la capacidad de lectura de los aparatos. Aun cuando la tecnología permite medir la voz bajo ciertos aspectos y parámetros, no permite medir simultáneamente otros, y carece también de la capacidad de percibir matices; y sobre todo, no puede integrar todos los contenidos de la voz, particularmente aquéllos que derivan de la situación afectiva y emotiva de la persona. La función de observación necesariamente trasciende la capacidad del instrumental y requiere entonces de la participación humana, ya en la primera instancia en la que se obtiene y se lee el dato, concibiendo a éste como la estimación o percepción valorativa de todos los aspectos integrada por la subjetividad profesional.

En esta perspectiva podríamos también incorporar la posibilidad de la triangulación de métodos o la problemática de cuantificación de las cualidades y valoraciones. Pero en todos los casos, la instancia instrumental humana será indispensable.

A favor de la superioridad del profesional sobre los instrumentos, acude, también, la experiencia en su campo o especialidad. Cada vez que examina a un paciente, el profesional tiene la oportunidad de confirmar sus conocimientos o corregirlos e incluso acrecentarlos. El ejercicio profesional se convierte así en acción pedagógica o de capacitación, porque le enseña algo al mismo especialista en particular y a la especialidad en general, toda vez que de alguna manera la observación se vuelca hacia la investigación o la docencia. En este segundo caso, la perspectiva epistemológica surge por sí sola.

Bibliografía

§ Rivarola, Lidia, Martínez, José Luis, Fernández, Omar. "Notas para una historia crítica de la Fonoaudiología en nuestro país". Revista Fonoaudiológica. Tomo 46-Nº2-pag.21 a 28. Año 2000.

§ Scivetti Ana Rosa, Notas para la tesis Doctoral "Estudio comparativo del análisis de las características físicas de la voz normal y patológica con el análisis perceptivo acústico del evaluador". Año 2001.

Abiertos a la cultura y a la integración

Sumate a nuestro Coro

Dirección Musical: Lic. Hernán Gatti

Consultas: audicionesfono@hotmail.com

Curso de Teatro para adultos

Profesor: Nicolás Rosas.

Martes de 20 a 22 hs. (grupo avanzado) y

miércoles de 20 a 22 hs. (grupo intermedio)

La Alborada (58 entre 10 y 11).

Consultas: nicolas.tinazzi@gmail.com ó 0221 15 -504-3606.

Curso de Teatro para niños

Profesora: Antonela Marzano

Destinado a niños de 9 a 12 años

Centro Cultural islas Malvinas (19 y 51).

2 horas semanales.

Consultas: antonela_marzano@hotmail.com

414-2368 / 0221 15-506-2166.

Curso de Teatro integrado

Profesora: Antonela Marzano

Destinado a jóvenes y adultos, a partir de los 17 años.

Centro Cultural Islas Malvinas (19 y 51)

2 horas semanales.

Consultas: antonela_marzano@hotmail.com

414-2368 / 0221 15-506-2166.



**Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos
de la Provincia de Buenos Aires**



Regional La Plata

Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

(0221) 427-2234

fonolaplata@cfba.org.ar

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