

Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR)

# **Fonoaudiología:**

**el cuidado de la comunicación humana  
en diversos contextos de intervención.**



## **Idea y realización:**

Dirección de la Escuela de Fonoaudiología  
de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Lic. Ma. Carolina Campra y Lic. Ana Clara Isaias

## **Autores/as:**

Armellini, Gabriela	Isaias, Ana Clara
Báez, Mónica	Ithurralde, Claudia
Barkats Von Willei, Gabriela	Jrolovich, Ma. Florencia
Bereciartua, Gloria	Lucero, Manuela
Bertone, Julia	Luque, Berenice
Bonito, Melina	Miola, Marcela
Callieri, Irina	Mundani, Ma. Carolina
Campra, Ma. Carolina	Muratore, Jimena
Capria, Patricia Fabiola	Nader, Alejandra
Cieri, Marcela	Oloquiegui de Machao, Inés
Codega, Sabrina	Paez, Evelin
Condito, Carolina	Palmero, Claudia
Cuatrocasas, Natalia	Plaza, Ma. Eugenia
Del Grosso, Adriana	Pulizzi, Marisa
Díaz, Claudia	Raimondo, Noelia
Díaz, Yamile	Rañez, Sofía
Dotto, Gabriela	Romani, Yanina
Fabiani, Beatriz	Romano, Andrea
Fagioli, Micaela	Runco, Luisina
Felice, Fernanda	Sammartino, Nadia
Fernández, Melina	Santi, Ma. Alejandra
Fernández, Pablo	Saracco, Fernanda
Ferrero, Antonela	Schmuckler, Maia
Francesconi, Luciana	Serra, Silvana
Garraza, Ana María	Silva, Melisa
Geijo, Betiana	Sosic, Yanina
Giuggia, Ma. Alejandra	Tabacco, Patricia
Grossi, Mariela	Toledo, Marta
Hurtado, Julia	Villar García, Eliana
Ibañez, Mara	Zoloff Michoff, Sofía

**Fonoaudiología:  
el cuidado  
de la comunicación humana  
en diversos contextos  
de intervención**

Isaias, Ana Clara

Fonoaudiología : el cuidado de la comunicación humana en diversos contextos de intervención / Ana Clara Isaias ; compilación de Campra, Ma. Carolina. - 1a ed. - Rosario : Laborde Libros Editor, 2023.

476 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-677-432-1

1. Salud. 2. Fonoaudiología. 3. Comunicación. I. Título.

CDD 617.8

**Fonoaudiología:** el cuidado de la comunicación humana en diversos contextos de intervención.

Primera edición Junio 2023

Laborde Libros Editor. 3 de Febrero 1065. Rosario, Santa Fe, Argentina.

**Idea y realización:**

Dirección de la Escuela de Fonoaudiología  
de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Lic. Ma. Carolina Campra

Lic. Ana Clara Isaias

**Compilación:**

Lic. Paola Muscolini

**Colaboración:**

Lic. Manuela Lucero

Lic. Antonela Bécares

**Corrección:**

Lic. Marcela Alemandi

**Diseño gráfico:**

D.G. Carolina Manrique

**Instagram:** fonoaudiologia.csmed

**Facebook:** Escuela de Fonoaudiología – Rosario

**Correo de contacto:** actividadesfonounr@gmail.com

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopias, sin la citación y permiso previo correspondientes, del/los editor/es.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a la Facultad de Ciencias Médicas por posibilitar esta obra.

Especialmente al Decano Dr. Jorge Molinas, Vicedecano Dr. Damián Lerman y Secretaria Académica Mg. Lic. en Fonoaudiología Susana Villarreal.

A la Secretaría Financiera de la FCM por financiar la concreción del proyecto libro.

A la comunidad de la Escuela: docentes, graduadas, estudiantes y adscriptas, por el trabajo cotidiano que se plasma en este libro.

A las compañeras docentes de otras escuelas de Fonoaudiología del país que nos permiten ampliar los horizontes profesionales.

A los/as colegas insertos/as en diferentes ámbitos que comparten generosamente su experiencia. Al equipo de trabajo por la gestión de cada detalle de estas hojas, haciendo posible este sueño.



# Índice

## Prólogo

- Mónica Báez ..... 13

## Introducción

- Ana Clara Isaias y Ma. Carolina Campra ..... 23

## PARTE I

- Intervenciones en el contexto de la clínica fonoaudiológica:  
el cuidado de la comunicación humana** ..... 27

### Técnica Vocal: la pregunta como abordaje posible

- Marta Toledo ..... 29

### Abordaje interdisciplinario de las alteraciones en la deglución infantil. Disfunciones y disfagia.

- Ma. Eugenia Plaza ..... 39

### El abordaje del autismo: una mirada desde la fonoaudiología

- Berenice Luque ..... 47

### La tartamudez y la imagen de hablante

- Mara Ibañez ..... 61

### El humor verbal en la clínica afasiológica

- Adriana del Grosso ..... 69

### Influencia del ruido de la UCIN en el sistema auditivo de los bebés prematuros

- Mariela Grossi ..... 81

### Diagnóstico de la disfagia en pacientes con afecciones neurológicas

- Patricia Tabacco ..... 91

<b>Había una vez, una palabra</b>	
• Alejandra Nader.....	105

<b>Ejes fundamentales en la clínica del lenguaje con niños/as</b>	
• Yanina Romani.....	113

## **PARTE II**

<b>La fonoaudiología y el cuidado de las infancias y adolescencias</b> .....	123
--	-----

<b>Poesía e infancias. El espacio clínico y educativo, “la gran ocasión”</b>	
• Gloria Bereciartua.....	125

<b>Trayectorias escolares. Tiempo de transformación</b>	
• Marcela Cieri.....	137

<b>Derechos y cuidado de la salud de las infancias y adolescencias</b>	
• Yanina Sosic.....	149

<b>Abordaje integral de la fonoaudiología: hacia la construcción de una propuesta terapéutica viva</b>	
• Melina Bonito.....	163

<b>Propuesta complementaria a tratamiento: trabajo grupal de pacientes con dificultades en la lectoescritura</b>	
• Irina Callieri y Julia Hurtado.....	171

## **Parte III**

<b>La fonoaudiología en Salud Pública desde una mirada social y comunitaria</b> .....	179
---	-----

<b>Comunicar (In) comunicar</b>	
• Silvana Serra.....	181



<b>Salud Fonoaudiológica, transitando el cambio de paradigma. Experiencia en el campo de la salud pública</b>	
• Claudia Palmero.....	195
<b>Mujeres e infancias que habitan el encierro. El cuidado de la comunicación humana en contextos carcelarios</b>	
• Fernanda Felice.....	205
<b>Fonoaudiología en territorio: primeras experiencias de intervención comunitaria</b>	
• Beatriz Fabiani.....	215
<b>Dispositivos de Concurrencias Fonoaudiológicas: abriendo el camino hacia la construcción de prácticas territoriales</b>	
• Julia Bertone, Pablo Fernández, Natalia Cuatrocasas y Micaela Fagioli.....	225
<b>Pensando nuestra práctica colectivamente: la interdisciplina</b>	
• Yamile Díaz.....	235
<b>Fonoaudiología en el tercer nivel de atención</b>	
• Melina Fernández.....	243
<b>Parte IV</b>	
<b>Fonoaudiología: gestión pública, educación, formación académica y extensión universitaria</b> .....	253
<b>Ley n°27.568 de ejercicio profesional de la fonoaudiología: construcción, conquistas y desafíos</b>	
• Inés Olloquegui de Machao.....	255
<b>Nuevos desafíos curriculares para la Fonoaudiología argentina</b>	
• Gabriela Barkats Von Willei.....	269

<b>Cambio curricular en fonoaudiología</b>	
• Ana Clara Isaías y Ma. Carolina Campra.....	285
<b>La gestión como conducción de procesos institucionales. Toma de decisiones y planificación</b>	
• Ana María Garraza.....	295
<b>Desafíos para la formación de profesionales de la fonoaudiología en el área de la voz</b>	
• Ma. Alejandra Santi y Andrea Romano.....	305
<b>La identidad Fonoaudiológica. Desafíos y proyecciones en la universidad</b>	
• Claudia Díaz.....	315
<b>Feminización y profesionalización de los estudios superiores. Aproximaciones sobre la historia de la fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario</b>	
• Antonela Ferrero.....	323
<b>Creación del departamento de acompañamiento pedagógico</b>	
• Luciana Francesconi.....	331
<b>Escuchar, movilizar, alojar. Una invitación a con-mover nuestras prácticas profesionales e interrogar nuestras experiencias formativas</b>	
• Eliana Villar García y Carolina Conditto.....	341
<b>El devenir de las prácticas docentes en tiempos actuales</b>	
• Maia Schmuckler.....	351
<b>La comunicación científica a través del Repositorio Hipermedial UNR: una experiencia desde la Escuela de Fonoaudiología</b>	
• Evelin Paez y Sabrina Codega.....	359

**Experiencia de acceso a la salud fonoaudiológica en el Instituto de la Escuela de Fonoaudiología - IUFAR - en articulación con escuelas primarias con perspectiva de derechos humanos y políticas sociales**

•Ma. Carolina Campra.....365

**Parte V:**

**La fonoaudiología y los avances en la construcción de nuevos conocimientos.....379**

**El abordaje de pacientes adultos con acúfenos:  
síntesis de la evaluación audiológica**

• Jimena Muratore.....381

**El abordaje de las personas con discapacidad,  
hacia una clínica ampliada**

• Ana Clara Isaias.....391

**Fonoaudiología social y comunitaria: repensar  
la formación disciplinar**

• Claudia Ithurralde.....405

**COVIDARIO**

• Docentes de la Cátedra de  
Introducción a la Fonoaudiología.....415

**El desarrollo de los significados en la infancia. Aportes  
de Vygotsky y Luria al campo disciplinar de la fonoaudiología**

• Sofía Zoloff Michoff.....421

**Estudio descriptivo acerca de la narración en niños que asisten  
al quinto grado de la Escuela “Emilio Ortiz Grognet N° 1388”  
de la ciudad de Rosario en el año 2018**

•Manuela Lucero y Luisina Runco.....429

**Actividades de Promoción de la Salud y Prevención en relación a la violencia familiar que realizaron las fonoaudiólogas de los Centros de Salud Municipales de la ciudad de Rosario durante el año 2018**

• Ma. Florencia Jrolovich y Betiana Geijo.....435

**Parte VI:**

**Experiencias de aprendizaje en la formación universitaria..... 443**

**Primera materia electiva de la Escuela de Fonoaudiología: comunicación con pacientes hipoacúsicos/sordos**

• Gabriela Dotto y Gabriela Armellini.....445

**Prácticas pre-profesionales en tiempos de pandemia**

• Fernanda Saracco.....451

**Proyecto de extensión: “Esos locos bajitos” (2019-2021)**

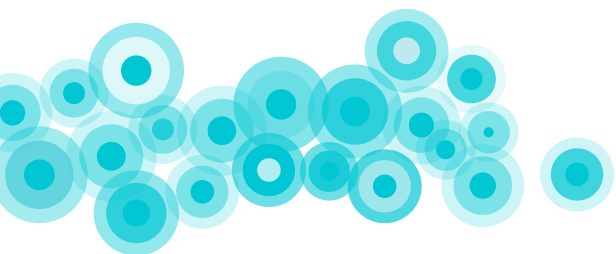
• Ma. Carolina Mundani, Sabrina Codega y  
Ma. Alejandra Giuggia.....461

**El desafío de abordar los malos tratos a la infancia como problemática de la salud, en la formación curricular**

• Sofía Rañez .....469



## Prólogo e Introducción



# Prólogo

**Mónica Baez**

*Escribir es exponerse, arriesgarse a dejar una huella  
que sobrevive a la enunciación [...] no es solo exponer un pensamiento;  
es intervenir e invitar al otro a compartir tu perspectiva.  
Es proponer al lector, “mi semejante, mi hermano”,  
que desbrocemos juntos el camino...  
Phillippe Meirieu (2010, p.10)*

Agradezco a las organizadoras de esta publicación que me propusieran el desafío y el placer de prologar una obra que en muchos sentidos considero necesaria y oportuna porque no solo ofrece al lector/a fonaudiólogo/a el relato de experiencias y de reflexiones actualizadas y pertinentes, útiles para la revisión de las propias prácticas sino también porque las problemáticas abordadas interesan a todo lector/a preocupado/a por la inclusión de sujetos que reclaman ser escuchados e interpretados desde su singularidad. La comunicación humana como tema central de las prácticas profesionales de las que da cuenta este material otorga unidad a la pluralidad de temáticas y de voces que aquí se reúnen. Sabemos que el lenguaje es esencial a la comunicación pero también sabemos que no basta el conocimiento del léxico o la gramática para hacer posible ese encuentro con otro a quien se convoca desde la palabra (oral, escrita o señada) y también desde la palabra no dicha, desde el silencio que no siempre otorga (silencio de espera, de rechazo, de a/con/sentimiento). La comunicación como condición humana, como hecho singular y a la vez social implica encuentros y desencuentros hoy mediados por pantallas y aparatos que interpelan nociones naturalizadas de las que hoy debemos extrañarnos. Por ejemplo, la idea de “presencialidad” hoy también sinónimo de “sincronicidad” (Ver sobre este tema Serra,

Parte III pág.181, en este libro). La densidad teórica y pragmática de la comunicación humana, en las páginas que siguen es narrada, analizada e interpretada en la materialidad de los actos y los discursos que han reunido a pacientes y fonoaudiólogos en la construcción de espacios de diálogos tanto terapéuticos como educativos. Como señala Serra en este mismo libro (Parte III, pág.189)

El profesional fonoaudiólogo es un etnógrafo de la comunicación. Su tarea es deconstruir la lógica polarizada y bidireccional de emisor-receptor cuando interviene en la otredad de un paciente o usuario de sus servicios, trazando una cartografía de sentidos y significados rizomática con líneas entrelazadas, puntos de fuga, redireccionamientos de mensajes, etc. de la que incluso es parte.

Como señala Meirieu -cuyas palabras incluimos como epígrafe- escribir/publicar es “proponer al lector, ‘mi semejante, mi hermano’, que desbrocemos juntos el camino...” En este sentido esta publicación es una invitación y a la vez constituye un acontecimiento en el ámbito de los haceres y quehaceres de la Fonoaudiología y de las disciplinas que a ella se vinculan. El término “acontecimiento” es pertinente en este contexto en un doble sentido: en el del polifacético término griego *kairós* que alude en general “al lugar, tiempo y modo justos, tanto del acontecer no humano, como de la acción humana.” (Kerkhoff, 1997, p. X), es decir, “momento adecuado u oportuno”. Y también en el sentido que se desprende de la propuesta historiográfica de Braudel (1979) retomado por Chartier (2021, pp.16-17) quien se refiere al “acontecimiento como el resultado de mutaciones, evoluciones y transformaciones previas que se cristalizan en el momento del evento “. Respecto de la primera acepción, aquí se da cuenta de temas actuales que incumben a todo aquel in-



interesado en las transformaciones conceptuales y sociales que hoy nos interrogan; respecto de la segunda consideración, este libro evidencia la dinámica de la evolución y transformaciones de una disciplina asumida por profesionales que no han cesado de revisar y reformular sus horizontes y sus prácticas.

La pluralidad de problemáticas y de voces que aquí se reúnen a través de las cinco Partes que componen el libro, refieren acciones profesionales e institucionales que muestran la importancia de ellas como instancias de recuperación de la palabra desde los propios sujetos (niños, jóvenes o adultos) de algún modo heridos por alguna forma de exclusión de la comunidad de habla que debieran integrar. Sujetos que han sido interpelados en su decir y/o en su manera de ser o estar en contextos en los que, con frecuencia, las diferencias, a pesar de los avances alcanzados, siguen sintiéndose como deficiencias. Ante el imperativo de soluciones rápidas se suele priorizar la medicalización, sin embargo, las intervenciones y reflexiones narradas en este libro, evidencian el enorme valor del trabajo de los/las profesionales fonoaudiólogos/as con y por ese sujeto en su integralidad, antes que desde la inmediatez de imperativos familiares o sociales, desde ese rol de escucha y de interpretante (en el sentido propuesto por la escuela de Claudia de Lemos y sus colaboradores) que da sentido a la palabra del otro, trabajo cuyo tiempo es marcado ante todo por la necesidad/precariedad del sujeto/otro de la atención profesional. En un contexto académico e incluso socio cultural en el que la mirada biologicista tradicional se resignifica bajo el común denominador de “nuevos aportes” particularmente neurocientíficos, es oportuna la reflexión que se desprende de las intervenciones que aquí se citan. Una y otra vez se hace evidente la preocupación y compromiso con ese sujeto concebido e interpretado en su complejidad e integralidad: sujeto pensante, de lenguaje atravesado por la a

trama de representaciones, de significados que marcan su subjetividad, su cotidianidad, su “ser/estar en el mundo”.

A lo largo del libro se visibiliza al hacer y al quehacer del/la fonoaudióloga/o más allá de su rol en la clínica, más allá de su rol en la prevención, como ese creador de espacios en los que la circulación de la palabra es materia esencial. Como sostienen Ana Clara Isaías y María Carolina Campra en su poética y precisa Introducción a este material

Quienes trabajan con la palabra conocen la magia que emerge del lenguaje como única posibilidad de sostener la vida en todas sus formas de ser.

Entonces el lenguaje en su opacidad se vuelve objeto en sí y también objeto lúdico en manos de quienes, como las autoras aquí reunidas, conciben su tarea como creadores de espacios en los que es posible el humor y el placer poético, el encuentro con Otro/escucha y con uno/a mismo/a, espacios en los que la esperanza en un mundo más equitativo es meta y presente a la vez. En este sentido, cada capítulo manifiesta la importancia de una disciplina que sin negar las novedades no pierde de vista las múltiples dimensiones e inserciones de un sujeto social, cultural que se inscribe en la singularidad de su propia historia y la de su coyuntura existencial.

Proponer el desarrollo de una técnica vocal que involucre un modo diferente de hacer implica como mínimo plantearse cómo piensa el sujeto que aprende, cuáles son las rutas de reflexión que lleva a cabo para comprender la función actual, como así también para encontrar, desde los caminos ya realizados, atajos y nuevas vías de acceso a los objetivos que se plantea. (Toledo, Parte I, pág.30)

La imagen de hablante es una construcción inconsciente que nos define y habilita (o no tanto) como sujetos parlantes en

una comunidad, en relación y diferentes a otros sujetos parlantes. [...]. En otras palabras, todo sujeto de lenguaje posee una imagen de hablante. Esta imagen adquiere sus características en el mismo proceso de adquisición del lenguaje. (Ibañez, Parte I, pág.62)

Desde esta perspectiva, se concibe a los niños y a las niñas como sujetos únicos, inmersos en una trama relacional, en un contexto social, económico, político y cultural determinado. (Nader, Parte I, pág.105)

Las pocas citas precedentes surgen del relato de un itinerario de experiencias y reflexiones que, con matices, se inscriben en un paradigma de salud que encuentra coherencia teórica en una concepción dinámica y frágil del síntoma desde la que no se pierde de vista, como ya señalara, una noción positiva acerca del sujeto de esas prácticas, es decir, “una ética que supone un sujeto más allá de las dificultades que pudiera presentar” (Romani, Parte I, Cap. 6)

Los capítulos reunidos en las Partes III y IV nos ponen de manifiesto la amplitud de los ámbitos que competen a la Fonoaudiología. En esos capítulos se da cuenta del desarrollo de investigaciones e intervenciones en el ámbito de instituciones públicas (hospitales, cárceles, escuelas). Experiencias ejemplares nos permiten reflexionar sobre los obstáculos que presupone el trabajo en medios vulnerables y las alternativas para sortearlos así como sobre el valor de la Fonoaudiología y la necesidad de un abordaje interdisciplinario para, a pesar de los recortes inevitables, no caer en la banalización de una realidad compleja ni en meros voluntarismos. Las temáticas desarrolladas no eluden las cuestiones acuciantes de nuestro tiempo tales como la patologización de las infancias, las cuestiones en torno al/los género/s o los desafíos actuales para la formación y ejercicio de la docencia en cualquiera de los niveles en que se ejerza.

En la Parte V - La fonoaudiología y los avances en la construcción de nuevos conocimientos- se evidencia, como todo el libro, iniciativas en investigación e intervenciones terapéuticas y también pedagógicas, que vuelven a revelar a profesionales inquietos que se interrogan más allá de los límites que la tradición ha impuesto a la disciplina. Transformaciones necesarias promovidas por la necesidad (y urgencia) de asumir e interpretar las complejidades y dificultades que los nuevos contextos imponen a sujetos interpelados por sus lenguajes o sus aprendizajes, sus formas de comunicarse o de ser y estar en el mundo. Finalmente, la Parte VI nos permite volver la atención a la Fonoaudiología como disciplina universitaria y a los cambios curriculares y en las prácticas didácticas que impulsó la pandemia.

La lectura de las diferentes propuestas desarrolladas nos acerca a la comprensión de la Fonoaudiología y del quehacer del/a fonoaudiólogo/a como instancia de formación universitaria, como práctica en la clínica y en la educación sin reduccionismos ni simplificaciones. Por ese afán de saber, el crecimiento académico e institucional que evidencian las páginas del libro que hoy se ofrece, ha sido inevitable.

En suma, esta publicación está atravesada por una noción de pluralidad en varios sentidos: pluralidad de lecturas ya que cada capítulo puede leerse de manera independiente o bien como itinerario de un quehacer profesional multidimensional; pluralidad de temáticas/problemáticas; pluralidad de voces y de miradas. Por lo antedicho considero que se trata de un acontecimiento y también de una celebración de una joven carrera en crecimiento permanente.

Permítaseme en este último párrafo un tono autorreferencial, que no puedo elidir porque se inscribe en mi historia personal y profesional de aprendizajes, de crecimiento académico y de afecto

con quienes habitan y/o habitaron la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Nacional de Rosario. Como las autoras de esta obra y algunas/os lectores saben, escribo, “arriesgándome” en el sentido provisto por Meirieu, desde el lugar de quien ha compartido y comparte las múltiples dimensiones que se abordan desde la disciplina/transdisciplina fonoaudiológica, pero sin ser fonoaudióloga. Sin embargo, me expongo y arriesgo porque la comunicación humana y las preguntas que sobre ella se desglosan en este libro interesan más allá de las incumbencias fonoaudiológicas. La Fonoaudiología es un campo multidisciplinar que convoca desde la salud (concepto teóricamente amplio) a quienes nos ocupa y preocupan las tensiones entre diversidad e inclusión. En mi caso, a partir del amplio campo de preguntas que supone el ingreso a la escritura y las culturas de lo escrito a cualquier edad. La alfabetización, hoy objeto de estudio científico y no solo didáctico, plantea problemáticas a la investigación para el abordaje de las cuales ha sido y es fundamental, en mi experiencia desde la investigación psicolingüística y educativa, el trabajo cooperativo e interdisciplinar con fonoaudiólogas.

Escribo también desde el lugar de quien durante veinte años participó como docente e investigadora de las transformaciones- y crecimiento- de una disciplina y de una Escuela de Fonoaudiología integrada por un elenco multidisciplinar de profesionales convocados a partir del nacimiento de la Licenciatura en Fonoaudiología. La Escuela se constituyó entonces en una comunidad abierta e inquieta por trascender los límites que la tradición y la historia disciplinares le habían impuesto a la disciplina y a las prácticas. En este espacio fue y es posible formularse y reformularse las preguntas acerca de la “normalidad” y la “patología”, la oralidad y la escritura, las infancias/lenguajes/aprendizajes, entre otras problemáticas que interrogan la noción misma de salud. Es en la elucidación de esas temáticas que fue y es viable el crecimiento académico personal y pro-

fesional de quienes tuvimos el privilegio de transitar ese universo de preguntas, de encuentros y también de desencuentros que siempre promovieron y alentaron revisiones y búsquedas, intercambios y reconfiguraciones multi-inter-intra-disciplinares.

En esta instancia, finalmente, también deseo recordar y sumarme al homenaje a la Fga. Ana Baldomá, formulado en el libro que precede al presente- “Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles”- pues su gestión como Directora de la Escuela dio particular impulso a la investigación intra e interdisciplinar, consolidándose la noción de la Fonoaudiología como campo multi e interdisciplinar y no solo como práctica específica. Fue en ese entonces que participamos de la configuración de nuevos equipos de investigación multi e interdisciplinares que promovieron el desarrollo de indagaciones novedosas, en los que las preguntas surgidas de la Psicolingüística hallaron lugar, indagaciones y exploraciones las que, a su vez, generaron nuevos campos de interrogantes...y sobre todo vínculos personales y profesionales de larga duración. Ese impulso generado por la gestión de Ana, como se pone de manifiesto en este libro y el anterior, se ha sostenido a lo largo del tiempo. Esos procesos de búsquedas teóricas y prácticas han dado lugar a la posibilidad de la escritura de experiencias profesionales sólidamente fundamentadas como las aquí reunidas. Escrituras generosamente ofrecidas a lectores no solo fonoaudiólogos/as, sino también a todo aquel al que la exclusión social y/o educativa de personas de cualquier edad, nos duele y nos reclama.

## Referencias bibliográficas

- Chartier, R. (2021) *Lectura y pandemia. Conversaciones*. Bs.As: Ed. Katz
- Kerkhoff, M. (1997). *Kairos: exploraciones ocasionales en torno a tiempo y destiempo*. La Editorial, UPR.
- Lemos, C. de (2014): Una crítica (radical) a la noción de desarrollo en la adquisición del lenguaje. En Lier De Vitto, M. F. y Arentes, L. (Coord.), *Adquisición, patología, clínica del lenguaje* (pp. 23–37). Rosario: UNR Editora
- Meirieu, P. (2010) *Una llamada de atención. Carta a los mayores sobre los niños de hoy*. Barcelona: Ed. Ariel





# Introducción

**Ana Clara Isaias y Ma. Carolina Campra**

Luego de haber concretado el primer libro de la Escuela de Fonoaudiología en su trigésimo quinto aniversario, cumplido en pandemia, y de la enorme alegría que despertó en la comunidad fonoaudiológica y en compañeros/as de otras disciplinas afines, comenzó a entretejerse el segundo libro de nuestra escuela. Muchos fueron los correos electrónicos recibidos de autoras, en donde con mucha algarabía, se expresó la necesidad de continuar la primera edición para desarrollar con más detalles y profundidad diferentes temas, conceptos, descubrimientos y experiencias clínicas vividas. En algunos mails inclusive se deslizaron, explícitamente, los deseos de poder escribir en una próxima compilación incorporando a la producción a otros/as colegas y profesionales. En este sentido, el anhelo que merodeaba las proyecciones de esta obra era el de abrir las invitaciones a profesionales de otras provincias y a docentes de otras universidades de nuestro país, reconociendo en ello al gran colectivo que le da vida a la fonoaudiología argentina.

Así es que comenzó un nuevo reto: salir de la pandemia, volver a la presencialidad, encontrarse nuevamente en la encrucijada de tiempos-espacios, retornar a las actividades plenas como si nada hubiese pasado, pero sabiendo que todo había pasado y como si fuera poco, escribir un capítulo de un libro tratando de darle enter a las ideas desde la persona nueva que se paría a partir de este remolino varias veces de 360 grados. Era al menos un desafío que proponía reubicar las ideas al paso que se resignificaban las teorías-historias-personas. Este libro colectivo se gesta en este contexto histórico particular, mundial, complejo, individual y colectivo. Atravesar un contexto de incertidumbres profundas, de muerte y resurrecciones, de encierro,

de soledades sufridas, de compañías dolorosas, de abrazos que no llegaron, de pantallas que abrazaron está indisolublemente relacionado al valor de la comunicación humana en todas sus expresiones, aristas y sororidades.

Quienes trabajan con la palabra conocen la magia que emerge del lenguaje como única posibilidad de sostener la vida en todas sus formas de ser. Dice Liliana Bodoc: “Yo no creo en lo mágico como en una pavana, en una ñoñería, yo no creo en lo mágico que permite hacer con un abracadabra cualquier disparate sin ningún esfuerzo. Yo creo en lo mágico como en lo chamánico, como en esto que opera dolorosamente y trabajosamente sobre la realidad para transformarla.” (Bodoc, 2021) Quienes escribieron esta obra han sabido trabajar con la magia-palabra, sostenerla de muchas formas, crear todos los puentes imaginados, amar desde los lugares de resistencia humana, hablar y reclamar los derechos de quienes no tenían voz.

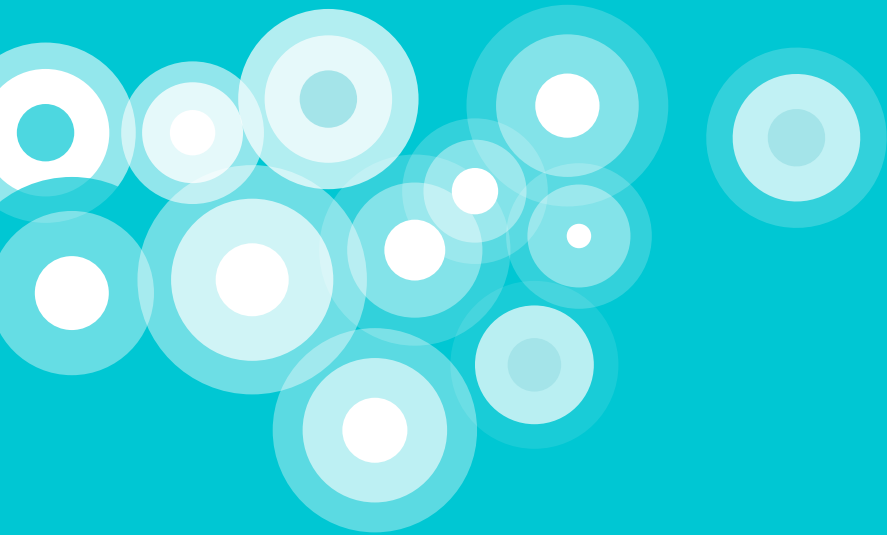
En este libro se proponen desarrollos que tienen enormes matices de distancias infinitas y todas cuentan verdades, de esas que permiten la diversidad necesaria para expandirse y evolucionar, para pensar, repensar, retomar, reflexionar, emerger, aparecer, compartir, encontrarse, bajar y subir, en la magia que nos encuentra en las rondas de lo diverso. Toda magia-transformación tiene un tiempo-espacio-vivencia y es por eso que todos los textos de este libro-palabra-magia presentan una coherencia interna propia de quien ha atravesado lo que se relata-describe. Además, es relevante precisar que cada capítulo respeta la mirada y el posicionamiento teórico-político de quien lo construye; intentar que así no fuera sería además de ignorar las verdades-palabras posibles, un intento infructuoso, porque como dice Liliana Bodoc, la palabra humana no es apolítica, por lo tanto el lenguaje no es apolítico ya que es en las palabras en donde suelen replicarse los mismos debates, tensiones y enfrentamientos que en las sociedades que las pronuncian. “Política

es una palabra donde esa pugna se hace evidente, porque han proliferado quienes procuran reducir el concepto política a partidismo. (...) Esto consigue su objetivo (y lo consigue muchas veces): empequeñecer la discusión que toda sociedad debe darse de su presente, de su pasado y de su destino. Arte, educación y política, son conceptos entramados y dependientes. Si la educación es vapuleada, es vapuleada la palabra de nuestros niños y de nuestros jóvenes, y con la palabra, sus capacidades, sus sueños y sus derechos” (Bodoc, 2021). El arte, la palabra, las disciplinas, no se elevan por fuerza propia, sino que son emergentes de la comunidad que las sostiene, las crea, las modifica. Escribir para otros/as en libertad, compartir la palabra-teoría-ideología-forma, es siempre un acto político transformador, es un acto de magia.

¿Cuál es la necesidad en este contexto que puede conducir a escribir un libro de libre acceso en la Escuela de Fonoaudiología? Hay quienes piensan que un libro se funda en la necesidad de decir, de dar a conocer algo importante, de mostrar/se. Sin embargo, la acumulación de días de silencio y aislamiento despertaron además los deseos de reunirse, de congregar textos, de escuchar otras experiencias, de hacer nuevas preguntas, de escribir lo que no estaba escrito, de hacer visible lo invisible, de manifestar enojos, inequidades, pasiones, afirmaciones de lo que es. A menudo, la ira puede transformarse en escritos que muestren las injusticias y el trabajo que se adeuda en favor de los derechos, en una especie de demostración de resistencia, de combate, de llamamiento a la urgente transformación. Es allí, en alguno de esos pequeños pero grandes deseos, en donde quienes participan de esta compilación han sentido al menos, a modo de un fuego inicial, la necesidad de arrojar una discusión, un planteo, una forma de ver, de trabajar, de estudiar y de sentir. También se escribe para regalar, para aportar, para sostener, para iluminar a quienes leerán y a quienes, sin ser conscientes de esto, serán beneficiados/as

por estas palabras-libro.

La naturaleza diversa en donde se ancla esta obra posibilita a las personas una lectura no lineal (de principio a fin), sino que invita a elegir los temas de preferencia, los desarrollos en consonancias y los paisajes por los que desee atravesar. Esta forma de libre lectura abre múltiples puertas hacia un nuevo viaje único, interno y renovador que se plasmará en la medida de cada magia personal en pos de la transformación colectiva de los nuevos tiempos.

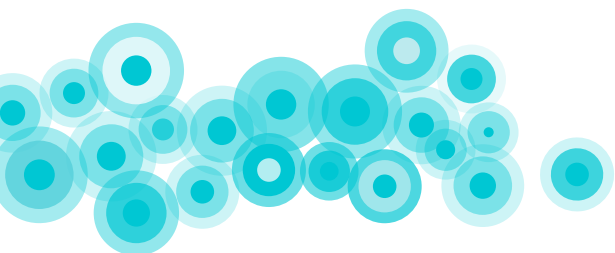


## **Parte I:**

# **Intervenciones en el contexto de la clínica fonoaudiológica: el cuidado de la comunicación humana**

"Cuidado [...] construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de *alojar* al otro en acto".

*Chardon, María Cristina*



# Técnica Vocal: la pregunta como abordaje posible

**Marta Toledo**

*“¿Por qué la Tierra es mi casa? ¿Por qué la noche es oscura?  
¿Por qué la luna es blanca que engorda como adalgaza?  
¿Por qué una estrella se enlaza con otra, como un dibujo?  
¿Y por qué el escaramujo es de la rosa y del mar?  
Yo vivo de preguntar, saber no puede ser lujo  
Yo vivo de preguntar, saber no puede ser lujo”  
Silvio Rodríguez, 1995<sup>1</sup>*

La voz es un instrumento vivo resultante de funciones neurológicas, psicológicas, fisiológicas y aerodinámicas. Estas funciones fisiológicas son en parte conscientes y en otras inconscientes, guiadas por un concepto o idea: la manifestación de la acción conjunta entre musculatura de la postura corporal, de la laringe, del tracto vocal y de la respiración. (Rabine, 2011). Teniendo en cuenta que parte de estas funciones son conscientes, este complejo sistema precisa ser comprendido por quien produce la voz, con el fin de ampliar posibilidades en la toma de decisiones de acuerdo con las demandas vocales. Se podría pensar que a mayor comprensión, mayor autonomía para el cantante o cualquier usuario de la voz profesional. De este modo: “Según cómo piensan cantantes y maestros sobre la función vocal, se determina un concepto mental, o sea, de qué modo se manejan con la voz, la orientación del entrenamiento vocal y su aplicación” (Rabine, 2011).

Refiere Casanova, en Cobeta, Nuñez y Fernández, que el can-

---

<sup>1</sup> Fragmento de la letra de la composición musical de Silvio Rodríguez., Álbum: Rodríguez. Artista: Silvio Rodríguez. Año: 1995. Tipo: Disco de estudio. Lanzamiento: 01 de Junio de 1995. Disquera: Sony/BMG

tante desarrolla, dependiendo de sus años de experiencia y de la calidad de su formación, la propiocepción de los órganos de la fonación de un modo superior al de cualquier otra persona afectada por un trastorno vocal, y que las informaciones periféricas que su sistema nervioso recibe del conjunto de músculos, mucosas y estructuras involucradas en la voz cantada son analizadas y reconocidas de una manera extraordinariamente fina (Cobeta, Nuñez, Fernández, 2013). Se puede agregar a esta idea que la voz como proceso funcional completo, complejo y solidario (Peyrone, 1999) pone en interacción mucho más que los “órganos de la fonación”, y es adecuada aquí la concepción de unidad de sistema en donde una parte del mismo gravita sobre las otras. La postura y el movimiento corporal general son la base de una adecuada biomecánica laríngea. En los diferentes procesos, están activas leyes biológicas que gobiernan las relaciones recíprocas. Por ejemplo, a través de diferentes cadenas musculares, la actividad de los músculos antigravitatorios influye directamente sobre los músculos respiratorios (Rabine, 2011).

Proponer el desarrollo de una técnica vocal que involucre un modo diferente de hacer implica como mínimo plantearse cómo piensa el sujeto que aprende, cuáles son las rutas de reflexión que lleva a cabo para comprender la función actual, como así también para encontrar, desde los caminos ya realizados, atajos y nuevas vías de acceso a los objetivos que se plantea. Cuando ese aprendizaje consiste en la adquisición de herramientas para un nuevo uso muscular, se torna imprescindible un abordaje integral a través de la sensorpercepción, que requiere de la toma contacto con las sensaciones y la habilidad de poder describirlas. Definir y explicar lo vivenciado es un modo de encontrar el concepto que sustentará la nueva práctica. Para clarificar lo mencionado se puede parafrasear a Bertrand Russel (1992) hablando de la percepción como la acción y el efecto de comprender o conocer una cosa, con el argumento



de que se conoce el mundo por medio de sucesos de la propia vida, ya que existe una gran diferencia entre el sentido común, lo que se nos dice, y lo que sabe el ser humano por sí mismo, pudiendo ser refutables los hechos, pero no lo que se percibe de ellos. Desde aquí, solo las sensaciones y los recuerdos son datos fehacientes para el real conocimiento del mundo externo, y la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones y les da un significado. Entonces, la autopercepción, es decir la propia percepción, está formada por la síntesis de esas sensaciones y recuerdos y está relacionada con la consciencia que se tiene del mundo que rodea a la persona. Estas afirmaciones quizás pueden hacer pensar al terapeuta acerca de su rol en la búsqueda del paciente de su propia técnica, basada en las compensaciones musculares positivas para una voz eufónica. La exploración desde esta mirada es coherente con una técnica precisa, absolutamente racional de registro y análisis de aquello que sucede en la organización y el estudio del movimiento propio. La sensopercepción apela en un primer momento más al desorden y busca una resolución del movimiento autónomo introduciendo la búsqueda de la singularidad a través de los dichos, de la palabra, en los hechos, en un gesto, en la acción. (Yutzis, 2013). Esto trae consigo un uso más preciso y exacto del lenguaje. El lenguaje del cantante, su forma de expresión, abarca tanto el ámbito musical como el de las imágenes mentales, las sensaciones físicas y la psicoacústica. A esto se suma la mediación de la emotividad del artista, que transmite con su voz su propio sentir (Cobeta, Nuñez, Fernández, 2013). De acuerdo con Morrison, el problema que muchas veces se plantea es producto de una conducta física de larga duración, a veces en condiciones y entornos adversos. Esto hace que la estrategia de rehabilitación pueda requerir una nueva evaluación y una posible revisión de las técnicas vocales, que podrían incluir la recomendación de un cambio en las condiciones, la frecuencia e incluso el estilo de actuación. Para

muchos cantantes, estas recomendaciones podrían constituir un importante trastorno y es comprensible que sean reacios a cooperar (Morrison, Rammage, Nichol, Pullan, May, Salkeld, 1996).

En el camino de la clínica, surge la clara pregunta (casi retórica) de si es posible un nuevo aprendizaje sin un cuestionamiento acerca del propio uso corporal vocal por parte de quien consulta (y del terapeuta), teniendo en cuenta que muchos cantantes llevan años de estudio de canto y no comprenden las causas que los han llevado al estado funcional por el que consultan. Puede ser este último punto un factor fundante en la terapia fonoaudiológica como así también en el entrenamiento vocal, motivo por el que tal vez sea una buena herramienta que desde los inicios la anamnesis cuente con interrogantes abiertos que den lugar a que el paciente pueda explayarse no solamente en los síntomas, historias de patologías y en el informe otorrinolaringológico, sino que permita dar a conocer qué comprende de la situación ante la que se encuentra. Puede parecer esto una obviedad, pero quizás sea pertinente considerar que en la terapéutica se corre a veces el riesgo de hacer las mismas indagaciones que inducen a conclusiones esperadas. Por un lado, la experiencia clínica dicta qué investigar, y por otro existe la trampa y la comodidad de encontrar siempre las mismas respuestas. Es en este punto en el que podrían generarse proyecciones recíprocas entre paciente y el terapeuta. Probablemente sea el terapeuta el que deba cuestionar sus propios cuestionamientos y generar otros para problematizar esta nueva historia de vida que se presenta. Donde no hay problemas no se generan soluciones. Donde no hay preguntas... no se encuentran vías para el nuevo aprendizaje. “(...) en mi opinión, todo conocimiento comienza por la pregunta. Se inicia con lo que tú llamas curiosidad. ¡Pero la curiosidad es una pregunta! ...” (Freire, Faundez, 2014)

Para elaborar nuevas preguntas, es necesario ver al paciente, escu-

charlo activamente, observar cada gesto, proponer un movimiento, volver a preguntar y entrar en el juego de la individualidad de ese ser, que es la que propondrá un nuevo movimiento y hará surgir la palabra en busca de la descripción más precisa de la sensación vivida. Esto último, si es guiado del modo adecuado, significará un aprendizaje acerca del propio proceso de producción vocal. Yendo al terreno clínico que habitado en lo cotidiano:

Si en la historia de la ciencia médica aplicada a la voz la multifactorialidad del trastorno vocal ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia, en la voz cantada esta multifactorialidad, sobre todo cuando presenta una cierta cronicidad, es un reto para el clínico. Éste se ve abocado a analizar y comprender los diferentes factores implicados, a actuar sobre ellos, siempre de acuerdo con el paciente. (Cobeta Marco, Nunez Batalla, Fernandez Gonzalez, 2013).

Tomando herramientas del ámbito pedagógico, y con el fin de llegar a lo más profundo de esa multifactorialidad, Freire y Faundez plantean que el autoritarismo que obstaculiza nuestras experiencias educativas inhibe, cuando no reprime, la capacidad de preguntar. A eso agregan que la naturaleza desafiante de la pregunta tiende a ser considerada, en la atmósfera autoritaria, como una provocación a la autoridad. Y aunque esto no ocurra de manera explícita, la experiencia sugiere que preguntar no siempre es cómodo (Freire, Faundez, 2013). Este pensamiento puede servir de inspiración para analizar las incomodidades que provocan los cuestionamientos, aquellos para sí mismo por parte del paciente y por parte del terapeuta, algunos que tal vez puedan provocar dudas y que dan la sensación a ambas partes, de estar caminando por la incertidumbre. La pregunta es uno de los dispositivos más antiguos en los procesos de pensamiento, de la

investigación, de la enseñanza y del aprendizaje. Sócrates empleaba la mayéutica como procedimiento básico y esencial para estimular la actividad reflexiva del hombre y para orientarlo en la búsqueda personal de la verdad. Mediante el interrogatorio los interlocutores eran conducidos a distinguir entre el error y las verdades parciales. La verdad surgía como fruto del descubrimiento y la conquista personal. (Vargas Guillén, Guachetá Gutiérrez, 2012). De acuerdo con Vargas Guillén y Guachetá Gutierrez, no de ver sólo el sentido o el significado de las palabras, se trata de auscultar las vivencias que llevan a los sujetos a interpelar y de este modo, de abrir los horizontes de comprensión entre los miembros de la comunidad dialogante.

¿Cuánto puede afectar a la manifestación del propio cuerpo el miedo a preguntar-se? Puede que la curiosidad contextualizada, amablemente guiada por medio de interrogantes pertinentes que surgen también del conocimiento del terapeuta, sean un sostén afectuoso que facilite al paciente a darse cuenta que no hay peligro en preguntar y que él mismo posee muchas de las respuestas que necesita. En consonancia con Benoit Ríos, claramente se puede ver que indagar y contestar forman parte de todo intercambio comunicativo. Las preguntas nacen de la inquietud por el conocimiento, por descubrir el sentir del otro, por saber qué piensa, qué sabe, qué lo inquieta acerca de un tema y se retroalimenta a partir de las respuestas que posibilitan un proceso cíclico, variable y reflexivo. “El valor del cuestionamiento está precisamente en su capacidad para la construcción de sentidos, tanto desde un plano personal como social.” (Benoit Ríos, 2020).

¿Pueden extrapolarse conceptos pedagógicos a las terapéuticas y otros aprendizajes sensorio-perceptivos? Y también vale indagar si es posible empezar a vislumbrar la diferencia entre los abordajes terapéuticos o entrenamientos vocales, que consisten en explicar y dar ejemplos de ejercicios que suponen una receta preestablecida

de aquel que propone la exploración. Se puede considerar que el diálogo y la conceptualización nacen de la relación terapéutica (o pedagógica en otros casos) que sustentará ese nuevo modo de hacer. Eugène Rabine define un ejercicio como un medio describable que pide realizar una actividad, cuyo objetivo es el aprendizaje, que con la repetición trae un efecto de “entrenamiento”, que plantea la comunicación hacia adentro y hacia afuera modificando los esquemas físicos y psíquicos del estudiante (en nuestro caso puede ser un paciente). (Rabine, 2001). Esta definición toda está circunscripta en el diálogo como medio. Por esto, menciona Renata Parussel haciendo referencia a la mirada de Rabine, se deben dar consignas y explicaciones en forma clara y concisa, hasta encontrar aquellas que sea capaz de entender quien las recibe, mientras que quien aprende puede emplear todas las imágenes que le parezcan importantes para describir situaciones perceptivas, sensoriales, técnicas, acústicas, artísticas, psicológicas, siendo función de quien enseña analizar y comprender estas imágenes para poder planificar los ejercicios en relación a las inquietudes que el cantante le acaba de transmitir (Parussel, 2011). Desde este punto de vista, no es difícil adherir a la idea de que no existe ejercicio inocuo si es que consideramos a la persona en su integralidad.

“El cuerpo tiene sus razones” afirma Thérèse Bertherat (Bertherat 2018), y es posible decir que el terapeuta tiene como uno de sus principales objetivos ayudar al paciente a comprender cuáles son esas razones para así poder generar las modificaciones que le permitan el crecimiento adecuado para rehabilitarse. Básicamente se puede pensar en incontables pilares que deben sustentar nuestra práctica fonoaudiológica: el conocimiento científico que permita explicar los procesos fisiopatológicos a nivel general, con la mirada semiológica adecuada y profunda que lleva comprender la particularidad, la mirada social que da conocimiento acerca del paciente en su con-

texto, la experiencia clínica suficiente que agudiza los sentidos, y, en especial, la propia vivencia del terapeuta del proceso de aprendizaje de una técnica vocal (y para quienes entrenan a cantantes, la formación musical con la sólida educación audioperceptiva). Eugène Rabine plantea cinco secciones con respecto a los conocimientos de quien guía en el desarrollo de una función vocal eficiente: 1-una teoría sobre la función vocal, 2-una teoría sobre el proceso de aprendizaje y el entrenamiento sensomotriz, 3-un método desarrollado sobre la base de estas dos teorías, 4-una pedagogía desarrollada en base al método sobre la que se basa y 5- un entrenamiento vocal (Rabine, 2011).

Todo esto facilitaría una relación terapéutica (o de aprendizaje) con la distancia óptima (Rivière, 2002), con un verdadero intercambio, único, omnidireccional, que guíe estas sensaciones en coherencia con los conocimientos de fisiología, acústica, biomecánica etc. para una producción vocal eficiente y por sobre todas las cosas, que sea expresión auténtica de la persona. En definitiva, la (de)construcción del terapeuta (o entrenador vocal) consistiría en salir del rol autoritario del mundo de las recetas, para entregarse a la incertidumbre de cada universo que habita en cada paciente. Es posible andar por la incertidumbre si existe el conocimiento científico sólido, con una actitud flexible y por sobre todas las cosas, si habita en cada terapeuta la curiosidad y respeto hacia el paciente como sujeto de conocimiento.

## Referencias bibliográficas

Benoit Ríos, C. (2020) La formulación de preguntas como estrategia didáctica para motivar la reflexión en el aula - Cuadernos de Investigación Educativa, Vol. 11, Nº 2, 2020, Montevideo

- deo (Uruguay), 95-115 'Universidad ORT Uruguay
- Bertherat, T., Berstein, C (2018). El cuerpo tiene sus razones. Barcelona: Ed. Paidós.
- Cobeta Marco, I.; Nunez Batalla, F; Fernandez Gonzalez, S. (2013). Patología de la Voz. Barcelona: Marge Médica Books.
- Freire, P., Faundez A. (2014). Por una pedagogía de la pregunta. Crítica a una educación basada en respuestas a preguntas inexistentes. Buenos Aires: Siglo XXI editores
- Morrison, M. & Rammage, L. (1996). Tratamiento de los trastornos de la voz. Barcelona: Editorial Masson.
- Parussel, R. (2011). Querido Maestro, querido alumno. Buenos Aires: Ediciones GCC.
- Peyrone, M. C. (1999). Responsabilidad en prevención vocal. Ponencia presentada en el V Seminario sobre Prevención organizado por el departamento de Epistemología y Ejercicio Profesional. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Rosario, Argentina. UNR
- Rabine, E. (2001). Primeras Jornadas Nacionales de Educación Funcional de la voz. Buenos Aires, Argentina: Centro de Trabajo Vocal.
- Rabine, E. (2011). Educación Funcional de la voz Método Rabine, selección de artículos escritos por el profesor Eugene Rabine. Buenos Aires: Ed. Dunken.
- Rivière, P, Pampliega de Quiroga, A (2001). Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Russell, B. (1992). El conocimiento humano. Buenos Aires: Editorial Planeta-De Agostini
- Yutzis, D. (2013) 10º Congreso Argentino y 5º Latinoamericano de Educación Física y Ciencias. La Plata, 9 al 13 de septiembre de 2013 ISSN 1853-7316

## **Datos de la Autora**

**Marta Toledo:** Lic. en Fonoaudiología, cantante en actividad. Ex docente de la cátedra Metodologías para la Eufonía de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Nacional de Rosario. Realizó Sister Programme en Wayne State University con la tutela de la Dra, Maria Cristina Jackson Menaldi. Docente titular de la Cátedra Foniatría I en Instituto Nuestra Voz (Eter Escuela de comunicación, Resistencia Chaco). Fonoaudióloga en el Servicio de Foniatria del Hospital José Ramón Vidal en la ciudad de Corrientes Capital.



# **Abordaje interdisciplinario de las alteraciones en la deglución infantil. Disfunciones y disfagia.**

**Ma. Eugenia Plaza**

Las alteraciones en la deglución infantil pueden ser originadas por múltiples causas, tener variados grados de complejidad, interferir en mayor o menor medida en el desarrollo de la vida cotidiana del niño y su familia, pero todas tienen un punto clave común y es que requieren siempre un abordaje interdisciplinario.

Vamos a diferenciar el tipo de abordaje que pueden tener los niños con estas disfunciones: pueden recibir un abordaje multidisciplinario y de hecho es lo que con más frecuencia se ve: cada especialidad aborda al paciente desde su saber, tanto en el proceso de evaluación y diagnóstico como en las indicaciones terapéuticas, el niño y sus padres o cuidadores circulan por varios o múltiples consultorios dependiendo de la complejidad de la alteración y generalmente no cuentan con un referente conductor que englobe las consultas, son ellos los que arman conclusiones y definen las decisiones a tomar. En la interdisciplina las especialidades convergen y se retroalimentan lenguajes distintos en una puesta en común de saberes individuales, requiere abandonar una visión simple para diseñar y construir una mirada compleja desde una misma plataforma, todos dirigiendo la mirada al mismo punto para elaborar estrategias terapéuticas comunes y un discurso claro al momento de transmitirlo al paciente y su familia. Exige un nivel de integración conceptual y humano que la multidisciplinaria no implica. Y en la transdisciplina nos encontramos con la creación de un nuevo marco conceptual y de acción para el abordaje, donde cuesta reconocer los límites de las disciplinas, que implica una deconstrucción en los saberes indivi-

duales y una puesta en común de vínculos que se van descubriendo de unas disciplinas con otras. Hay que ver la trasdisciplina no sólo como una mejor posibilidad del conocimiento, sino sobre todo como una opción ética, que se propone combatir las tendencias destructivas en el ser humano. Es necesario conducir el desarrollo hacia una condición sustentable de la vida y en especial de la vida humana. La paz sólo se logrará con el desarrollo humano. Para ello hay que comprender los contextos económicos, psicológicos, sociales y culturales y no sólo los físicos, biológicos y químicos.

La opción ética fue claramente planteada en una reunión de científicos de diversas disciplinas que se reunieron en 1994 en la Arrábida (Portugal) y produjeron una carta que puede consultarse en la bibliografía.

Habiendo expuesto la importancia de la mirada y el modo de abordar un paciente nos vamos a adentrar en lo que puede verse desequilibrado o alterado con las disfunciones deglutorias o la disfgia. La alimentación es un área vital en el desarrollo del ser humano desde su gestación, fundamental para el crecimiento y desarrollo pero también con funciones socio-culturales y afectivo-emocionales que tienen un valor esencial para la vida.

La alimentación es el proceso por el cual se escogen, elaboran, transforman e ingieren los alimentos. Una buena alimentación es necesaria para el crecimiento, desarrollo y maduración del niño y para mantenernos saludables a lo largo de la vida. Lo ideal es que sea un hábito satisfactorio y gratificante para padres e hijos. A la hora de escoger los alimentos es importante tener en cuenta la cantidad y lo que aportan al organismo. Es de relevancia para que se desarrollen las capacidades cognitivas superiores, el lenguaje, el pensamiento, la memoria y la atención. La alimentación sana y variada facilita el desarrollo intelectual del niño a través de la percepción sensorial, lo que aumenta su capacidad de memorizar, pensar y razonar.

La alimentación también es un proceso de aprendizaje para el niño, los hábitos adquiridos en la más temprana edad van a influir decisivamente en el futuro. El niño los adquiere desde que empieza a ingerir leche materna o de fórmula y así comienza a incorporar ritmos y hábitos. Esto se va transformando a medida que crece, incorpora otros nutrientes y se va adaptando la alimentación a sus necesidades. Además de ser una función vital la alimentación es el primer modo de comunicación del ser humano con su madre o cuidador principal y sienta las bases para el desarrollo del lenguaje, no sólo porque comparten las mismas estructuras anatómo-funcionales, sino por factores subjetivos y estructurantes que se establecen en ese momento único de conexión vincular en la díada madre-hijo.

La alimentación es posible a través de la deglución, función dinámica y compleja en la que intervienen múltiples estructuras. Durante la deglución actúan músculos de la respiración y del tracto gastrointestinal, y tiene como objetivo el transporte del bolo alimenticio, la limpieza del tracto respiratorio y lograr una buena nutrición e hidratación. La deglución está presente desde la gestación, siendo esta función vital necesaria para garantizar la supervivencia del individuo, de ahí la importancia de las funciones orales desde el útero materno, considerado este un período de intensa actividad y aprendizaje para cualquier ser vivo, ya que interviene también en la regulación del líquido amniótico. El bebé no aprende estas funciones al nacer sino que las perfecciona.

Las estructuras intervinientes en esta compleja función son la nariz, la boca, la faringe, las vías respiratorias y el esófago, que proveen un conducto para el pasaje tanto de aire hacia y desde los pulmones como de alimento hacia el estómago. En el extremo proximal de este conducto se encuentran dos canales diferentes: la cavidad oral y la nasal, que se unen en un canal combinado, la faringe, que a su vez se divide en dos secciones diferentes, que son el esófago y la

tráquea. Aunque el aire puede pasar por los conductos de alimentación produciendo consecuencias menores, si la comida ingresa a los conductos aéreos las consecuencias pueden llegar a ser significativas. Intervienen a su vez unos treinta músculos y seis pares craneales.

La deglución consta de cuatro fases: oral preparatoria, oral propulsiva, faríngea y esofágica. Las dos primeras se encuentran bajo control cortical voluntario y las restantes son involuntarias y están bajo control automático reflejo.

Nos podemos encontrar con alteraciones de la deglución de variada complejidad y origen: se observan dificultades que sólo generan disfunción de grado leve, como las degluciones disfuncionales producto de diversos factores –anatómicos, musculares, funcionales, malformaciones craneofaciales como FLAP, alteraciones en los frenillos tanto labiales como lingual, maloclusiones, etcétera–, y alteraciones más complejas que generan dificultades para deglutir un alimento, con riesgo además de ser aspirado o de que penetre a la vía aérea, y ahí estamos hablando de disfagia.

Pueden presentar disfagia de mayor o menor severidad los bebés prematuros, cardiopatas, con síndromes genéticos como el síndrome de Pierre Robeen o Moebius, malformaciones craneofaciales, bebés con fisura labio alveolo palatina (FLAP), trastornos neuromusculares, encefalopatías, traumatismos encefalocraneanos, niños con estenosis esofágicas, fístulas traqueoesofágicas, reflujo gastroesofágico, bebés que requirieron asistencia respiratoria mecánica, uso de sonda nasogástrica en forma prolongada, entre muchas otras patologías que en forma primaria o secundaria tienen como síntoma dificultades en la deglución y comprometen de acuerdo a la afección una o varias de sus fases.

Muchos de estos bebés y niños con disfagia van a necesitar, para lograr una adecuada nutrición, un soporte nutricional que puede ser exclusivo, por el riesgo de aspiración u otros motivos, o mixto

con la alimentación vía oral. A su vez, el soporte puede realizarse a través de una sonda naso u orogástrica, un botón de gastrostomía o nutrición parenteral, en orden de complejidad mencionada. Y cabe aclarar también que si se piensa en un uso mayor de 3 a 6 meses de sonda se indica la gastrostomía.

Identificamos el compromiso de las fases a través de una exhaustiva evaluación tanto clínica como objetiva de la función deglutoria, siempre partiendo del conocimiento de la historia clínica del paciente y de una anamnesis completa producto de un intercambio con la familia o con quien esté a cargo del niño, y de una evaluación específica que tiene en cuenta la postura general y cefálica espontánea y al momento de alimentarse, el tono muscular general y del sector orofacial, el estado nutricional, respiratorio, los reflejos de defensa, qué consistencia puede ingerir, utensilios cotidianos, etcétera. Y, de ser necesario, realizamos una evaluación objetiva, como el FEES (fibroendoscopia de la deglución) o la videodeglución y otros estudios complementarios como placas de cavum, seriada gastroduodenal, etc.

Sostenemos que la mirada interdisciplinaria o, aspirando a la óptima atención de nuestros pacientes, la transdisciplina, tanto en fase de evaluación diagnóstica como en la de definir la terapéutica a emplear en estos niños es fundamental, y creemos fervientemente que el abordaje global y en conjunto es la forma de obtener los mayores beneficios para ese niño y su familia.

Además de trabajar en forma conjunta profesiones de diferentes áreas, concebimos la posibilidad del acto único de atención entre especialidades, ya sea al momento de evaluación clínica en consultorio como al realizar los estudios objetivos o en las interconsultas de internación en sala, unidad de cuidados intensivos o neonatología. Esto brinda una visión más integral del niño y una aproximación a su realidad cotidiana, lo que optimiza los recursos disponibles y

define el mejor modo de alimentar al niño y construir indicaciones y pautas que se darán, lo cual favorece la claridad en el discurso que se trasmite a la familia y evita a esas familias el circular permanente y prolongado por múltiples consultorios.

Retomamos lo desarrollado al principio del capítulo en relación al modo que elegimos o podemos implementar, de acuerdo a la realidad laboral de cada uno, en función al trabajo conjunto con otras disciplinas. Sabemos que no sólo se trata de cuestiones conceptuales, de saberes específicos, claramente necesarios, sino también de un planteamiento ético a la hora de brindar respuestas a los pacientes con alteraciones en la deglución.

El rol del fonoaudiólogo en el abordaje del paciente con estas alteraciones, en todas sus instancias, muchas veces es de nexo entre todas las disciplinas, y es el profesional que la familia toma como referente por la frecuencia de las sesiones y el vínculo que se crea. Es esta un área, como otras de nuestra profesión, que requiere una formación responsable y específica pero también una ampliación de la mirada y del paradigma que tomemos para intervenir con los pacientes.

“Sólo aquello que por medio de mi trabajo se transforma en mi mismo, sana, nutre y libera al niño” Rudolf Steiner, 1991.

## Referencias bibliográficas

Bisch EM, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ, Lazarus CL. Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity, temperatura in patients with dysphagia resulting from neurologic impairment, in normal subjects. *Speech Hear Res.* 1994; 37: 1041.

Clave' P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Palomera E, Serra-Prat M. The effect of bolus viscosity on swallowingfunc-

- tion in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006; 24: 1385-94.43. Bhattacharyya N, Kotz Langmore S. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 11: 485-489.
- Paniagua J y otros DISFAGIA, de la evidencia científica a la práctica clínica GIUNTIEOS Psychometrics SL.; 1er edición (23 septiembre 2019)
- Paoli Bolio,, Francisco José. Multi, inter y transdisciplinariedad. *Probl. anu. filos. teor. derecho* [online]. 2019, n.13 [citado 2022-02-20], pp.347-357. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007872019000100347&lng=es&nr-m=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007872019000100347&lng=es&nr-m=iso)>.Epub19-Mayo-2020. ISSN 2448-7937. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487937e.2019.13>.
- Romanes, G.J. Cunningham. (1987) *Tratado de Anatomía*. Madrid: Ed. Interamericana/McGraw-Hill
- Rouvière, H. y Delmas, A. (1987) *Anatomía humana. Descriptiva, topográfica y funcional*. Barcelona: Masson. ,
- Sobotta, J. (1994) *Atlas de anatomía humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Orts Llorca, F. (1970) *Anatomía humana*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Torres, B. y Gimeno, F. (1995) *Bases anatòmiques de la veu*. Barcelona: Biblioteca Universitària núm.27. Edicions Proa. *Enciclopèdia Catalana*.

## **Datos de la autora**

**María Eugenia Plaza.** Lic. en Fonoaudiología egresada de UNR año 2001, dedicada al abordaje de bebés y niños con alteraciones en la deglución y disfagia, actualmente trabaja en Hospital de niños Victor J Vilela, es interconsultora permanente de maternidad Martin, forma parte de equipo referente regional de atención de pacientes con FLAP, Supervisora en el área de disfunciones estomatognáticas en colegio de Fonoaudiólogos 2° circ Pcia de Santa Fe, directora de Curso de posgrado “Alteraciones en la alimentación infantil. Abordaje interdisciplinarios” FCM UNR.



# El abordaje del autismo: una mirada desde la fonoaudiología

**Berenice Luque**

*Cada vez que una familia se encuentra ante esa trágica peculiaridad del desarrollo humano a la que damos el nombre de autismo, o que un profesional se enfrenta a la desconcertante exigencia de reconstruir, en lo posible, el rompecabezas del desarrollo de una persona autista... cada vez que sucede que el autismo cubre a un niño con sus blancos copos de silencio, tiene lugar el comienzo de una historia larga, atormentada y conmovedora.*  
(Ángel Rivière)

Frente a esta “desconcertante exigencia”, es que surge la necesidad de buscar todos los recursos necesarios para abordar la compleja problemática que presentan estas personas, ya que más allá de los interrogantes que plantean acerca de su etiología y abordaje terapéutico-educativo, más allá de las incumbencias y teorías, está la persona, niña, adolescente o adulta, que padece autismo y que sólo espera que se la ayude a transitar este rompecabezas de su desarrollo lo mejor posible, sin escatimar la búsqueda de todas las herramientas y recursos necesarios, para mejorar por sobre todo su bienestar emocional y su calidad de vida.

La abundancia de indicadores que comprometen la comunicación y el lenguaje en las personas con estos trastornos hace que la perspectiva fonoaudiológica se coloque en un lugar de importancia nodal en el abordaje terapéutico interdisciplinario.

## **Definición. Estadísticas actuales**

El Dr. Ángel Rivière, psicólogo, catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid, lamentablemente fallecido, decía que:

(...) es autista aquella persona para la cual las otras personas re-

sultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausentes –mentalmente ausentes– a las personas presentes y que, por lo todo ello, se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. Es autista aquella persona a la que algún accidente de la naturaleza (genético, infeccioso, etc.) ha prohibido el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas. Aquel para el cual los otros –y probablemente el “sí mismo” – son puertas cerradas (Rivière y Martos, 1997).

El autismo es la sombra que deja en el desarrollo una dificultad o imposibilidad para constituir ciertas funciones psicológicas cuyo momento crítico de adquisición se extiende entre los 18 meses y los 5 o 6 años. (Ángel Rivière, 1998).

El autismo, según nomenclaturas internacionalmente reconocidas, es considerado actualmente un Trastorno del Espectro Autista (TEA), que se manifiesta siempre antes de los tres años, con un curso evolutivo bastante típico que se da en la mayoría de los casos. Se ve un desarrollo aparentemente normal en los nueve primeros meses de vida, luego sutilmente se manifiestan carencias evolutivas que afectan principalmente la comunicación, teniendo una clara manifestación alrededor de los dieciocho meses, que es cuando comienza la fase crítica del desarrollo. La aparición de síntomas desde el nacimiento sería causada por trastornos severos de origen neurológico, genético, metabólico, epilepsias de la primera infancia, que se acompañan de retraso mental y discapacidad sensorial severa, a los que se les agregan rasgos del Espectro Autista.

Los TEA se acompañan en casi un 75% de los casos de diferentes niveles de retraso mental, más del 50% no hablan, se da más en varones que en mujeres (aproximadamente 70%). Actualmente se estima que en todo el mundo uno de cada 160 niños tiene un TEA, no obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores (Organización Mundial de la Salud,

2021). Existe la posibilidad de que el incremento aparente de los últimos años pueda deberse al refinamiento diagnóstico, aunque no existen razones para excluir un incremento real en la prevalencia.

Las consecuencias sobre el sistema familiar que producen estos trastornos tan severos del desarrollo son devastadoras, los recursos que tenga cada familia para poder salir adelante y ayudar al niño en su desarrollo dependerán en gran medida de la historia personal de cada progenitor, la estabilidad de la pareja y el modo como enfrenten las adversidades. Se deberá tener en cuenta que cuanto más severo sea el trastorno, tanto más estrés producirá en la familia. *Las conductas, actitudes y depresiones de los progenitores serían consecuencia de tener un hijo con TEA más que una causa del mismo.*

La etiqueta autismo (TEA) parece remitir a un conjunto enormemente heterogéneo de individualidades, cuyos niveles evolutivos, necesidades terapéuticas y educativas, y perspectivas vitales son enormemente diferentes, por lo cual Rivière enfocaba el concepto del autismo (TEA) como un continuo más que como una categoría que defina un modo de ser, con importantes diferencias entre los individuos que lo padecen pero con alteraciones comunes en mayor o menor grado de severidad, agrupados en una serie de aspectos o dimensiones que afectan el desarrollo en las personas que padecen estos trastornos, por lo cual hablaba de la noción de Espectro Autista y las dimensiones alteradas en los cuadros que presentan espectro autista, para lo que creó un inventario denominado IDEA (Inventario de Espectro Autista).

### **Cuatro grandes escalas**

**1-Trastorno del desarrollo social**

**2-Trastorno de la comunicación y el lenguaje**

**3-Trastorno de la anticipación y flexibilidad**

**4-Trastorno de la simbolización**

Cada una de estas escalas tiene tres dimensiones, lo que hace un total de doce dimensiones alteradas en el Espectro Autista. Por más que estén separados para su análisis, los trastornos son interdependientes y guardan estrecha relación unos con otros.

Describiremos los cuatro trastornos con algunos ejemplos de la casuística. Por razones de espacio no se describirán las doce dimensiones.

### **1-Trastorno del desarrollo social**

B., niño con hipótesis de TEA, de 24 meses, se arregla solo, ignora por completo a sus figuras de crianza, no le gusta que lo toquen, parece no diferenciar personas de objetos, en el jardín si un niño se cae la pasa por encima sin darse cuenta de que camina sobre él. No mira lo que le señalan, mientras juega con unos toc toc sentado en la falda de su madre la golpea fuertemente en la boca que comienza a sangrar, ella lloriquea y se queja, el niño, indiferente a ello, sigue jugando alegremente.

F., niño de 4 años con Síndrome de Asperger, grita cuando está frustrado “soy insoportable”, no puede ser cómplice de sus compañeros, enseguida se frustra pues no sabe cómo seguir una conversación. Sus padres no pueden salir con él a ningún lado, hace berrinches, grita, se escapa. Por momentos es muy violento. Se interesa sobre temas de salud, lee libros de anatomía, habla de temas que a sus compañeros de escuela no le interesan, no comparte travesuras en los recreos ni sigue el interés de sus compañeros por el fútbol y los personajes de moda.

### **2-Trastorno de la comunicación y el lenguaje**

Los trastornos de la comunicación y el lenguaje de las personas con espectro autista no se definen por la presencia o ausencia del lenguaje sino por la falta de intención comunicativa. Comunicar constituye un problema a veces insoluble para estas personas ya que carecen de la competencia intersubjetiva necesaria para desarrollar

aquellas actividades comunicativas cuya finalidad esencial es compartir la experiencia interna con otras personas, ya sea para pedir, como para mostrar o declarar. La comunicación siempre es una actividad intencionada: tiene un propósito, una intención que se comparte con otro sujeto; es intencional, deliberada, tiene un tema acerca de algo o alguien, un referente externo o interno, se realiza mediante significantes, es decir, mediante signos y no por medio de actos instrumentales tales como los que se realizan con los objetos, en tanto significar es ser una cosa la representación o signo de otra, se realiza o por gestos o por palabras.

El lenguaje se asienta sobre funciones socialmente desarrolladas filo y ontogenéticamente antes, en formas de comunicación prelingüísticas, y, aun en presencia de lenguaje, nuestros intercambios están compuestos por múltiples aspectos comunicativos que no son sólo lingüísticos. La comunicación es un proceso interactivo en el que quienes intervienen utilizan diferentes estrategias para el intercambio de información.

El lenguaje como elemento esencial de la comunicación permite editar deseos, creencias, esquemas, conceptos; mientras se produce lenguaje se realizan adaptaciones sumamente complejas a la mente de los interlocutores para que sea pragmáticamente (o sea prácticamente) adecuado, relevante y con sentido.

¿Por qué entonces una persona con TEA se va a comunicar, por qué va a utilizar el lenguaje para hacerlo? Si vive a las otras personas como ausentes, opacas, desconocidas, si para ella los demás no son los demás porque no los reconoce como sujetos de su misma experiencia, si como decía Ángel Rivière “las personas con autismo son incapaces de predecir, regular y controlar sus propias conductas por medio de la comunicación ya que el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas les está vedado, aquellas para las cuales los otros y probablemente el sí mismo son puertas cerradas...”. (Án-

gel Rivière, 1998).

En el lenguaje hablado de los niños con TEA las palabras se pierden y no se usan gestos para compensarlo.

Según las estadísticas, más de la mitad de las personas con TEA no habla o usa un lenguaje no comunicativo ni funcional. Presenta características muy peculiares, como ecolalias inmediatas o diferidas, inversión pronominal (hablar en 3ª persona), no usar metáforas ni dobles sentidos (lenguaje literal), laconismo, limitación en el uso de declarativos y de verbos representativos de estados emocionales, discurso irrelevante poco adaptado a diálogos interactivos (dificultades semántico-pragmáticas). Para las personas con autismo hablantes, las dificultades semántico-pragmáticas superan ampliamente a las fonológicas y sintácticas, dándose incluso el caso de niños con un ritmo de adquisición normal en estos últimos aspectos del lenguaje.

Lenguaje expresivo:

G., niño con TEA y retraso mental de 4 años, canta vocalizando en dos tonos mientras manipula algunos objetos. Hay mutismo funcional, ya que ninguna de sus emisiones tiene función comunicativa. Cuando quiere algo pide llevando de la mano.

L., niño con TEA de 5 años, habla a la pared, lo que no puede considerarse lenguaje ya que carece de intención comunicativa, sólo es habla en el vacío.

T., niño con Síndrome de Asperger de 7 años, utiliza un lenguaje rebuscado para su edad, por momentos irrelevante y descontextualizado; en una situación de juego dice “no me hables más que me duele” (qué cosa se le pregunta), “la garganta”, “tus palabras me molestan”, “silencio, arruinás todo”; habla con lenguaje copiado de sus personajes favoritos de la tele con su misma prosodia, no soporta que lo interrumpan cuando toma la palabra y comienza a dar un discurso sobre temas de su exclusivo interés.

Lenguaje receptivo:

“Para las personas llamadas normales, como decía nuestro poeta Bécquer: ‘las palabras son aire y van al aire’. Eso no les sucede a las personas autistas, para las que las palabras pueden ser pesadas cargas de procesamiento que, lejos de tener la ligereza invisible del aire, son opacas y sólidas obstrucciones para la comunicación” (Ángel Rivière, 1998). En las personas con TEA, tanto de mayor severidad como en el Síndrome de Asperger, hay siempre anomalías en la comprensión de lenguaje, subyace a estos trastornos una disfasia receptiva de base. La ecolalia de las personas con autismo de moderado a leve es una manifestación de déficit receptivo, que puede constituir una estrategia de comunicación funcional frente al déficit de procesamiento lingüístico analítico; el lenguaje así no se analiza lo suficiente como para extraer el significado, se almacena en la memoria sin codificar y luego se reproduce tal cual se escuchó (de allí el hablar en tercera persona). Donna Williams, una mujer con autismo que pudo escribir sobre sus dificultades, dice que su ambiente educacional ideal sería aquel en el que el aprendizaje se realiza a través de los objetos, sin tener que basarse en la interpretación de las palabras habladas o ver la cara o el cuerpo de alguien moviéndose y cambiando constantemente.

B., niño antes citado, ignora el lenguaje, no responde a llamadas o indicaciones, parece sordo, deambula sin registrar a los demás.

C., niño con síndrome de Asperger de 6 años, no entiende los chistes y dobles sentidos, su comprensión es literal, no hay metáfora posible, cuando sus compañeros de la escuela hacen chistes se enoja pues no los comprende.

### **3- Trastorno de la anticipación y flexibilidad**

La inflexibilidad característica de las personas con TEA está relacionada con el déficit de la capacidad anticipatoria. Las estereotipias motoras, los rituales repetitivos, la obsesión por ciertos temas, la oposición a cambios ambientales, la necesidad extrema por man-

tener un orden, hablan de un patrón de inflexibilidad que es típico en este trastorno. Esta inflexibilidad mental se manifiesta en todos los niveles del espectro autista y su manifestación depende de las capacidades cognitivas y la severidad del trastorno. A mayor nivel de espectro autista (mayor severidad) más inflexibilidad manifestada en balanceos, estereotipias motoras, aleteos, giro de objetos o del mismo cuerpo. Las personas con nivel intelectual más alto recurren a obsesiones más elaboradas.

La inflexible dedicación a conductas invariables o contenidos mentales reiterativos, la dificultad de aceptar los cambios y las limitaciones en las competencias de anticipación se relacionan claramente con la dificultad de dar sentido a la acción propia. El sentido remite al futuro, a una actividad prospectiva o anticipatoria, explica la acción en función de una meta prepresentada por un sistema cognitivo que establece un vector para su acción.

Esta inflexibilidad mental altera notablemente el sentido de actividad, por lo que pueden presentarse conductas sin meta, corretear sin rumbo, aletear, hacer siempre lo mismo, dedicarse solamente a obsesiones, repetir siempre lo mismo, las acciones parecen no tener propósito.

M., niño con TEA de 24 meses, no levanta los bracitos para que lo alcen, mira fascinado cómo gira el ventilador, es rutinario.

T., adulta con Síndrome de Asperger, anota en su agenda todos los pasos necesarios para poder mantener una entrevista de trabajo.

B., niño con hipótesis de TEA de 24 meses, tiene muchas estereotipias, aletea cuando está excitado o molesto, gira sobre sí mismo o alrededor de la mesa, se fascina con el giro del ventilador y las rueditas de los autitos. Puede realizar muy pocas actividades funcionales cuando es apoyado por los adultos y por pocos minutos, apila obsesivamente bloques.

L., niño de 12 años, no puede pisar lo mojado, siempre realiza



lo mismo antes y durante el baño diario, tiene preguntas obsesivas.

#### **4-Trastorno de la simbolización**

Las capacidades de ficción permiten a los niños “situarse de un modo simulado”, hacer “como si”, suspendiendo las características reales de los objetos y relaciones ordinarias de referencia entre las representaciones y el mundo, que los llevan a simular un mundo, alejándose de la realidad inmediata. Se puede así crear mundos alternativos y posibles, metarrepresentaciones que alejan a todos los niños de una interpretación cruda y literal de la realidad. Para las personas con TEA el mundo es literal, sin metáfora posible, hiperrealista, ya que no hay posibilidad de ficción, de dejar en suspenso las propiedades reales de los objetos y crear con ellos juegos imaginativos y mundos alternativos. Esta sería dificultad no les permite reflejar sus emociones y los expone a una cruda realidad sin posibilidad de ficcionar sobre ella. El juego, tanto funcional como simbólico, está severamente afectado.

Las personas con TEA tienen serias dificultades intersubjetivas que les impiden o dificultan la identidad con otros, lo que a su vez bloquea la adquisición de funciones superiores que se alcanzan a través de la imitación. Piaget consideraba que la imitación era decisiva para el desarrollo de las capacidades simbólicas, al definir el mecanismo por el que se constituyen los significantes. Es así que la dificultad para imitar es al mismo tiempo un reflejo y una condición de las limitaciones simbólicas e intersubjetivas de las personas con autismo.

T., niño de 8 años con TEA y retraso mental, se dedica a girar todos los objetos circulares y jugar con sus manos frente a los ojos, no imita a los adultos ni a los pares, a los que ignora.

J., niño con síndrome de Asperger de 6 años, juega con muñecos, arma escenas con ellos, les hace representar diferentes papeles, cuando va gente a su casa se encierra en su pieza y se aísla con ellos,

no juega con otra cosa, no acepta intervenciones ni comparte su juego con pares.

Temple Grandin, mujer adulta con Síndrome de Asperger, cuenta que a veces cuando ve a las personas implicarse en las cosas que están haciendo, se siente como un antropólogo en el planeta Marte. Otra persona con el mismo problema, Therese Joliffe, plantea que le resulta muy difícil sacar provecho de lo social y en la mayor parte de los casos sólo lo hará si tiene cada paso, regla o idea escrita y numerada una tras otra en una columna, así sólo tiene que repasarlas, aunque sea varias veces para aprendérselas. Pero eso no significa que siempre sepa cómo y donde aplicarlas, si las circunstancias varían, aprender a aplicar esas reglas es bastante complicado.

Las personas con autismo viven en un mundo real, sin posibilidad de metáforas y cruelmente literal. Su juego (si es que hay juego funcional) tiende a ser estereotipado, los objetos no se usan para ficcionar, crear o simbolizar. Esta falla de la capacidad de suspender las cualidades reales impide o dificulta la posibilidad de crear gestos comunicativos, crear significantes (palabras que *sustituyan* el objeto real como segundo sistema de señales). Sin suspensión no es posible la comunicación (solamente la hay a través del uso instrumental, es decir, llevando a la otra persona de la mano hacia el objeto deseado), quedando así la mente en un estado *asimbólico* y *literal*. Este déficit se presenta siempre (en grados diferentes) en las personas con autismo.

El abordaje de los TEA es un desafío, por lo que es necesario construir un espacio de reflexión y debate en el que converjan diversos cuerpos teóricos. La dilucidación de un diagnóstico lo más preciso y temprano posible se transforma en una necesidad. A partir de esta instancia clínica es que se podrán diseñar abordajes terapéuticos y educativos lo más eficaces posibles teniendo en cuenta los diversos modos de presentación de estos trastornos atendiendo a la

singularidad de cada caso como si hiciésemos un traje a medida. Dichos abordajes deberán sostenerse desde la *interdisciplina*.

La interdisciplina solo existe cuando el saber de cada disciplina sea clínica, terapéutica, pedagógica o educativa no alcanza para comprender la problemática del niño y su familia. Es ese no saber, el desconocimiento, el que produce e invoca la interdisciplina con el objetivo de construir y habitar un nuevo saber no sabido por nadie, por ningún profesional ni ninguna disciplina.... Ella es efecto de la falta de respuesta, de las fallas, del fracaso de cada disciplina. Por ello es tan difícil crearla, producirla y realizarla, pues va en contra de todo saber instituido hegemónicamente y del propio narcisismo....Afirmamos que la interdisciplina es un saber inventado, que no pertenece a ninguna disciplina, por el contrario, denuncia las fallas, la incompletud del saber y es justamente allí donde los que se preocupan por el niño pueden angustiarse (por no saber), debatir, intercambiar, reflexionar, re-crear y descubrir inventando nuevas tácticas y estrategias inter-disciplinarias para la singularidad de cada niño y su entorno familiar... (Levin, 2003).

Son las puertas de entrada las que difieren en cada paciente, son las vías y caminos indemnes por donde se puede entrar y transitar, esto es posible si se observa detenida y atentamente cada caso, siempre hay un lugar por donde entrar, siempre hay un camino alternativo por donde se puede transitar e ir dejando huellas y funcionalizando las zonas vicariantes o alternativas y es así que la función devenga luego sistema funcional.

No hay un único camino ni una única verdad. La verdad está en quien padece, está en los profesionales, educadores y padres ayudarlo a encontrarla, ya que las únicas respuestas válidas son las que día a

día brindan cada uno de los pacientes quienes, con sus individualidades y peculiaridades los conducen por los caminos vicariantes que cada ser humano tiene por más severo que sea su cuadro patológico.

## Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4<sup>º</sup> edición ed.). Barcelona: Masson.

Attwood, T. (2000). En El síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós.

Azcoaga, J. E. (1983). En Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto. Buenos Aires: Paidós.

Belinchón, M. (2000). Situación y necesidades de las personas con trastorno del espectro autista en la comunidad de Madrid. Madrid: Martin Macias.

Bodoc, L. (21 de 07 de 2021). Ministerio de Cultura Argentina. Obtenido de Youtube: <https://www.cultura.gob.ar/liliana-bodoc-10798/>

Bruner, J. (1984). En Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid: Alianza S.A.

Carcovich, L. (2005). Estudio descriptivo sobre la relación entre la edad del paciente con Trastorno Generalizado del Desarrollo y/o Espectro Autista, al momento de la primera preocupación de los padres y el tipo de trastorno que presenta. Tesina, Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario., Rosario.

Espeleta, M. (1996). En El Lenguaje en Niños y Adolescentes. Rosario: UNR.

Fejerman, N., Arroyo, H., Massaro, M., & Ruggieri, V. (1994). Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Ai-

res: Paidós.

Fox Keller, E. (1991). Reflexiones sobre género y ciencia. Valencia: Alfons el Magnanim.

Frith, U. (1991). Autismo. Madrid: Alianza .

Gerard, G., & Dugas, M. (1992). Autismo: Cuidados, Educación y Tratamiento. Barcelona : Masson .

González Menéndez, A. M., Williams , G., & Pérez-González , L. (2003). Tratamientos eficaces para el autismo. En P. Á. Marino, J. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez , & I. Amigo Vázquez, Guía de tratamientos psicológicos eficaces . Madrid : Pirámide.

Grandin, T. (1997). Atravesando las puertas del autismo. Buenos Aires : Paidós.

Hobson, P. R. (1995). El autismo y el desarrollo de la mente . Madrid : Alianza .

Levin, E. (2003). Los niños de la otra escolaridad. En E. Levin, Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo (pág. 235). Buenos Aires: Nueva Visión.

Luria, A. (1995). Conciencia y lenguaje. Madrid: Aprendizaje Visor.

Matus, C. C. (2015). Salud Comunitaria desde la perspectiva de la comunidad. CABA: Nuevos Tiempos.

Morin, E. (2007). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Rivière, A., & Martos, J. (1997). El tratamiento del Autismo como Trastorno del Desarrollo: principios generales. En A. Rivière, & J. Martos, El Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas (pág. 26). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Rivière, A., Marthos, J, & Valdez, D. (1984). Autismo: enfo-

ques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Madrid: Alambra.

Rutter, M., & Schopler, E. (1984). El Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento. Madrid : Alambra .

Stanton, M. (1998). Convivir con el autismo. Barcelona: Paidós.

Valdez, D. (2005). Evaluar e intervenir en autismo. Madrid: A. Machado Libros S.A.

Vigotsky, L. S. (1988). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores . Barcelona: Crítica Grijalbo.

Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós.

## Datos de la autora

**María Berenice Luque Zeno.** Fonoaudióloga egresada de la UNR. Posgrado sobre “Autismo y Trastornos Severos del Desarrollo”. Jefa del Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte de Rosario. Fundadora y jefa del Servicio Interdisciplinario para la atención de niños/as con autismo “El Ángel” (Ángel Rivière) del mencionado Hospital. Tutora de tesis para obtener el título de Licenciatura en Fonoaudiología, UNR. Autora del trabajo de investigación, publicado en 2007 en Virginia (EEUU) y presentado en 2008 en España (Premio Ángel Rivière) “Autismo y otros Trastornos del Espectro Autista: uso de Hemi-sync como herramienta complementaria en el abordaje terapéutico-educativo”.

## La tartamudez y la imagen de hablante

**Mara Ibañez**

En este escrito daremos una mirada a la tartamudez desde la imagen de hablante y la constitución del lenguaje, mirada que ubica en un lugar primordial a la ideología del bien hablar, a la disfluencia como síntoma y a la tartamudez como parte de la identidad.

La tartamudez, acordando con la definición que realizó la Dra. en Fonoaudiología Silvia Friedman, “es un modo de funcionamiento lingüístico discursivo, que se estructura alrededor de una imagen estigmatizada de mal hablante y se desarrolla en el contexto de una ideología de bien hablar” (Friedman, 2000). En otras palabras, la tartamudez es una forma de comunicarse caracterizada por el intento de controlar la forma de hablar, que generalmente se manifiesta como un discurso torpe y truncado, en la que, según Juana Levín, se suspende el placer de hablar y el encuentro con el otro (la celebración en el espacio participativo del discurrir) y en su lugar se produce una circularidad discursiva, encontrando gozo en la seducción a través de palabras que hacen en lugar de decir. La génesis de este modo de funcionamiento lingüístico discursivo se encuentra en el armado de la imagen de hablante en un contexto de ideología del bien hablar.

La ideología del bien hablar hace referencia a que todos nos encontramos inmersos en una construcción imaginaria social en la cual existe un ideal de hablar bien, existe un ideal en el que algunos podrían hablar correctamente todo el tiempo, usando una correcta selección y combinatoria de palabras, según el contexto en el que se encuentren, sin errores ni trabas. Sería lo mismo decir que el habla es homogénea y que las personas podemos controlarla, lo cual no es

posible. El habla es un acontecimiento complejo, los decires están plagados de reformulaciones, arranques en falso, hesitaciones, lapsus, etcétera; aún así, tenemos la ilusión de controlar el hablar bien. Scarpa (2007) dice que la fluencia hablada es un ideal de la escritura. El lenguaje en uso presenta fallas y es incompleto –los discursos transitan por otros discursos y quien hace la fluencia es el otro. El otro recompone las disfluencias e imperfecciones del habla– o convive con ellas.

La imagen de hablante es una construcción inconsciente que nos define y habilita (o no tanto) como sujetos parlantes en una comunidad, en relación y diferentes a otros sujetos parlantes. Es importante aclarar que un niño tendrá imagen de hablante en la medida que haya constituido el lenguaje y haya sido constituido por él. En otras palabras, todo sujeto de lenguaje posee una imagen de hablante. Esta imagen adquiere sus características en el mismo proceso de adquisición del lenguaje.

Nos basaremos en la teoría de la adquisición del lenguaje de Claudia de Lemos (2000, 2002), quien la define como un proceso de subjetivación configurado por cambios en la posición del niño en una estructura en la que la *langue* y la *parole* del individuo estén indisolublemente relacionadas al cuerpo pulsional, es decir, al niño como cuerpo cuya actividad demanda interpretación. Este proceso se realiza atravesando tres posiciones, las cuales no son cronológicamente ordenadas y se presentan en diferentes momentos de nuestra vida: en la primera posición, el polo dominante es la relación del niño con el habla del otro, identificación del niño con el habla de la madre, no coincidencia entre los significados de sus enunciados. En la segunda posición, el polo dominante es el funcionamiento de la *langue*, las relaciones entre frases y textos se dan en función de la estructura lingüística, aparecen errores como índices de no coincidencias entre el habla del niño y el habla del adulto. En esta posición el



niño es impermeable a los pedidos de corrección o aclaración. En la tercera posición, el polo dominante es el sujeto hablante, el niño ya puede reconocer y corregir errores, reformular enunciados; reconoce que su enunciado afecta a su interlocutor y reconoce la alteridad con él. En esta instancia, el sujeto hablante está dividido entre dos instancias no coincidentes: la del que habla y la del que escucha su propio enunciado como habla de otro.

Conforme a lo expresado en la tercera posición, el niño reformula buscando la mejor manera de decir, por lo cual aparecen repeticiones, lapsus, como momentos de subjetivación que se procesan mientras se está hablando. El interactuante del niño, generalmente los adultos primordiales, van a escucharlo y van a ir determinando las características de la imagen de hablante del mismo, pueden, en palabras de Scarpa (2007), recomponer las disfluencias e imperfecciones del habla o convivir con ellas. Si en la interacción dialógica el adulto puede generalmente escuchar el discurso del niño, sostenerse en el plano del sentido recomponiendo las disfluencias e imperfecciones del habla y responder al diálogo, estas marcas no traban la comunicación entre ambos y el niño logra construir una buena imagen de hablante. Si en la interacción dialógica el adulto generalmente escucha el discurso del niño e interpreta a estas marcas como errores del habla, la interacción se centra en el polo de la forma del lenguaje (en lugar del sentido), se traba la comunicación entre ambos y el niño armará una imagen de mal hablante. En esta última situación, el niño que se encuentra buscando la mejor manera de decir, reformulando, y son esas las trabas que se manifiestan como marcas inconscientes de la apropiación del lenguaje, no comprende la corrección a su discurso. Si esto se repite en el tiempo, el niño comienza a saber que habla mal, pero no hay nada que pueda corregir ya que no logra escuchar los errores. En este momento ingresa en una paradoja: por un lado, su forma de hablar no conforma al

adulto, no habla bien; por otro lado, no sabe hablar de otra manera. Entonces, al entender que hay algo que está haciendo mal y querer solucionarlo, el niño comienza a controlar una actividad espontánea, el hablar, y de esta manera se enquistaba la traba, reafirmando su imagen de mal hablante. La imagen de hablante se constituye siempre en función de las reacciones de los otros (y principalmente los otros primordiales) al discurso del niño. “...el espejo lo mira al niño de acuerdo como el otro lo ve” (Levin, 2000, p. 55).

La disfluencia se genera en este momento en el que las trabas, que se daban como marcas inconscientes de la apropiación del lenguaje, se transforman en síntomas de una imagen de mal hablante. El niño comienza a tener un modo de funcionamiento discursivo torpe, mostrando al hablar el sufrimiento que le genera la situación en lugar del placer del encuentro. Un síntoma, según Lier de Vitto (2007, p. 229), “es aquel acontecimiento que lleva al sujeto a la clínica e involucra, por tanto, sufrimiento efecto de un enlace peculiar del sujeto con su habla”. Plantea que,

(...)si un habla produce efecto de patología en la escucha de los hablantes (y muchas veces en la del propio sujeto), esa escucha tiene efecto de bumerang: afecta a aquel que habla. Así, de la noción de síntoma participan tanto el oyente, que no deja pasar una diferencia; como el hablante, que no puede pasar a otra cosa. Se puede decir que el síntoma en el habla ‘hace sufrir’ porque es expresión tanto de una fractura en la ilusión de semejante (deshace el lazo social), como de lo que lleva a la ruptura de la ficción de sí mismo, de la ilusión de sujeto en control de sí. (Lier de Vitto, 2007, p. 229)

Este es el cuadro que aparece cuando hablamos de disfluencia, los padres vienen a la consulta clínica debido al sufrimiento efecto de un habla interpretada como patológica y que afecta al niño, en la cual el adulto no puede escuchar el sentido del decir del niño, escu-

cha su forma y no puede dejarla pasar, la escucha como un habla patológica, lo que hace que el niño ingrese en la paradoja no pudiendo hacer otra cosa. Esta situación hace sufrir porque genera la fractura en la ilusión de semejante, miedo a que el niño sea tartamudo, y, por otra parte, el niño pierde la ilusión de control de sí, hay algo que sucede que no puede controlar y genera efectos adversos.

Esta distinción que hacemos entre disfluencia, como un modo sintomático lingüístico discursivo, que se estructura alrededor de una imagen en proceso de mal hablante y se desarrolla en el contexto de una ideología de bien hablar, y tartamudez, como un modo lingüístico discursivo, que se estructura alrededor de una imagen estigmatizada de mal hablante y se desarrolla en el contexto de una ideología de bien hablar, tiene su distinción en las palabras sintomático y proceso. La disfluencia se diferencia de la tartamudez porque la imagen de hablante no ha sido consolidada del todo y el modo de funcionamiento discursivo es sintomático de la misma. Esto no se relaciona con un criterio etario, sino con la asunción o no de la imagen de hablante como identidad, lo cual, como profesionales analizaremos desde el discurso de los niños y su familia.

En cuanto al actuar del profesional, la clínica de la comunicación fluida es una clínica basada en la escucha, la escucha del profesional que ante todo debe poder ingresar en este entramado familiar particular, además de poder discernir sobre si la imagen de hablante ha sido estigmatizada o no; la escucha de los adultos primordiales, a quienes hay que volver al polo del sentido; la escucha de los maestros y otros adultos que también deben actuar en consecuencia; la escucha de los niños que deben poder salir de la paradoja en la que estaban atrapados para volver a desenvolverse libres en la adquisición del lenguaje.

Hablamos de tartamudez cuando la imagen de mal hablante ha sido estigmatizada y el modo de funcionamiento discursivo forma

parte de la identidad del sujeto parlante. Juana Levin (2008, p. 14) plantea que, “esta singularidad discursiva es un largo trayecto que se inicia con una defectuosa asunción del Yo para finalizar constituyéndose a la larga en un rasgo de identidad, el *tartamudo*, que termina por aislar al sujeto hablante caratulado de esa manera”. Volvemos a aclarar que no hay un criterio etario definido, por lo menos hasta el momento, sino que, según la escucha que realiza el , verá si la imagen está estigmatizada o todavía no. Pedro Rodríguez (2005, p. 14) dice “soy tartamudo, siento, pienso y actúo primero como tartamudo, luego como psicólogo, como investigador o como científico”.

El actuar profesional en este momento también se basa en la escucha de las personas que se traban para poder generar comunicación fluida a pesar de las trabas. Perfumo (2021, p. 194) plantea que “la comunicación fluida es un proceso que trasciende absolutamente la forma de hablar, al habilitar el reencuentro con la comunicación humana y el respeto por la libertad en los modos de ser con el lenguaje y el cuerpo, resignificando el padecimiento de ‘ocultar’ la tartamudez por la espontaneidad de ser, mostrar y dejar mostrar las trabas y/o tartamudez”.

Coincidimos también con Juana Levin (2008, p. 53) cuando plantea que “saber que esta habla singular puede constituir un rasgo de identidad no implica tratar la identidad de la persona, aunque es indudable que ésta se modificará, pero esto no significa tenerla como objetivo”.

Para finalizar, Wendell Johnson, ya en 1937, planteó que la tartamudez comienza primero en el oído de los padres antes que en el habla de los niños. Juana Levin (2008, p. 10) dice que “el lenguaje es con otro, para otro y por otro”. Es justamente en la adquisición del lenguaje que debemos cuidar el armado de imagen de hablante, los padres, y principalmente los fonoaudiólogos. ¿Cómo lo hace-

mos?, entendiendo que estamos dentro de la comunicación, entendiendo nuestro lugar en el lenguaje, entendiendo que nuestro lugar como escuchantes del discurso del niño determinará su imagen de hablante y su proceso de adquisición de lenguaje; entendiendo que los síntomas del habla involucran al hablante y al oyente y hacen sufrir, pero también suelen movilizar en búsqueda de profesionales idóneos que podamos dar respuestas; entendiendo la responsabilidad que esas respuestas generan y trabajando sobre todo nuestra escucha.

## Referencias bibliográficas

Carvalho, G. (2007) El error en adquisición del lenguaje: un impasse. En Lier DeVitto, M.F. y Arantes L. (orgs.) Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje. Rosario: UNR Editora.

De Lemos, Claudia T.G. (2007) Una crítica radical a la noción de desarrollo en la Adquisición del Lenguaje. En Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje. Op. Cit.

Felice, F. (2018) El tiempo de ser niñas y niños. Rosario: Laborde editor.

Friedman, S. (2000) La tartamudez en la infancia. en <http://ttmib.org/documentos/Friedman1.pdf>.

Friedman, S. (2004) Análisis del funcionamiento discursivo en la tartamudez. en <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/689/analisis-del-funcionamiento-discursivo-en-la-tartamudez-parte-i.html>

Levin, E. (2000) La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión.

Levin, J. (2008) La tartamudez. Otra perspectiva. Buenos Aires: Lugar editorial.

Lier DeVitto, María Francisca (2007) Patologías del Lenguaje: sobre las vicisitudes de las hablas sintomática. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Perfumo, S. (2021) La comunicación fluída. Una perspectiva para la prevención y atención de la tartamudez. En *Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR)*. Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles. Rosario: UNR.

Scarpa, E. (2007) (Más) sobre el sujeto fluente. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

### **Datos de la autora**

**Mara Laura Ibañez** es Licenciada en fonoaudiología egresada de la Universidad de Ciencias Médicas Rosario. Ejerce clínicamente desde el momento del egreso. Formó parte de la Fundación para la tartamudez Rosario, la Fundación para la Comunicación Fluída y del Grupo de Comunicación Fluída.

Ha participado como oyente y disertante de charlas, cursos y congresos sobre tartamudez.

# El humor verbal en la clínica afasiológica

**Adriana Del Grosso**

El humor y el lenguaje son características netamente humanas. De allí su importancia, trascendencia y particularidad (Benadives, 2018). Tanto al sentido del humor como a la risa se les atribuyen importantes beneficios físicos, psicológicos y sociales (Carbelo y Jáuregui, 2006). Las investigaciones actuales sobre el humor se llevan a cabo en muchas y diferentes disciplinas. En las ciencias de la salud resulta un instrumento para aplicar en la relación con el paciente, ya que facilitaría la comprensión mental y la aceptación positiva de distintas situaciones relacionadas con la pérdida del bienestar (Carbelo, 2005). Dean y Gregory (citados en Losada y Lacasta, 2019) consideran que se debe esperar la señal del paciente para poder intervenir con humor. Para detectar esa señal, se debe poseer habilidades de comunicación y la intuición propia de quien aplica la herramienta humorística. Los estudios analizados por Losada y Lacasta (2019) mostraron que el humor ayuda a tomar conciencia de situaciones, a reforzar el vínculo terapéutico y a generar un buen clima y empatía. Permite descargar ansiedad, miedo, angustia y facilita la expresión de hostilidad, ira o agresividad de una manera socialmente aceptada. Desde una perspectiva cognitiva, favorece apreciar el lado positivo de una situación, permitiendo señalar incongruencias o contradicciones. Por último, y de modo más adaptativo, evita tanto la conexión con situaciones dolorosas o desagradables como permite su elaboración mediante el proceso cómico, que hace al efecto de descarga catártica.

Según Attardo (citado en Torres Sánchez, 1997) los términos humor y humorismo se han relacionado a lo largo de la tradición

con nociones como "juego verbal", "arte verbal", "cómico" o "divertido". Este trabajo se ocupa específicamente del humor verbal, y surgió del interés por investigar en qué radica el humor de los juegos de palabras, desde los conceptos de la lingüística estructural (Delgrosso, 2012).

¿Es apropiado el uso de humor para el trabajo terapéutico con una persona que padece afasia?

La afasia es la patología del lenguaje interno que afecta la comprensión verbal y se manifiesta con diferente semiología y grado de severidad. Los y las pacientes que padecen afasia se encuentran imposibilitados de disfrutar la gracia que surge del humor verbal. Incluso, en ocasiones, la dificultad para comprender los juegos de palabras que caracterizan a los chistes es el único síntoma que precede a la recuperación. Está claro entonces que en est@s pacientes el humor no favorece lo antes descrito como facilitador de la relación terapéutica. Muy por el contrario, aplicarlo propiciaría fallas en la comunicación y afectaría la relación paciente-terapeuta. Es un recurso que se debe aplicar en la instancia oportuna de recuperación (Geromini, 2015). De modo que abordar el humor con un enfoque neurolingüístico y alentar su aplicación como recurso en la clínica afasiológica tendría un doble beneficio.

Para comprender esta propuesta es necesario revisar previamente algunos conceptos que nos brindan la lingüística y la afasiología, o sea, la neurolingüística. Dentro de la primera, el estructuralismo describió al lenguaje en niveles de organización. Suele hacerse una división en tres principales: el sistema de sonidos del habla (Fonología), el nivel de disposición estructural de las frases (Sintaxis) y el nivel de sistema de significados (Semántica), que son de naturaleza jerárquica (Benveniste, 1979). En este modelo, las unidades se ordenan linealmente en el eje sintagmático dependiendo de una organización paradigmática para su selección. Una característica de la



lengua es la ambigüedad léxica que, para Ullman (1965), presenta tres formas: fonética, gramatical y léxica. La cuestión del significado motivó el estudio de las relaciones que guardaban entre sí las palabras y así surgió la Teoría del Campo en la lingüística (Benveniste, 1979), que fue introducida por Jost Trier. Su representación gráfica consiste en una superficie con un límite en cuyo centro se encuentra un significado. Cercanos a éste y dentro de los límites, se ubicarían otros significados relacionados con él. Fuera de los límites se hallarían otros que no guardan ninguna relación con el central, pero sí con los que lo rodean (Azcoaga, 1993). En 1974, Bernard Pottier (1977) analizó la composición de un significado (que él llamó *sema*) y clasificó su conjunto de *semas* distintivos o rasgos mínimos de significación en específicos, genéricos y virtuales. J. E. Azcoaga (1979) cita a estos últimos como fuente de los juegos de palabras.

El chiste está definido como un dicho breve u ocurrencia aguda y graciosa que contiene un juego verbal o conceptual capaz de mover a risa, el que muchas veces se encuentra ilustrado por un dibujo y, en ocasiones, puede consistir sólo en ese (RAE, 2018). Los juegos de palabras involucrados en algunas viñetas están, en su mayoría, basados en información semántica a la que se accede a partir de la lectura. En muchas ocasiones, la información verbal se acompaña también de la no verbal, que es *sensorio-perceptiva* (exclusivamente visual por tratarse de humor gráfico), lo que resulta indispensable para su interpretación.

Azcoaga (1985) definió a la afasia como la “patología del significado” y describió los procesos derivados de la gradual desorganización del analizador verbal (*depresión funcional*) considerando separadamente tanto los síntomas producidos en la descodificación semántica (*comprensión verbal*) como en la codificación semántica (*elocución*). El nivel I de *depresión funcional* es de mínima afectación de las funciones semánticas y se manifiesta en el plano de la

codificación semántica a través de anomias y latencias poco frecuentes, y, desde el punto de vista de la decodificación semántica, a través de la pérdida de la comprensión de los semas más abstractos y generalizados del lenguaje, el que clínicamente puede observarse en la falta de comprensión del sentido interno en algunos textos, de las metáforas, los dichos y refranes populares y del humor que depende de la información semántica.

El plan terapéutico del paciente afásico debe ser individual y específico para cada caso, considerando para ello el diagnóstico clínico y el fisiopatológico, la severidad del cuadro, la motivación, el nivel lingüístico premórbido, el nivel de instrucción y el tipo de personalidad previa del paciente (Azcoaga, 1997; Geromini 2010-b y 2015).

Según Geromini (2010-b y 2015), los contenidos del plan que se utiliza en el período de estado en los síndromes neurolingüísticos derivan del diagnóstico clínico y su aplicación del diagnóstico fisiopatológico, y se dividen en logopédicos y ortofónicos, según los objetivos. En el síndrome afásico, el tratamiento es logopédico e involucra dos áreas: elocución y comprensión verbal. Para el síndrome anártrico se indica la ortofonía y la elocución logopédica. Los procedimientos didácticos son inductivos, deductivos, analíticos y sintéticos y para aplicarlos se utilizan tanto recursos sensorio-perceptivos como los que hacen a la comunicación verbal.

La terapia logopédica procura el restablecimiento de la comprensión y un reordenamiento de la elocución en dependencia de la recuperación que se va obteniendo. La codificación/descodificación semántica y la codificación sintáctica se llevan a cabo a través del trabajo por campos, rasgos o redes semánticas y de la organización jerarquizada de las relaciones semánticas que involucran (Geromini 2010-a y 2015). Esta autora no justifica la inclusión en un plan terapéutico de todas las relaciones semánticas. Considera sólo las categoriales; dentro de la misma clase o subclase; por sinonimia;

por la función; por la relación o proximidad habitual; dentro de la misma noción semántica específica; por un atributo o característica compartida y por antonimia; las que ella postula trabajar en ese orden jerárquico. Según Luria, se pueden reestructurar los campos semánticos cambiando el campo de una palabra por otro, a partir de nuevos contextos en los que se la incluye (Geromini, 2010-a y 2015). Esto es posible por el fenómeno de la polisemia (Ullman, 1965 y Palmer, 1978). Las comparaciones entre las categorías que se van incorporando permiten el trabajo sobre los antónimos, sinónimos, parónimos y homónimos (Geromini 2010-a y 2015).

Geromini (2010-a y 2015) propone accionar, además, sobre los cambios semánticos que provocan algunas unidades suprasegmentales y da como ejemplo los dependientes de la acentuación. También considera útil la formación de familias de palabras y abordar las modificaciones semánticas producidas por el agregado de prefijos y sufijos y por la unión de dos palabras, las cuales, a través de la composición, adquieren un nuevo significado. Los ítems propuestos para efectuar cambios de los campos semánticos requieren de pequeños contextos verbales y situacionales, considerando al eje paradigmático en correspondencia con el sintagmático.

La utilización del chiste como recurso terapéutico impone un entrenamiento en el análisis de los juegos de palabras y las relaciones semánticas que involucran, así como los fenómenos lingüísticos que los producen. En muchas ocasiones, requieren de una competencia cultural, tanto del terapeuta que los utiliza como del paciente, por la intertextualidad que presentan. Va de suyo que resulta indispensable tener en cuenta el nivel premórbido del paciente para su aplicación. En relación con el o la profesional fonoaudiólogo@, ést@ no solo debe poseer competencias culturales y metalingüísticas sino una formación neurolingüística para la utilización del chiste en la recuperación del paciente afásic@ leve (Kainer, 2013). Con el

fin de considerarlo un recurso terapéutico en la recuperación de los y las pacientes afásic@s de grado leve, se deben analizar las viñetas (Delgrosso, 2012 y 2013) a la luz de los conceptos de la lingüística enmarcados en la terapéutica neurolingüística, tal como postuló Geromini para la clínica afasiológica (2010-a y 2015). Muchos humoristas ilustran humor (Sendra, Tute, Szoka, Montt, son excelentes ejemplos) y sus chistes pueden ser clasificados según los niveles de análisis que plantea el estructuralismo a partir de la identificación de la palabra clave del juego verbal (Delgrosso, 2011, 2012 y 2013).

Podemos establecer semejanzas y diferencias entre los síntomas en la patología del lenguaje y los juegos de palabras del humor verbal. En ambos casos, hay unidades transformadas que mantienen vínculos semánticos con el resto de los vocablos del sintagma. Discrepan en la producción de los mismos. En la patología afásica depende de la actividad anormal del analizador que procesa la información semántica tanto en el eje paradigmático como sintagmático. En el humor verbal, es la labor creativa de los y las humoristas (Delgrosso, 2011) la que los hace jugar con las palabras en la búsqueda de un efecto gracioso, cómico o de la risa. Incluso, quizás, con total desconocimiento de los conceptos de la lingüística estructural.

Para llevar a cabo esta propuesta de intervención terapéutica se tiene que analizar el nivel lingüístico en el que recaen las unidades transformadas en los juegos de palabras. Se propone aplicar los recursos de manera gradual, comenzando por los que involucran al código de menor jerarquía: el fonológico (Azcoaga, 1979 y 1985). En muchas viñetas se puede reconocer las relaciones semánticas que planteó Geromini para el trabajo terapéutico y que dependen exclusivamente de la ambigüedad lingüística de los vocablos utilizados, que no difiere de la que pueden identificarse en el discurso de una persona con afasia.

Como síntesis respecto de esta propuesta de aplicación de hu-

mor verbal en la clínica afasiológica, comporta dos fenómenos vinculados, uno metalingüístico y otro neurolingüístico.

El primero es el que le permite al terapeuta llevar a cabo el análisis lingüístico de los vocablos involucrados en los juegos de palabras y, así, la interpretación de los mismos a partir de los conceptos vertidos por el estructuralismo. Sólo a partir de este conocimiento, el o la terapeuta puede adquirir una competencia que le permita diseñar y aplicar estos recursos terapéuticos en la clínica afasiológica (Kainer, 2013).

El segundo favorece el desarrollo de las redes semánticas, tanto de los sujetos sin patología como el reestablecimiento de las mismas en aquellos donde irrumpió la fisiopatología como fenómeno subyacente de la sintomatología afásica. Los juegos de palabras permiten abordar los fenómenos semánticos que producen la ambigüedad del lenguaje y con ellos, al utilizarlos como recurso en el trabajo terapéutico con los pacientes afásicos de grado leve, reestructurar los campos semánticos cambiando el campo de una palabra por otro, a partir de nuevos contextos en los que se la incluye (Geromini, 2010-a y 2015). El fenómeno de ambigüedad semántica ocasionado en su mayoría por la polisemia de los vocablos que da lugar al surgimiento de la gracia es también el que permite reorganizar la circulación de la información verbal contenida en la estructura profunda del lenguaje (o lenguaje interno), para lograr el reestablecimiento de todas las relaciones semánticas que se establecen entre los vocablos contenidos en la viñeta y no sólo las virtuales, que son las que se requieren en el género humorístico.

Para concluir, se retoma la idea de los importantes beneficios físicos, psicológicos y sociales que se atribuyen al sentido del humor y la risa (Carbelo y Jáuregui, 2006). Estos solo podrán alcanzarse si la recuperación de un paciente afásico culmina con la posibilidad de volver a disfrutar del humor verbal, siendo esta una característica

premórbida. Por todo esto se sostiene que el humor verbal resulta un recurso terapéutico valioso de la clínica afasiológica.

## Referencias bibliográficas

- Academia Argentina de Letras (2008) Diccionario del habla de los argentinos. 2º edición corregida y aumentada. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Azcoaga, J.E. (1979). Del lenguaje al pensamiento verbal. Buenos Aires: El Ateneo.
- Azcoaga J.E. (1985). Neurolingüística y Fisiopatología (Afasología) Buenos Aires: El Ateneo. 3ra edición.
- Azcoaga J.E. (1993). Información semántica. Lenguaje interno. Pensamiento. Acta Psiquiátrica 39 (2), 107-116.
- Azcoaga J.E. (1997): La atención de la persona afásica adulta. Ecos fonaudiológicos. Año 2 N°2: 38-43.
- Benadives Delgado, J. (2018). (Editora). Psicología y filosofía del humor. Prólogo pp IX y X. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia,
- Benveniste, E (1979). Problemas de lingüística general. Buenos Aires: Siglo XXI
- Centro Virtual Cervantes (CVC). (2019). <https://cvc.cervantes.es/lengua/refranero>
- Carbelo, B y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. Papeles del Psicólogo, 2006. Vol. 27(1), pp. 18-30 <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827104.pdf>
- Coseriu E. (1962). Teoría del Lenguaje y Lingüística general. Madrid: Gredos
- Delgrosso, A. L. (2011). El impacto del humor como recurso didáctico en la lingüística. Tesina de grado. Profesorado Universitario para la Educación Secundaria y Superior. Facultad

de Desarrollo e Investigación Educativos. Universidad Abierta Interamericana. Rosario. Agosto de 2011. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111743.pdf>

Delgrosso, A. L. (2012). El humor como recurso didáctico: Análisis de los juegos de palabras de Sendra desde el punto de vista de la lingüística estructural. Congreso Internacional sobre historietas: Viñetas Serias. CABA. 26 al 29 de septiembre.

Delgrosso, A. L. (2013). ¿Por qué los juegos de palabras son un recurso terapéutico en la afasiología? Conferencia al XVI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Comunicación Audiología Otoneurología y Foniatría A.C. Tijuana, Baja California. 6 al 9 de marzo de 2013.

Ducrot O. & Todorov T. (2003). Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje (Traducción de Enrique Pezzoni) 1ª edición. Buenos Aires: Siglo XXI

Geromini, N.G. (1987) Aportes a la patología neurológica del lenguaje. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de Apinap. Rosario. Ediciones Pedagógicas: Buenos Aires. Pp: 53-75

Geromini, N.G. (2002). Aportes de la lingüística estructural al estudio de las afasias. Fundación Dr. J. R. Villavicencio. Anuario Nº 10: 94-97; 2002. Disponible en <https://adinarosario.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/F78ling-estructural-y-afasia.pdf>

Geromini, N.G. (2010-a). Tratamiento de los síndromes afásico y anártrico: contenidos de los planes terapéuticos. Anuario Adina Rosario.

Geromini, N.G. (2010-b). Período de estado de los síndromes neurolingüísticos: Contenidos de los planes terapéuticos. Mesa Redonda: Lineamientos terapéuticos en la afasia. II Encuentro bonaerense de los Profesionales fonoaudiólogos. La Plata. Junio de 2010.

Geromini, N.G (2015). Patologías del lenguaje en adult@s. Nivel II: Tratamiento. Curso virtual regular teórico-práctico de ADINA Rosario (Docencia e Investigación en Neuropsicología y Afasiología) [https://adinarosario.com.ar/wp-content/uploads/2020/10/13.Adult@s.II\\_.Terap%C3%A9utica.Patolog%C3%ADas.del\\_.lenguaje.pdf](https://adinarosario.com.ar/wp-content/uploads/2020/10/13.Adult@s.II_.Terap%C3%A9utica.Patolog%C3%ADas.del_.lenguaje.pdf)

Kainer, V (2013). La ambigüedad en los juegos de palabras. Estudio comparativo de la importancia de los conocimientos en neurolingüística que deben poseer los futuros terapeutas del lenguaje para su reconocimiento en chistes con información exclusivamente verbal y chistes con información verbal y no verbal. Tesis de doctorado en fonoaudiología. Universidad del Museo Social Argentino.

Losada, A. y Lacasta, M. (2019). Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud. *Calidad de Vida y Salud*, 12 (1), 2-22.

Palmer, F. R. (1978). *La Semántica, una nueva introducción*. México: Ed. S XXI.

Pottier B. (1977). *Lingüística general, teoría y descripción*. Madrid: Ed. Gredos.

Simarro Vázquez (2017). Humor verbal basado en la ambigüedad léxica y competencia léxico-semántica. *Pragmalingüística* 25(2017) 618-636. En <https://revistas.uca.es/index.php/pragma/article/view/2437/3790>

Torres Sánchez, M.A. (1997). Teorías lingüísticas del humor verbal. *Pragmalingüística* 5-6, 1997-1998, 435-44

Real Academia Española (1979). *Esbozo de una nueva gramática de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe

Real Academia Española (2018) <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Ullman, S. (1965). *Semántica*. Madrid: Ed. Aguilar.



## **Datos de la autora**

**Adriana L. Delgrosso** es Doctora en fonoaudiología. Asistencia, difusión, docencia e investigación en neuropsicología y afasiología (ADINA Rosario). Universidad Abierta Interamericana UAI.



# Influencia del ruido de la UCIN en el sistema auditivo de los bebés prematuros

**Mariela Grossi**

## **Introducción**

Los recién nacidos prematuros requieren cuidados especiales y pasan días e incluso meses en unidades neonatales equipadas con aparatología para monitorear su función cardiorrespiratoria y su regulación de la temperatura. Estos dispositivos contienen fuentes de ruido, incluidas alarmas, interruptores y ventiladores.

Este ruido ambiental perturba el sueño, puede conducir a una pérdida auditiva a largo plazo y se ha identificado como un factor de riesgo potencial para un peor desarrollo neurológico.

La privación auditiva sería un factor de riesgo para resultados neurológicos desfavorables, mientras que la exposición significativa a sonidos como la música o el lenguaje puede mejorar la conectividad neuronal y las habilidades lingüísticas de los bebés prematuros.

Lahav y Skoe (2014) sugieren que los estímulos estresantes presentes en el entorno de la UCIN pueden estar asociados con un mayor riesgo de futuros trastornos de la atención, el lenguaje y la audición, lo que puede atribuirse en parte a la exposición del sistema auditivo inmaduro a ciertos tipos de ruido en la UCIN y exposición limitada al habla y al lenguaje.

## **¿Cuándo comienza a escuchar un bebé?**

La respuesta fetal a los estímulos auditivos comienza a las diecinueve semanas de embarazo, permitiendo que el recién nacido escuche sonidos con una frecuencia de hasta 500Hz. El líquido amniótico, el útero de la madre y el tejido circundante limitan las

frecuencias superiores. Este proceso de maduración auditiva se produce hasta los ocho meses de vida extrauterina. En el caso de parto prematuro, la internación de aquellos bebés que lo requieran se producirá dentro del ambiente de la UCIN.

La incubadora en sí amortigua el ruido ambiental mientras que al mismo tiempo expone al recién nacido a sonidos artificiales (ruido de ventilador, sonidos de apertura y cierre de puertas). De esta manera, ese bebé que tendría que estar recibiendo la estimulación con la voz de sus padres no la recibe de manera adecuada y esto afecta la maduración del sistema auditivo.

### **¿Qué es la hipoacusia?**

La hipoacusia (disminución auditiva) es la enfermedad congénita más frecuente en el recién nacido. Tres a siete de cada mil bebés tienen algún grado de hipoacusia. El 50% de los bebés que presentan hipoacusia nacen sanos, no tienen antecedentes familiares y no presentan factores de riesgo. Tres a seis de cada mil niños que presentan antecedentes de riesgo también tienen hipoacusia. Hasta hace muy poco tiempo, la hipoacusia se detectaba tardíamente, lo que le generaba al niño retardos significativos en el desarrollo del habla y del lenguaje, como también retrasos en la adquisición de sus aprendizajes, comprometiendo así sus posibilidades futuras.

Desde el momento del nacimiento, los bebés comienzan a desarrollar su lenguaje y aprenden a hablar a través de lo que oyen; de esta manera, el niño que tiene dificultades para oír tendrá dificultades en el desarrollo de su lenguaje. Desde que existe la posibilidad de chequear la audición del recién nacido, los bebés que presentan alguna disminución auditiva pueden recibir ayuda antes de los seis meses de vida: algunos bebés ya al mes de vida están usando los audífonos, evitando de este modo significativos retrasos en sus aprendizajes que los diferenciarían de sus pares. La pérdida auditiva se

diagnostica en el 2% al 10% de los lactantes prematuros frente al 0,1% de la población pediátrica general. Sin duda, son bebés que tienen un seguimiento por parte de todo el equipo médico.

La discapacidad auditiva infantil es el resultado de la superposición de factores de predisposición genética e impacto ambiental.

### Factores de riesgo auditivo

El Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) (2007) establece los siguientes factores:

Retraso en el lenguaje	Historia familiar de hipoacusia
Internación Neonatología prolongada ( mayor 5 días)	Hiperbilirrubinemia que requiera exanguineotransfusión
Infecciones congénitas (rubéola, citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis, sífilis)	Smes neurodegenerativos (Hunter), neuropatías (Friedreich y Charcot-Marie Tooth)
Anomalías craneofaciales	Prematurez: peso al nacer < 1500 g
Meningitis bacteriana, especialmente por H. influenzae; herpes y varicela	Smes asociados a hipoacusias de aparición tardía o progresivas como Neurofibromatosis, osteopetrosis, y síndrome de Usher. Otros como Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange Nielson.
Anoxia o hipoxia neonatal o Apgar = 0 < 3 a los 5 minutos	Ventilación mecánica ≥ de 10 días
Medicación con ototóxicos	Quimioterapia

Como se puede observar, no está la exposición al ruido como un factor de riesgo. Sin embargo, desde hace muchos años, el ruido

dentro de la UCIN es un factor de estudio debido a produce efectos negativos sobre el ser humano.

### *Caracterización del Ruido ambiental de la UCIN*

El entorno sonoro en la UCIN es ruidoso y contiene ruidos molestos de corta duración y a intervalos irregulares. Los niveles de sonido en las UCIN oscilan entre 7 dB y 120 dB, y a menudo superan el nivel máximo aceptable de 45 dB, recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría. (1997). Estudios posteriores recomendaron en referencia a los sonidos transitorios 65 o 70 dB durante un segundo. (J Perinatol. 2000/2013)

A pesar de la presencia de estas recomendaciones, los análisis existentes del entorno acústico en la UCIN han indicado que estos estándares de ruido se superan frecuentemente. Estudios de entornos de UCIN han demostrado que los niveles de ruido promedio oscilan entre 48 y 55 dB.

### **¿Qué consecuencias puede tener el ruido en la UCIN en un bebé prematuro?**

El ruido puede causar apnea, hipoxemia, alternancia en la saturación de oxígeno y aumento del consumo de oxígeno secundario a una frecuencia cardíaca y respiratoria elevada. Por lo tanto, puede disminuir la cantidad de calorías disponibles para el crecimiento.

Se necesitan niveles elevados de habla para superar el ambiente ruidoso en la UCIN, lo que aumenta los impactos negativos en el personal, los recién nacidos y sus familias. Los altos niveles de ruido están asociados con una mayor tasa de errores y accidentes, lo que lleva a una disminución del rendimiento del personal.

En medio de estos sonidos adicionales, los bebés prematuros pierden un contacto significativo con un estímulo auditivo al que normalmente estarían expuestos hasta el nacimiento a término: la

voz de su madre.

Se considera importante repasar la definición de la Hipoacusia inducida por ruido (HIR): disminución de la capacidad auditiva de uno o ambos oídos, parcial o total, permanente y acumulativa, de tipo neurosensorial, que se origina gradualmente, durante y como resultado de la exposición a niveles perjudiciales de ruido, de tipo continuo o intermitente de intensidad relativamente alta durante un periodo grande de tiempo.

Se podría inferir que si los bebés prematuros están expuestos a ruido, sea este continuo o intermitente, cuando tienen una internación en neonatología prolongada, podría afectar su audición.

La mayoría de estos bebés que necesitan estar internados tienen muchos factores de riesgo auditivo. Por lo tanto, cuando son detectados, no podemos saber si a las causas antes mencionadas se les ha sumado la exposición al ruido. Conociendo que el ruido puede causar hipoacusia y todos los síntomas antes mencionados, debemos intervenir.

Hay que recordar que la internación en neonatología mayor a cinco días es considerada como factor de riesgo auditivo por el Joint Committee on Infant Hearing.

### *Recomendaciones para reducir el ruido en la UCIN*

El ambiente de la UCIN está lleno de eventos estresantes y los bebés prematuros se ven obligados a gastar una cantidad significativa de energía mediando estos estímulos. Por lo tanto, eliminar la mayor cantidad posible de estos factores podría reducir la estadía en la UCIN y llevar a un alta más temprana con sus familias.

Para lograr esto, se debe prestar atención a los sistemas sensoriales del bebé, y las recomendaciones para todas las exposiciones en la UCIN deben generar un entorno de apoyo y crianza que optimice los resultados del desarrollo neurológico de los bebés pre-

turos.

La mayoría de los autores sugiere tratar al bebé en una sección de la UCIN o en una habitación privada, o en incubadoras en las que se controlan los niveles de sonido, o reduciendo los niveles de sonido que alcanzan el nivel de ruido.

A diferencia de los adultos, en los que el tiempo de sueño se concentra en varias horas durante la noche, los recién nacidos tienen patrones de sueño irregulares sin un ritmo circadiano establecido, lo que hace que la organización de una sala abierta sea aún más desafiante.

Para adaptar el entorno acústico a las necesidades de cada paciente, se necesitaría un entorno acústico flexible en cada zona del paciente, que podría realizarse con cortinas acústicas avanzadas.

Algunos especialistas sugieren el uso de orejeras o tapones para los oídos para bajar los niveles de sonido que llegan al neonato.

Existe un decibelímetro, que tiene forma de oreja, se coloca en un lugar visible de la UCIN para todo el personal y la familia. Está diseñado con tres colores: verde, amarillo y rojo. Cuando se enciende el color verde están dentro de los niveles de ruido permitido, mientras que si se enciende el amarillo el nivel de ruido está superando el permitido y el color rojo indica niveles muy altos. De esta forma, se intenta concientizar a padres y personal, para tratar de



disminuir el ruido.

J. Perinatol (2017) recomienda brindar una amplia oportunidad para que el bebé escuche las voces de los padres en vivo, no sugiere auriculares y otros dispositivos conectados a los oídos del bebé. Numerosos estudios han demostrado que la exposición a sonidos de la voz materna puede influir en el estado fisiológico de los bebés en la UCIN. Webb y colaboradores, encontraron que los bebés prema-



turos que fueron expuestos a la voz materna y los latidos cardíacos grabados mostraron un desarrollo cortical auditivo significativamente mayor en comparación con los bebés prematuros que experimentaron los sonidos de rutina del hospital. En la literatura hay poca evidencia que respalde el uso de música grabada o habla en el entorno del bebé de alto riesgo. Las grabaciones de audio no deben usarse de forma rutinaria ni dejarse desatendidas en el entorno del bebé de alto riesgo.

Shaylynn y colaboradores (2018) concluyen que, en lugar de continuar luchando por la disminución de todos los sonidos, la meta debería ser incorporar estímulos acústicos apropiados para el desarrollo en el entorno del bebé. Las regulaciones de ruido deben enfocarse en reducir la cantidad de eventos acústicos prevenibles que ocurren en la UCIN.

### **Referencia Bibliográfica:**

Smith, S., Ortmann, A. y Clark, W. (julio/agosto 2018). Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Un Nuevo Enfoque para Examinar Eventos Acústicos. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122266/>

Echevarría Cruz, A., Arencibia-Álvarez, M. (2020). El ruido como factor causante de hipoacusia en jóvenes y adolescentes. Universidad Medica Piñarena. Vol. 16, No. 2 (2020) <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/427>

Barreto, E., Morris, B., Philbin, K., Gris, L. y Lasky, R. (2006) ¿Los ex bebés prematuros recuerdan y responden al ruido de la unidad de cuidados intensivos neonatales? PMC noviembre 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16626899/>

Graven (2000) El sonido y el bebé en desarrollo en la UCIN: conclusiones y recomendaciones para el cuidado. PMC di-

ciembre 2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11190706/>  
Krueger, C. (2010) Exposición a la voz materna en bebés prematuros: una revisión. PMC <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883123/>  
Wroblewska-Seniuk, K. (2017) Deficiencia auditiva en recién nacidos prematuros: análisis basado en la base de datos nacional de detección de audición en Polonia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598959/>  
Restin, T., Gaspar, M., Bassler, D., Kurtcuoglu, V., Scholkmann, F. y Haslbeck, B. (2021) Las incubadoras para recién nacidos no protegen de los altos niveles de ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatales y son fuentes de ruido relevantes por sí Editor Académica. PMC agosto 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34438595/>

## Datos de la autora

**Mariela Grossi** es Licenciada en fonoaudiología (UNR). Jefa del servicio de Fonoaudiología del HEEP (Hospital Escuela Eva Perón) de Granadero Baigorria. Integrante del Grupo GATIC. (Grupo Auditivo y Terapéutico de Implante Coclear) de Rosario. Fonoaudióloga del Sanatorio Rosendo García, de Rosario. Integrante del equipo de IC. Ha sido parte y ha trabajado en numerosos espacios como: Servicio de Fonoaudiología del Sanatorio de Niños de Rosario, Área audiológica de CIMIENTOS (Centro de estimulación Temprana), Equipo de Centro Educativo Terapeutico para niños y jóvenes multimpedidos sensoriales “Mi Lugar”- Rosario, GAES Rosario, Equipo de Implante Coclear de Fleni Capital Federal, Servicio de Fonoaudiología de la Fundación Arauz. Capital Federal, Hospital Gral de Agudos B. Rivadavia. Capital Federal, Cli-

nica Ameriso. Rosario, Comisión de Audiología del Colegio de Fonoaudiólogos de la 2° Circunscripción. Rosario. Ha realizado ponencias en Congresos Nacionales sobre hipoacusia. Es docente a través de sitio web <https://portalfonoaudiologia.com/>. Fue docente invitada en la Cátedra en Perturbaciones Sensoriales. UAI. Rosario, en la cátedra de Impedidos Múltiples del Profesorado de Ciegos de Rosario, en el Curso Anual de Actualización Pediátrica, Cátedra de Pediatría, UNR.



# Diagnóstico de la disfagia en pacientes con afecciones neurológicas

**Patricia Tabacco**

La deglución en el ser humano es un proceso sumamente complejo que implica multitud de estructuras anatómicas en perfecta coordinación, gobernadas por el sistema nervioso central. Es una función vegetativa, vital, innata que ha evolucionado junto al ser humano a través de la historia. El hombre fue cambiando la forma de apropiarse de los alimentos. Si bien estos cambios se dieron lentamente a través de los siglos y provocaron modificaciones hasta en las dimensiones maxilofaciales del ser humano, la comida siempre ha tenido y sigue teniendo una función social y cultural: el hombre se reúne para comer. De ahí la repercusión que tiene la disfagia en la vida social de un individuo.

El término disfagia tiene su origen en el prefijo dis-, que proviene de dys- (dificultad o anomalía), y en el sufijo -fagia que etimológicamente procede de phagomai (comer), ambos procedentes del griego. De manera general, por tanto, podemos definirla como “dificultad para comer”. Esta dificultad puede deberse a alteraciones orgánicas o funcionales de las estructuras que intervienen en la deglución, que pueden ser lesiones o trastornos funcionales del sistema nervioso central, de los pares craneales relacionados con la deglución, de la unión neuromuscular o del músculo propiamente dicho y que puede repercutir en alguna de las cuatro etapas de la deglución. Es importante tener en cuenta que la disfagia es la responsable de muchas complicaciones que se suman a la patología de base del paciente neurológico, como son la neumonía aspirativa, desnutrición y deshidratación. Por esto es indispensable conocer la

fisiología de la deglución normal, esto permitirá la detección y abordaje temprano y adecuado.

Ickenstein (2011) la define como el proceso por el cual el individuo transporta la saliva y el alimento desde la boca hasta el estómago que depende de la coordinación de muchas estructuras neuromusculares y de mecanismos específicos del tronco y corteza cerebral. Mendell y Logemann (2012) definen la deglución como una función compleja que involucra numerosas acciones voluntarias e involuntarias para transportar líquidos y alimentos desde la boca hasta el estómago de manera segura, garantizando el buen estado nutricional y protegiendo la vía aérea. La deglución es un proceso complejo multidimensional que requiere la interacción e integración de sistemas conscientes y semiautomáticos con la coordinación precisa de varios grupos musculares en la cavidad oral, faringe y esófago. La afectación en cualquier parte del proceso puede resultar en descompensación y posterior disfagia. Esta disrupción puede tener distintos niveles de severidad y si no se aborda con prontitud, puede resultar en desnutrición, deshidratación y aspiración (Sasegbon y Hamdy, 2017).

### **Control neural de la deglución**

El control neural de la deglución va desde la corteza cerebral hasta el bulbo raquídeo, donde se encuentran los centros de control segmentarios y suprasegmentarios de varios de los músculos estriados que participan en la deglución (Eterkin, 2003; Jean y Dallaporta, 2006; Martin, 2006). Estos músculos, que se contraen o inhiben secuencialmente para lograr el pasaje del bolo alimentario, están inervados por los nervios craneales trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago o neumogástrico (X), espinal o accesorio (XI) e hipogloso (XII). Estos nervios proporcionan la inervación sensorial y motora de la deglución y los movimientos asociados del

tracto respiratorio superior que aseguran la coordinación entre las dos funciones y su reciprocidad. En las etapas preparatoria y oral participan los pares craneales V (masticación), VII (motilidad de labios y mejillas) y XII (lengua). El inicio de la etapa faríngea está determinado por la actividad propioceptiva de los pares IX, X y XI (Logemann, 1998; Eterkin, 2003).

A nivel del tronco cerebral, toda la información sensorial involucrada en el inicio y la facilitación de la deglución converge en el tracto y núcleo del tracto solitario (NTS). Este núcleo recibe las aferencias térmicas, mecánicas y químicas de orofaringe y las descendientes de la corteza y centros subcorticales que determinan el inicio del reflejo deglutorio. Luego del desencadenamiento del reflejo, se sucede una cascada de eventos que se consideran generados por el centro generador del patrón deglutorio, ubicado en la formación reticular adyacente al NTS y al núcleo ambiguo (NA) del bulbo raquídeo. La respuesta motora es luego transmitida por los pares VII, IX, X y XII, que inervan la faringo-laringe y la lengua respectivamente. Si bien la deglución está coordinada fundamentalmente a nivel de tronco, la corteza también ejerce un papel importante en la regulación, ya que el centro generador del patrón deglutorio puede ser activado no sólo por las aferencias sensitivas de la orofaringe sino también directamente desde la corteza cerebral (corteza sensorio-motora, prefrontal, cingulada anterior, insular, parieto-occipital y temporal) (Eterkin, 2003; Martin, 1993; Miller, 1999).

Es justamente esta complejidad la que explica la alta incidencia de la disfagia en las enfermedades neurológicas. Es una función tan compleja y precisa como altamente vulnerable.

La disfagia se puede clasificar por la *topografía* en orofaríngea (DOF) y esofágica (DE). La primera engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del EES, y corresponde a casi el 80% de las disfasias diagnosticadas. La segunda refiere a

las alteraciones en el esófago superior, cuerpo esofágico y EEI, son generalmente producidas por causas mecánicas y supone alrededor del 20%.

Desde el punto de vista *etiológico* se las puede clasificar en mecánica o funcional. La mecánica está causada por alteraciones estructurales que dificultan la progresión del bolo. La funcional es la causada por alteraciones de la secuencia motora faríngea (Groher, 2010; Logemann, 1998).

La disfagia se puede presentar a cualquier edad y puede ocurrir como resultado de alteraciones congénitas, estructurales, secundarias a intervenciones quirúrgicas, radioterapia, o alteraciones en alguna zona del SNC. Además, puede aparecer tanto en el momento agudo, subagudo o crónico de la enfermedad, en forma aislada y junto a otros síntomas. Es difícil conocer la verdadera prevalencia de la disfagia ya que depende de la exhaustividad en la evaluación del paciente, del momento evolutivo de la enfermedad que la causa y de la valoración de los síntomas por parte de los especialistas y de los mismos pacientes.

La *Prevalencia* de DOF en *ACV* es de entre el 14 y 97%, dependiendo del momento evolutivo, tipo de *ACV* y metodología de diagnóstico. En *ACV* de tronco llega al 100% (Langdon, 2007). Otras investigaciones hablan del 65% de DOF en los *ACV*, la mitad de ellos con aspiraciones, de los cuales los 2/3 eran aspiradores silentes. Los *ACV* que afectan *bulbo raquídeo o tronco encefálico* son los más severos porque comprometen las estructuras de control voluntario de la deglución (Logemann, 1998; Clavè, 2008). Al inicio pueden presentar ausencia del reflejo deglutorio, que luego se va restableciendo, pero con demoras; parálisis faríngea uni o bilateral, reducción del ascenso laríngeo y disfunción del cricofaríngeo. Las lesiones en *sustancia blanca subcortical* producen retardo en el tránsito oral y disparo deglutorio. Lesiones a *nivel cortical*, si son de



*hemisferio izquierdo anterior* determinan una *apraxia de la deglución* (dificultad en el inicio voluntario de la deglución, retardo en el tránsito oral y disparo deglutorio). En el *hemisferio derecho anterior* puede haber demora en el tránsito oral, disparo deglutorio y ascenso laríngeo. Las *lesiones posteriores* generalmente no comprometen la deglución.

*Prevalencia* de DOF en *TEC*: Oscila entre 25 y 72%, dependiendo del método de evaluación (clínico/instrumental), estadio evolutivo y gravedad del propio traumatismo. La aspiración es muy frecuente, muchos pacientes necesitan traqueotomía. Reflejo deglutorio demorado o ausente en un 80%, reducido control lingual, reflejo tusígeno afectado, aspiraciones silentes. Alta frecuencia de malnutrición, complicaciones médicas y traumáticas (Field, 1989; Lazarus, 1987).

*Prevalencia* DOF en enfermedad de *Parkinson*: presente en casi el 100% de los pacientes en algún momento de la enfermedad, a veces desde el comienzo, en muchos casos sin que el individuo lo perciba. Aumenta con la progresión de la enfermedad. Son frecuentes el babeo, temblor lingual, dificultades en la masticación y en la ingesta de píldoras, alimentos duros. Demora en el desencadenamiento del reflejo deglutorio. Disminución en la contractilidad faríngea y en la elevación y cierre glótico. Broncoaspiraciones y complicaciones nutricionales (Kalf et al 2012).

*Prevalencia* de DOF en *Esclerosis Múltiple (EM)*: entre 30-40%, (Guan, 2015) en dependencia del estadio, tipo de la enfermedad y frecuencia de episodios de desmielinización. Alteraciones en seguridad y eficacia de la deglución y aspiraciones silentes por control lingual reducido, retardo del reflejo deglutorio, reducción en la contracción faríngea, falta de cierre laríngeo.

*Prevalencia* de DOF en *Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)*: en ELA bulbar el 100% presenta disfagia. El resto de formas clínicas

el 60%. En ocasiones la disfagia es el inicio de la enfermedad. Presentan dificultad para la masticación, sialorrea, déficit en la movilidad lingual, tos muy débil. Severo riesgo de broncoaspiración y complicaciones nutricionales (Rosenbeck, 2009; Ruoppolo, 2013).

*Prevalencia* de DOF en *tercera edad*: afecta al 56/78% de los ancianos institucionalizados, hasta el 44% de los ingresados a Hospital General y cerca del 25% de los que viven en comunidad (Bhattacharya, 2014; Altman, 2010). Individuos aparentemente sanos presentan algún tipo de disfagia que se asocia con pérdida de peso, deshidratación, sarcopenia y otras morbilidades asociadas. Se ha documentado que ancianos con DOF y aspiración tienen un 50% de riesgo de desarrollar neumonía aspirativa, y los que la desarrollan tienen el 50% de riesgo de mortalidad (Kilawada, 2005)

La *miastenia gravis* afecta la placa neuromuscular, pudiendo comprometer cualquiera de los pares craneales que inervan la musculatura orofaríngea. La característica de esta enfermedad es la fatiga muscular, por eso la fluctuación de síntomas. En relación a la deglución, la musculatura más afectada es la del paladar blando, pudiendo producir reflujo de alimentos a la rinofaringe durante la deglución o bien puede estar afectada la peristalsis faríngea dificultando propulsión del bolo (Logemann 1998, Daniels, 2006).

Daniels y otros, 2000 y Schroeder y otros, 2006 encontraron 6 *predictores clínicos* de riesgo de aspiración: *Disfonía*. *Disartria*. *Reflejo de arcada* anormal (ausencia o debilidad). *Tos voluntaria* anormal (débil respuesta a la orden de toser). *Tos después de deglutir*, (inmediatamente o dentro del minuto posterior a la deglución). Cambio en la *calidad de la voz* después de deglutir (*Voz húmeda* después de ingerir agua). De acuerdo a estos autores, la presencia de dos de los seis predictores descritos indica riesgo de aspiración, y la presencia de cuatro de los seis en la etapa aguda o crónica indica escasa capacidad de recuperación.

## Diagnóstico de la disfagia

El diagnóstico debe ser precoz para identificar las alteraciones tanto de la *seguridad* de la vía aérea (penetración/aspiración) como de la *eficacia* que produce desnutrición y deshidratación. En líneas generales la evaluación debe constar de:

Anamnesis: Datos personales/ Antecedentes de comorbilidad/ Tratamientos médicos y quirúrgicos que puedan producir disfagia/ Medicamentos (neurolépticos)/ Traqueotomía/ ARM/ complicaciones respiratorias/ Síntomas de disfagia y forma de inicio/ Texturas afectadas/ Modo de alimentación/ Estado nutricional/ Control de sus secreciones.

Evaluación clínica: Estado de alerta/ Comunicación (comprensión, articulación del lenguaje) /Cavidad oral (higiene, mucosa, piezas dentales) / Manejo de secreciones (saliva-cantidad) / Postura.

Exploración motriz/ sensitiva/ reflejos vinculados a la deglución/ Pares Craneales:

*Músculos*: Orbicular de los labios (VII), músculos de la lengua (XII) buccinadores(VII), músculos de la masticación (maseteros, temporales, pterigoideos internos y externos-Rama maxilar V).

*Sensibilidad*: receptores térmicos, de presión, gustativos.

*Músculos del velo* (rama del V y X), *faringe* (IX) y *laringe*: durante la emisión (voz) y deglución (ascenso laríngeo-músc. supra e infrahioideos). *Reflejos*: faríngeo y tusígeno.

Detección de síntomas de disfagia: Cuestionario sencillo respecto a los síntomas que pueden aparecer a la hora de comer: qué alimentos son más dificultosos/, deglución en etapas, tiempo que demora para comer/Puede terminar la porción de comida? / Come solo? / Síntomas respiratorios/ Alteraciones de la calidad de vida/ Complicaciones nutricionales.

Test clínico de evaluación de disfagia (es necesario alerta y colaboración del paciente): Son cuestionarios sencillos, no son test diag-

nósticos porque no informan si el paciente puede deglutir o no con seguridad. El objetivo es detectar precozmente pacientes en riesgo de disfagia. El más utilizado EAT-10 (Belafsky, 2008). Es confiable y tiene consistencia interna.

Pruebas de diagnóstico clínico: Deben poder identificar el riesgo de aspiración, poder ser aplicables en poco tiempo, no ser invasivas, válidas y fiables. Las más conocidas son: *Test del Agua* (DePippo, 2008). Evalúa volúmenes medios (10ml) y grandes (50ml) de agua. No informa sobre otras texturas ni volúmenes adecuados para pacientes con riesgo de disfagia.

El Test *GUSS* (Gugging Swallowing Screen) (Trapl, 2007) consiste en observar la deglución espontánea de saliva, el estado de alerta de paciente, tos voluntaria y la posibilidad de aclararse la garganta. Sigue con semisólidos. Luego líquidos (3, 5, 10, 20 y 50ml) y sólidos (pan). Es válido para detectar riesgo de aspiración, utiliza distintas texturas, pero los volúmenes son imprecisos y no diferencia parámetros de fase oral o faríngea.

El Test *MASA* (Mann Assessment of Swallowing Ability) explora 24 ítems. Aporta datos sobre comprensión, alerta, respiración, movimientos orales, control de saliva, etc. Diseñado para evaluar pacientes con ictus a pie de cama utilizando videofluoroscopia para su validación.

El Test *MECV-V* (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad) está validado en revisión sistemática con adecuada sensibilidad y especificidad. Explora las tres texturas, detecta aspiraciones, indica la textura más segura para el paciente y orienta en la decisión a efectuar evaluación instrumental (Clavè, 2008).

### **Evaluación instrumental de la deglución**

Existen dos estudios para la evaluación dinámica y objetiva de la deglución: la videofluoroscopia de la deglución (VFCD) y la vi-

deoendoscopia de la deglución (FEES). Son estudios complementarios. Ambas tienen ventajas y desventajas.

La videofluoroscopia es una técnica radiológica dinámica en la que se obtienen secuencias de imagen del perfil lateral y anteroposterior mientras el paciente ingiere alimento baritado con distintos volúmenes y tres viscosidades (líquido, semisólido y sólido). Permite evaluar la anatomía y fisiología de la deglución oral, faríngea y esofágica, valorar efectos del tratamiento, identificar cuándo y por qué sucede la aspiración, analizar las estrategias terapéuticas más adecuadas (maniobras, volumen y viscosidad más seguro para cada paciente), identificar aspiraciones silentes, evaluar las cuatro etapas, aportar datos para cambio de tipo de alimentación (Logemann, 1998; Jones, 2006). Se utiliza radiación, el paciente debe colaborar y ser trasladado a servicio de radiología.

La videoendoscopia de la deglución se realiza con la introducción de un endoscopio flexible a través de la nariz, hasta laringe. Se puede realizar a pie de cama, no emplea radiación, no es necesaria la colaboración del paciente. No evalúa etapas preparatoria ni esofágica. Permite evaluar estructuras de orofaringe y laringe, identificar y cuantificar residuos, manejo de secreciones, penetraciones y aspiraciones a vía aérea, reflejo tusígeno, evaluación de sensibilidad (Logemann, 1998; Clavé, 2008; Langmore, 2007)

### **Escalas de severidad de la disfagia**

Las escalas de severidad en disfagia son herramientas que permiten evaluar objetiva y sistemáticamente la gravedad de este trastorno. Permiten valorar el estado del paciente tanto en evaluaciones iniciales, como continuas y finales, pudiendo observar su progreso y la eficacia de los tratamientos prescritos. Estos instrumentos deben ser objetivos, válidos y fiables, por lo que deben contar con estudios psicométricos que los avalen. Las escalas de severidad de la disfagia

más utilizadas y generalizadas actualmente son:

*Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)*, propuesta por O'Neil, Purdy, Falk et al. (1999). Escala funcional de siete niveles, fácil administración que asigna una severidad al trastorno, y da más consistencia a las recomendaciones de nivel de nutrición, dieta e independencia. Tiene alta fiabilidad, sin embargo, no se han encontrado estudios en cuanto a su validez. Tiene amplia aceptación entre investigadores.

*ASHA's National Outcomes Measurement System (ASHA'S NOMS)* 2003, clasifica la función de la deglución según las limitaciones de la dieta del paciente basándose en siete niveles. No hay muchos estudios que demuestren su fiabilidad y validez, aunque es conocida por los profesionales que trabajan con la disfagia y difundida en la comunidad científica.

La Escala Funcional para la Ingesta Oral, *FOIS* (Crary et al., 2005) propone siete niveles de funcionalidad para la ingesta oral, divididos en dos bloques en función de la vía de alimentación: *Alternativa/Vía Oral Exclusiva*. Los estudios psicométricos muestran que la escala FOIS posee una fiabilidad con valores altos y una fuerte validez consensual, de criterio y validación cruzada.

*Food Intake Level Scale (FILS)* (Kunieda, 2013), diseñada por primera vez como un prototipo en 1993 y posteriormente validada en 2013. Propone diez niveles de severidad divididos en tres bloques en función de la participación de la vía oral en la alimentación. FILS es conceptualmente similar a la escala FOIS, aunque más precisa en sus mediciones. Los estudios psicométricos de FILS revelan alta fiabilidad y una adecuada validez.

Escala *Cámpora* (Cámpora, 2001), basada en cinco estadios que clasifican el trastorno desde la normalidad hasta más severo. Hay escasa información psicométrica, por lo que no se conoce su validez y fiabilidad.

La complejidad de la función fundamenta la necesidad de una exploración minuciosa y un profesional ilustrado en el tema, que pueda recoger los datos necesarios para conocer el problema, analizarlos, elaborar un diagnóstico preciso y elegir junto al equipo interdisciplinario el mejor tratamiento para ese paciente.

## Referencias bibliográficas

Altman KW, YU GP; Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized. Arch Otolaringol. Head Neck Surg. 2010; 136(8).

Belafsky PC et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(12).

Bhattacharyya N. The prevalence of dysphagia among adults in the United States. Otolaringol-Head Neck Surg. 2014;151(5):765-9.

Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Rev Am Med Resp. 2012; 3: 98-107.

Clavè, P. et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clinical Nutrition, v. 27, p. 806-15, 2008.

Crary, Mann, Groher. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. Arch Phys Med and Rehabil. 2005; 86: 1516-1520.

Daniels SK and cols. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81:1030-3.

Daniels SK. Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. GI Motility online (2006) doi:10.1038/gimo34.

DePippo KL et al. Validation of the 3oz water swallow test for

- aspirations following stroke. *Arch Neurol*.1992
- Eterkin and Aydogdu. *Neurophysiology of swallowing*. *Clin Neurophysiol* 2003;14:2226-44.
- Field LH, Weiss CJ. Dysphagia with head injury. *Brain Inj*. 1989(1):19-86.
- Groher, ME, Crary, MA. *Dysphagia. Clinical management in adults and children*. Elsevier; 2010
- Guan XL. Et al. Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Sci*. 2015;36:671-81.
- Ickenstein, G. W.; et al. *Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia*. Londres, Uni-med, 2011.
- Jean A, Dallaporta M. Electrophysiologic characterization of the swallowing pattern generator in the brainstem. *GI Motility online* (2006) doi:10.1038/gimo9.
- Jones B. Radiographic evaluation of motility of mouth and pharynx. *GI Motility online* (2006); doi:10.1038/gimo25.
- Kalf, JG, Swart BJM, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Park Relat Disord* 2012;18(4): 311-5.
- Kilawada M. et al. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. Tokyo Medical Univ. Tokyo. Japan. 2005;22(1170-229X).
- Kunieda K, et al. Reliability and Validity of a Tool to Measure the Severity of Dysphagia: The Food Intake Level Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013; 46(2): 201-206.
- Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *J Clin Neurosci*.2007.
- Langmore, SE. *Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders*. N.York: Thieme Medical Publishers.2007.



- Lazarus C, Logemann JA. Swallowing disorders in closed head trauma patients. *Arch. Phys. Med Rehabil.* 1987;68(2): 79-84.
- Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Texas: Pro - Ed. Inc, 1998.
- Martin-Harris, B. Coordination of respiration and swallowing. *GI Motility online* (2006) doi:10.1038/gimo10.
- Martin RE, Sessle BJ. The role of the cerebral cortex in swallowing. *Dysphagia* 1993;8:195-202.
- Mendell, D., Logemann, J. A retrospective analysis of the pharyngeal swallow in patients with a clinical diagnosis of GERD compared with normal controls: a pilot study. *Dysphagia*, v. 17, n. 3, p. 220-6, 2012.
- Miller AJ. The neuroscientific principles of swallowing and dysphagia. San Diego, CA/London: Sing Publ Group, 1999.
- O'Neil KH. et al. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999; 14: 139-145.
- Rosenbeck J; Jones H. *Dysphagia in movements disorders*. S. Diego: Plural Publisin Inc. 2009.
- Ruoppolo G. Et al.- *Dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis: Prevalence and clinical findings*. *Acta Neurol Scand.*2013;128(4).
- Sasegbon A., Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*. 2017; e13100.
- Schroeder MF. and cols. Clinical and cognitive predictors of swallowing recovery in stroke. *J Rehabil Res & Develop* 2006; 43:301-10
- Trapl M. et al. Dysphagis bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallow screen. *Stroke*.2007.

## **Datos de la autora**

**Patricia I. Tabacco.** Es Dra. en Fonoaudiología. Docente Universitaria UMSA. Coordinadora Unidad de Disfagia Grupo Oroño Rosario. Miembro Comisión Directiva Asociación Argentina de Disfagia. Miembro Comité Científico Revista ASALFA.

## Había una vez, una palabra

### Alejandra Nader

Para quienes trabajamos con niños/as con problemas en la construcción de su lenguaje, las palabras se constituyen en objeto y desvelo de nuestro oficio.

Pienso en el valor de las palabras, su potencia. Lo que nos provoca e inquieta cuando no se presentan, o se presentan distorsionadas, desdibujadas, ininteligibles. Pienso en la insistencia y resistencia de algunas palabras.

Como terapeutas del lenguaje, una palabra que deberíamos poner en tensión es diagnóstico. Quizás si pensamos en diagnósticos en las infancias, haciendo uso del plural, logremos marcar lo singular.

Esta posición se apoya en el Paradigma de la complejidad. Desde esta perspectiva, se concibe a los niños y a las niñas como sujetos únicos, inmersos en una trama relacional, en un contexto social, económico, político y cultural determinado. Desde esta concepción, un niño, una niña, “resulta entre otras cuestiones, de la compleja interacción de los genes con ese ambiente en que estuvo y está inmerso, así como de las experiencias que ha vivido y va viviendo” (Rowensztein, 2019, p. 13).

El marco conceptual determina y atraviesa nuestra práctica. Intervenimos desde una posición ética, enmarcada en una corriente de pensamiento, lo sepamos o no.

Considero que una posición terapéutica que aloje lo diferente debe necesariamente abandonar el lugar de la certeza, para abrirse a las preguntas. “Tensión en lo no concluido”, al decir de Fernando Baralo, “en la particular construcción de un diagnóstico que pretenda ir más allá de una nomenclatura, es decir, la construcción

de un diagnóstico que pueda aportar elementos para pensar, para comprender y para operar clínicamente en el marco del compromiso con una terapéutica” (Baralo, 2019, p. 240).

¿Desde dónde miramos al lenguaje? ¿Qué concepción de lenguaje atraviesa nuestra práctica? ¿Qué se hace visible o se muestra de formas sutiles en los discursos de los profesionales de la salud, de la educación, en los discursos familiares, en las redes sociales? ¿Qué lugar para el lenguaje y la subjetividad?

Considerar entonces al desarrollo, la subjetividad, el lenguaje como una construcción y no como algo dado nos permite pensar desde la complejidad y no caer en las generalidades ni simplificaciones propuestas por las clasificaciones.

Fernando Maciel señala: “centrar el análisis en *lo singular* es inherente a una lectura terapéutica que descrea de los *trastornos* para saberse implicada en la construcción de lo que recorta como *problemas*” (Maciel, 2017, p. 3).

En el dispositivo terapéutico, incluir el trabajo interdisciplinario supone reconocer las fronteras de la propia disciplina para poder dirigir preguntas más allá de los propios límites y dar así el estatuto de complejidad a los problemas en el desarrollo.

Desde esta perspectiva problema en el desarrollo “no es equivalente a desorden, ni a *déficit*, sino que es un concepto interdisciplinario que determina una pregunta singular en lo que se hace presente como obstáculo en el desarrollo infantil” (Maciel, 2017, p. 3). Y continúa, “problema es articular una pregunta sobre aquello que se resiste como real, como obstáculo”. “El problema no solo implica el obstáculo sino el proyecto, un agujero, un lanzar para adelante en búsqueda”. “El trabajo que se va realizando va demarcando una trayectoria única que va definiendo la singularidad del desarrollo de un problema” (Maciel, 2017, p. 3).

Juana Levin (2002) propone una conceptualización del lenguaje

reconociéndolo en su complejidad. El lenguaje se construye en un entramado biológico, psíquico y social, con una lengua determinada. Las condiciones innatas son necesarias, pero no suficientes, ya que no garantizan por sí mismas la puesta en marcha del proceso de apropiación de la lengua materna. “La lengua es una entidad abstracta, una estructura integrada por signos ceñidos a reglas que conforman componentes básicos: fonológico-sintáctico-semántico y que solo se realiza cuando un sujeto la usa hablando. La encarna poniéndola en acto, al mismo tiempo que ejecuta las funciones del Lenguaje, dentro un espacio y de una situación dialógica” (Levin, 2002, p. 11). El espacio y situación dialógica privilegiada para la puesta en marcha de dicho proceso es la relación madre-hijo.

Asimismo, advierte, “hablar no es solo tener un repertorio de palabras, un vocabulario” (Levin, 2002, p. 11). Esta concepción supera el modelo de comunicación lineal, emisor-receptor, codificación-decodificación, y considera a la comunicación como un espacio de participación, “un espacio en el cual una situación se juega en lo común - la Lengua - entre ambos participantes. Por cierto, esto es algo más complejo que el mero intercambio de información” (Levin, 2002, p. 14).

### **Benjamín. De los colores y formas al lugar de hablante.**

La madre de Benjamín se contactó conmigo en el mes de abril de 2020, y considerando que no teníamos certeza de cuándo se podría volver al espacio del consultorio (nos encontrábamos en pleno ASPO) decidimos iniciar el trabajo online.

Benjamín tenía tres años y medio. Sus padres se preguntaban por el desarrollo del lenguaje del niño, especialmente su madre, hablaba de dificultad, problema. “Siempre observé dificultades”, decía.

Desde el jardín maternal, a fines de 2019, observaron cuestiones respecto del lenguaje. En aquel momento llevaron esa inquietud a

la pediatra del niño, quien consideró que se podría esperar. Sin embargo, consultaron con dos colegas fonoaudiólogas.

Respecto al lenguaje del niño su madre describía: hablaba, decía palabras, frases cortas, sin conectores, a veces no le entendía, no conversaba, ante llamados o preguntas por parte del adulto, a veces respondía, otras no. Hacía tres meses había nacido su hermana.

Durante el primer año de vida se había enfermado mucho (broncoespasmos). Las pautas del desarrollo como gatear, sentarse, alimentación, al parecer, sin problemas. Caminó a los 19 meses. Esto fue relatado como una vivencia de inquietud por el desarrollo del niño, situación que motivó consultas y sesiones con una estimuladora, quien no observó cuestiones de riesgo.

En esa primera entrevista la pregunta por el diagnóstico estuvo muy presente en la madre. Contaba con mucha información, uso de lenguaje preciso, específico, atenta a lo que faltaba. El padre, con posición más de espera y de apuesta a que Benjamín avanzaría. Acordamos continuar con las entrevistas online, hasta que las condiciones impuestas por la pandemia permitieran mi regreso al espacio de consultorio. Ellos tomaron esta propuesta y por varias semanas sostuvimos las entrevistas. El vínculo transferencial se iba estableciendo, y así, desplegaban cuestiones de ellos en función de su hijo, su desarrollo, los modos de ofrecer y demandar comunicación, lenguaje, con qué elementos (corporales, sonoros, lingüísticos), desde qué posición. En ese hilo se elaboraban hipótesis.

El niño había estado expuesto a pantallas desde bebé. “No le hablábamos”, decían.

Las primeras palabras coincidieron con largarse a caminar, alrededor de los 19 meses. A los dos años y medio ubicaban cierto despliegue lingüístico. “Siempre lento”, ubicaba la madre, refiriéndose al lenguaje, a la marcha.

En la búsqueda de diagnóstico, la madre insiste con la pediatra

que derivó a neurología. La profesional, en plena fase 1 de la pandemia, sentenció espectro autista, afirmando diversas proyecciones a futuro, del orden de lo negativo. Puso en relieve lo que no alcanzaría, lo que no podría este niño. Esto colmó de angustia a sus padres. Se entramaban miedos, expectativas, exigencias. En busca de otra opinión, realizaron una consulta con una pediatra especialista en desarrollo infantil.

Tanto el padre como la madre contaban con espacios de tratamiento psicológico.

Finalizando una de las entrevistas online, Benjamín se despertó y se acercó, me miró, lo saludé, me presenté, pidió leche, me saludó tirándome un beso. Observé intención comunicativa, emisiones que podrían ubicarse como jerga, también palabras. El mostrar, el pedir, el decir estaban presentes. Esta pequeña escena fue retrabajada con sus padres, en tanto observables clínicos.

Era necesario resaltar las posibilidades de Benjamín y de ellos como padres en el ejercicio de sus funciones materna y paterna, para poder acompañar al niño y acompañarse ellos. Correr la mirada, que hacía foco en el déficit, en lo que falta, hacia el poder, el poder hacer, haciendo visibles los recursos que el niño ya mostraba.

Contaban, hacía unas semanas, con una docente con orientación Montessori, que iba a la casa. Se ofrecía como un afuera, muy necesario en ese período de la pandemia y en esta familia en particular. Compartía tiempo de juego con el niño a la vez que reflexionaba con su mamá cuestiones relativas los espacios en la casa, las rutinas, el jugar. Como parte del dispositivo, acordamos que yo pudiera sostener entrevistas con ella.

Con la habilitación del trabajo presencial llegó el momento de conocer a Benjamín. Con mamá en el espacio del consultorio, el niño exploró, acompañó sus acciones con palabras, frases, y lo ininteligible también se hizo presente. En su jugar prevalecía poner/sa-

car, armar/desarmar. Lo simbólico, obstaculizado.

Su madre intervenía interrumpiendo el hacer del niño, pidiéndole que nomine, preguntando por tal color o tal forma. Si estaba apilando le preguntaba por el color de tal maderita. ¿Era para mostrarme? ¿Para evaluar? ¿Subyacía una concepción lineal del lenguaje, puesta al servicio de codificar y decodificar?

¿Desde dónde se dice? ¿Desde qué lugar se escucha? El lenguaje no se enseña. Es (retomando a Juana Levin) en el uso, la lengua encarnada en un sujeto hablante, en posición de escuchante, que el proceso de apropiación se pone en marcha. Si se mide lo que dice un niño, esto produce desubjetivación.

Propongo escenas donde se juegue algo de la ficción y el niño pudo ir tomándolas. Es decir, se iba construyendo ese entre-dos, fundamental para la creación de la escena de la situación dialógica. Las construcciones, tirar, caer, lastimarse, curar, comer, buscar casita, asustar, formaban parte de la escena.

Asimismo, su madre comenzaba a ofrecerse desde otra posición, como hablante- escuchante, haciendo lugar al jugar y a las experiencias.

A la vez que las construcciones lingüísticas de Benjamín se iban desplegando, su discurso mostraba, en ocasiones, ciertas repeticiones en espejo o marcas en la prosodia, al estilo de publicidades o dibujitos, que lo mostraban desde una posición como ajena, extranjera.

¿Esa temprana exposición a las pantallas habría dejado a este niño en un lugar de pasivo, de receptor, que reproducía desde lo anónimo? ¿Eran esas las marcas en sus enunciados?

El proceso creativo de la apropiación de la lengua materna estaba en marcha, Benjamín lograba ubicarse en otro lugar.

La pregunta por el diagnóstico, las dificultades, lo que falta fueron objeto de trabajo con su mamá durante el proyecto terapéutico. Desde la interdisciplina, con seguimiento por desarrollo y los intercambios con la docente, hicieron posible el acompañamiento.



Despejar la cuestión del autismo fue un trabajo en sí mismo. Los temores y dudas se deslizaban a lo escolar, al rendimiento, al próximo ingreso a sala de cuatro.

Sobre fin de año, el niño se mostraba como hablante activo, había ampliado su vocabulario, el armado gramatical, proponía y sostenía situaciones de diálogo, en un despliegue lúdico, entre-dos. Benjamín construía su lugar de hablante, con voz propia.

Graciela Montes escribió: “Había una vez una palabra redonda, entera, brillante.

Adentro de la palabra estaba el mundo. Y en el mundo estábamos nosotros, diciéndonos palabras”.<sup>1</sup>

Había una vez una palabra, un niño, una terapeuta, encontrándose con voz propia, entramando palabras.

## Referencias bibliográficas

Baralo, F. (2019) Hablar de los que no hablan. En Rowensztein, E. y Kremenchuzky, J. (comps.). *Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina: una mirada desde la complejidad*. 1a ed. C.A.B.A. Noveduc.

Coriat, E.; Filidoro, N.; Maidagan, D.; Suliansky, A. (2018) *La infancia en juego*. Buenos Aires. Letra Viva.

Giuliani, N. (2019) Apropriación del lenguaje. Observables clínicos. En *Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina: una mirada desde la complejidad*. Op. Cit.

Levin J. (2002) *Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica*. 1ed. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Maciel, F. (2017) *En algunos barrios de Buenos Aires... Dar lugar al sujeto es sostener la infancia de un niño en los abor-*

---

<sup>1</sup> Montes, Graciela. (1988) texto para un señalador de A.L.I.J.A.

dajes terapéuticos. Recuperado en <http://www.desenvolupa.net/index.php/Articles/En-algunos-barrrios-de-Buenos-Aires-Dar-lugar-al-sujeto-es-sostener-la-infancia-de-un-nino-en-los-abordajes-terapeuticos.-Fernando-Pedro-Maciel-04-2017>

Maschio, A., Romani, Y., Carletti, I. (comps) (2021) Sobre afectos y efectos en las infancias y adolescencias. Una apuesta al porvenir. 1ª ed. Rosario. Laborde Libros Editor.

Romani, Y. (2021) Clínica del lenguaje. Diagnóstico y abordaje en la primera infancia. Una perspectiva subjetivante. En Szereszewski, V. (comp) Usos y abusos de los diagnósticos. Sus efectos en la clínica y en sus instituciones. 1a ed. C.A.B.A. RV Ediciones.

Rowenstein, E. (2019) Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina: una mirada desde la complejidad. 1a ed. C.A.B.A. Noveduc.

## Datos de la autora

**Alejandra Nader** es Lic. en Fonoaudiología, U.N.R., 1998. Terapeuta del lenguaje, dedicada al trabajo con niños y niñas pequeños/as. Su formación incluye la práctica profesional en lo público, tanto en salud como educación. Fue miembro de equipos interdisciplinarios (deserción escolar, discapacidad, integración escolar). Asimismo, cumplió funciones como docente en la Escuela de Fonoaudiología y en el Servicio del Hospital del Centenario. Expositora en jornadas. Autora en varias publicaciones. Entre ellas, en Maschio, A., Romani, Y., Carletti, I. (comps) (2021) Sobre afectos y efectos en las infancias y adolescencias. Una apuesta al porvenir. 1ª ed. Rosario. Laborde Libros Editor. Miembro fundador e integrante de la Asociación Civil Forum Infancias Rosario.

# Ejes fundamentales en la Clínica del lenguaje con niños/as

Yanina Romani

*“...cada escrito tiene la impronta de lo singular.  
Se escribe sin saber lo que se va a escribir;  
el encuentro con el acto de escribir  
mueve la causa de esa escritura...”  
(Laqamma, 2016)*

## Introducción

Considero que la clínica con niños/as tiene que estar sostenida por el deseo de quien la practica. Es esto lo que motorizó la búsqueda de formación a través de cursos, seminarios, grupos de estudio, supervisiones de casos. Sumado a mi análisis personal, pude ir repensando mi trabajo, reordenando los saberes propios de mi práctica clínica específica, articulándolos con otros discursos -principalmente psicoanálisis-, con lecturas de otras disciplinas, en función de posicionarme en una clínica humanizante, singular y artesanal con una ética que supone un sujeto más allá de las dificultades que pudiera presentar.

Hoy mi deseo es transmitir esta perspectiva mediante un recorrido que va desde la teoría a la práctica, desarrollando los ejes que considero fundamentales en la Clínica del lenguaje con niños pequeños/as desde un posicionamiento ético propiciador de intervenciones subjetivantes, centradas en la singularidad de cada niño/a, su familia y su contexto.

## Acerca de la Clínica. Perturbaciones y abordaje: ejes centrales

En la clínica me encuentro con niños/as que presentan problemáticas que se dan a ver en el armado del cuerpo-lenguaje-juego y

cuya emergencia se produce precozmente. Denomino perturbaciones de la subjetividad-lenguaje a aquellas construcciones, sin daño orgánico comprobable, donde se compromete el encuentro dialógico entre dos escuchas-hablantes. Niños/as que se encuentran en un momento previo a la asunción subjetiva del yo y se ve dificultado el lazo con el otro/a.

Entiendo que la clínica de un niño/a es radicalmente diferente a la del adulto. Lo es porque lo que se juega en tiempos de infancia es la construcción del propio niño/a en tanto sujeto que aún no ha advenido; los profesionales que trabajamos con niños/as debemos tenerlo en cuenta y ser muy cuidadosos al respecto. El tipo de intervenciones que se promueven, los significantes que se utilizan para nombrar aquello que le acontece, se convierten, en ocasiones, en interferencias que producen efectos contra los procesos de humanización del niño/a.

Propongo un abordaje que se sustente en la singularidad del caso por caso, apostando al nombre propio. Se diferencia de otros que utilizan diagnósticos como siglas que nombran en forma genérica y van de la mano de tratamientos del orden de lo educativo. Desde mi posicionamiento no es posible hablar de re-educación porque el lenguaje no se educa (Levin, 2002) sino que se construye en vínculo amoroso y en situaciones de diálogo.

A continuación, desarrollaré los ejes centrales de la práctica clínica de este posicionamiento, que considero fundamentales en el abordaje con niños/as pequeños.

### **Construcción del espacio terapéutico**

Trasciende el espacio físico del consultorio, ya que refiere a aquello que se teje “entre” terapeuta-niño/a-padres.<sup>1</sup> Implica un profe-

---

<sup>1</sup> El abordaje que se propone debe incluir a los padres. Si bien nuestro paciente es el niño/a, entiendo que no hay niño/a sin padres.

sional en disponibilidad que propicia la comunicación y lenguaje. Ofrece tiempo, escucha, palabras, mirada, cuerpo, compañía, facilita, habilita el armado del lenguaje cuando se ve obstaculizado. Espacio que deberá constituirse y habitarse en transferencia en cada caso particular.

### **Transferencia**

Está presente en todas las relaciones humanas. Es por ello que el trabajo clínico debe estar enmarcado en la relación transferencial que se construye y es necesaria en el espacio-tiempo de encuentro entre-dos: terapeuta-niño/a; terapeuta-padres.

- Con el niño/a, se pone en juego en cada sesión. El terapeuta monta un despliegue escénico -con diferentes recursos- que produce las condiciones habilitantes para que aparezca como efecto: el lazo, el interés. Será necesario que el profesional pueda esperar el encuentro jubiloso entre ambos<sup>2</sup>.

- Con los padres, ésta se arma con la suposición de un saber que estos le adjudican al terapeuta sobre la problemática por la que consultan.

Es a partir de la relación transferencial que se desprenderán las hipótesis diagnósticas y las intervenciones oportunas, teniendo en cuenta que todo terapeuta puede saber muchas cuestiones universales acerca de un tema consultado, pero no sabe de la particularidad de ese niño/a y de quienes ejercen las funciones parentales, insertos en un contexto social, histórico, cultural determinado. Por lo tanto, a partir de la mirada/escucha, en transferencia, se hace una lectura de los observables clínicos y así “se escriben con lápiz” (Untoiglich, 2013) las hipótesis diagnósticas que permitan pensar las intervenciones.

---

<sup>2</sup> Este posicionamiento genera en el niño/a confianza, seguridad, experiencia de ser respetado, esperado y no violentado en sus tiempos y singularidad.

## **Mirada/escucha del niño/a y sus padres**

Observamos e interactuamos con el niño/a y escuchamos lo que sus padres dicen de él/ella y cómo se comunican entre ellos y con su hijo/a. Se va haciendo una lectura de las producciones del niño/a articuladas al discurso parental.

Análisis de los observables clínicos. Se relaciona con aquello que con nuestra mirada/escucha podemos leer en el modo de ser y estar del niño/a respecto de:

- El armado del lenguaje tanto a nivel comprensivo como expresivo.

- Las manifestaciones corporales tales como mirada, escucha, voz, actitud postural, rostro, uso de gestos expresivos, movimientos, contacto.

- El modo de tratamiento de los objetos.

- La modalidad de juego.

- El lazo con el otro.

Observables que no son meros signos sueltos, enumerados y clasificados, sino que son articulados entre sí, al discurso parental y a la historia libidinal de ese niño/a.

## **Hipótesis diagnósticas**

Surgen a partir del análisis de los observables clínicos. No se pueden formular en una sigla ni es posible hacerlas en un solo encuentro, sino que se construyen en transferencia. Pensadas de esta manera, son absolutamente necesarias ya que dan cuenta de en qué momento subjetivo, del armado del cuerpo, del lenguaje y del juego se encuentra el niño/a, y de qué modo está haciéndolo. Nos permiten pensar las intervenciones tempranas, oportunas y posibles en un devenir que transcurre en el espacio singular de encuentro con el niño/a y sus padres.

Al decir de Untoiglich (2013), los diagnósticos tendrían que fun-

cionar como brújulas orientadoras para los profesionales, sabiendo que se construyen en un devenir que va modificándose, tanto por el proceso de maduración propio del crecimiento, como por el trabajo que el profesional va realizando con el niño/a y su familia.

### **Intervenciones**

Uno de los significados de la palabra intervenir es tomar parte en un asunto o actividad. Esta definición alude a que el terapeuta se implica subjetivamente enfrentándose a la toma de decisiones terapéuticas específicas. Asume un lugar activo frente a la problemática por la que es consultado.

Las intervenciones se construyen en el caso por caso sin que se quede sujetado a ninguna receta o plan de reeducación. Con su estilo singular para intervenir, el terapeuta irá direccionando el abordaje.

- Con el niño/a, siempre anticipando un sujeto hablante-escuchante, se piensan intervenciones que impliquen la ofrenda de la palabra y la escucha -en situaciones de diálogo- para que sea el niño/a quien la aprehenda y haga suya. La estrategia clínica privilegiada es el juego<sup>3</sup>, ya que éste es considerado constitutivo de la infancia y del sujeto del deseo. Estas intervenciones apuntan a que se pueda generar en el niño/a el deseo de hablar desde un lugar propio.

- Con los padres o personas consultantes: el trabajo es decisivo, pero siempre en función de su hijo/a. Se piensan estrategias terapéuticas que apuntan a la posición que asumen en el ejercicio de sus funciones. El terapeuta opera como continente para que se sientan alojados y poco a poco puedan implicarse con lo que le sucede a su

---

<sup>3</sup> El juego tiene un doble valor: diagnóstico y terapéutico. Es diagnóstico porque cuando un niño/a juega es posible ubicar en qué tiempo de la constitución subjetiva se encuentra y de ese modo diagnosticar el atascamiento o las dificultades en su desarrollo. Es terapéutico: ya que es jugando como adviene la subjetividad del niño/a, se apropia del cuerpo y construye su lenguaje.

hijo/a. Se sostiene el lugar de la pregunta para que sean ellos mismos quienes puedan armar, hallar sus respuestas, desde su propio saber cómo padres.

“Aquello que básicamente el terapeuta tiene que saber es que él no sabe la respuesta para ‘este chico’, pero lo que sí corresponde que efectivamente sepa es sostener en los padres la pregunta, dirigida al hijo, y acompañar a los padres en el camino de ir encontrando las siempre provisionarias respuestas” (Coriat 1998, P.7).

En el devenir de los encuentros se acompañará a estos padres en la crianza que se ve dificultada. Esto solo será posible teniendo en cuenta el contexto social, histórico, político, vincular de cada familia.

Es por ello que el camino transferencial a recorrer va en la dirección de un abordaje que acompañe, aloje, contenga al niño/a y sus padres siempre dando lugar a lo impredecible<sup>4</sup>.

### **Interdisciplina**

Entiendo que cada disciplina hace un recorte parcial de su objeto de estudio desde su mirada -determinada por las concepciones teóricas que orientan sus intervenciones- y por lo tanto se produce un resto que no pertenece a su campo de trabajo, ese resto abre una pregunta que pueden tener destinos diferentes:

- Buscar una respuesta dentro de la misma disciplina y habilitar un espacio de supervisión clínica.
- Cuando el problema excede las fronteras de la propia práctica, las preguntas se orientan hacia otros campos disciplinares, lo que dirige el camino hacia la intediscursividad con otro profesional.

Esto último habilita una interconsulta y, dependiendo de lo que surja en ese espacio como dirección a seguir, se puede concluir en

---

<sup>4</sup> El terapeuta no sabe cuál es el camino. Éste no está previamente trazado, hay imprevistos, contingencias, sorpresas.



la necesidad de derivar al niño/a a otro profesional. Entonces, se habilita el recorrido singular de un trabajo interdisciplinario en el que cada uno conservará su especificidad, pero cuyo objetivo es la construcción de una mirada integral del niño/a.

Propongo la interdisciplina como una posición profesional ética, que se genera en el reconocimiento del límite y en el recorte que produce cada disciplina en relación con las problemáticas a abordar. Está determinada por la postura que adopta un terapeuta frente a un obstáculo clínico que lo lleva a formularse interrogantes. Se introduce así la existencia de algo que excede a cada disciplina excluyendo un saber absoluto.

Considero entonces a la interdisciplina como el resultado de un trabajo donde la pregunta por lo singular es su eje central. Sostener esta pregunta implica una disposición a soportar la ausencia de respuestas absolutas e introducir la falta de saber que orientará la búsqueda de las siempre provisorias respuestas en el camino que se transita en el devenir de un abordaje.

### **Formación del terapeuta**

Desde esta perspectiva se piensa en un terapeuta que se cuestiona, cuyas preguntas acerca de ese niño/a y su familia movilizan un deseo de saber, buscando en la teoría aquello que habilite a pensar esa singularidad o yendo al encuentro de un profesional con mayor experiencia que propicie un espacio de repensar lo que acontece en el encuentro con cada niño/a y su historia.

Por ello, la formación continua del terapeuta se convierte en un eje más para la clínica del lenguaje, tanto a través de la asistencia a cursos, seminarios, conferencias en relación a temáticas no solo del lenguaje sino acerca de las infancias y sus avatares, como por medio de la supervisión de casos y el análisis personal. Estos pilares se hacen imprescindibles para poner en acto y asumirse en esta clínica

del nombre propio, con la complejidad del detalle que se construye desde la transferencia, desde el lazo que se teje con el niño/a y sus padres, con la ética que antepone el sujeto-niño/a a cualquier diagnóstico estigmatizante.

### **Un cierre para nuevas aperturas**

Hasta aquí intenté hacer un breve recorrido en los que pude conceptualizar, desde mi propia práctica, un modo posible de posicionarme en la clínica del lenguaje con niños/as. Desarrollé los ejes que considero fundamentales. Deseo que éstos puedan resultar una aproximación a un estilo de trabajo clínico sin pretender que se convierta en un manual o catálogo de consejos.

Que este escrito sea de gran utilidad para los profesionales que desean formarse desde esta perspectiva subjetivante y que, transitando sus propios recorridos teóricos y clínicos, posibilite la formulación de nuevas preguntas y la construcción de respuestas singulares para acompañar la complejidad de los tiempos de infancia.

### **Referencias bibliográficas**

Coriat, E. (1998) ¿Quién es el paciente en estimulación temprana? Presentado en el Primer Congreso Nacional sobre Educación Especial, Psicomotricidad y Estimulación Temprana. Córdoba, 22 al 24 de octubre de 1998

Coriat, E. (2013). Tiempos difíciles para los niños pequeños. Presentado en la Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis de Buenos Aires.

Lagamma, V. (2016). El niño y el deseo de la madre. Buenos Aires: Letra Viva.

Levin, J. (2002). Tramas del lenguaje infantil. Buenos Aires: Lugar editorial.

Maciel, F (2001) Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. Revista de L'Associació Catalana D'Atenció Precoç. 17-18

Romani, Y. (2021) Reinventar-se para una nueva Clínica del lenguaje. Publicado en el sitio web del Colegio de Fonoaudiólogos de Santa Fe 2da circunscripción. 23 de enero 2021

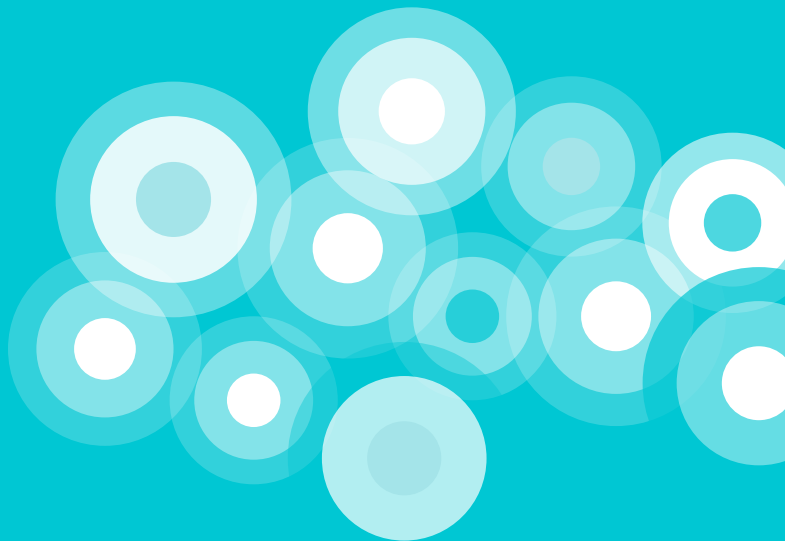
<http://www.colfono.org.ar/articulos/65/reinventar-se-para-una-nueva-clinica-del-lenguaje>

Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc.

## Datos de la autora

**Yanina Romani.** Lic. en Fonoaudiología – UNR -1998. Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Ciencias Biológicas, Escuela de Fonoaudiología, UNR. Profesora de la asignatura “Lenguaje y Subjetividad, vicisitudes de la clínica interdisciplinaria” de la Diplomatura en Estimulación Temprana y Promoción del Desarrollo Infantil (IUNIR). Pasantía en la Unidad de Enseñanza Práctica de la Facultad de Psicología del IUNIR efectuando tareas de coordinación del equipo de profesionales. Miembro fundador e integrante de la Comisión Directiva de la Asociación Civil Fórum Infancias Rosario. Autora de diversos libros y artículos. Expositora en jornadas sobre clínica del lenguaje con niños. Se desempeña en la Clínica con niños con perturbaciones en la construcción del lenguaje.



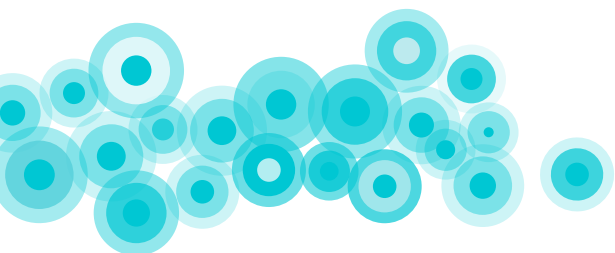


## **PARTE II**

### **La fonoaudiología y el cuidado de las infancias y adolescencias**

**"Mirame porque necesito saber que crees en mí, que me confirmes que puedo aprender, aunque me equivoque, aunque no me salga, aunque no pueda todavía."**

***Fernanda Felice 2019***



## Poesía e Infancias. El espacio clínico y educativo, “la gran ocasión”

**Gloria Bereciartua**

*Si cada palabra porta conocimiento, la palabra literaria lo porta doblemente, porque no hay un solo sentido en ella sino muchos. Porque la condición poética no solo engrosa los significados sino que genera significados nuevos. Allí donde la poesía posa sus ojos una palabra pasa de ser “una unidad léxica” a ser un misterio. Una oración pasa de ser “una unidad sintáctica de sentido completo” a ser una selva, una ventana, un campo de batalla, un abrazo.*  
Bodoc, 2019

El propósito del presente capítulo es destacar “el uso lúdico y gratuito del lenguaje poético” (López, 2018) como primordial, en la práctica clínica y docente, ya que al ocupar la poesía un lugar fundante en la construcción del lenguaje, del psiquismo, de la cognición debería ser el espacio del consultorio, del aula la “gran ocasión” (Montes, 2006), como una ventana que se abre para que entre un corredor de aire agradable, placentero “entre” el tiempo de la terapia, del aprendizaje y un tiempo libre de encuentro.

En este sentido, María Emilia López (2018, 2019) señala que el lenguaje poético con sus infinitas posibilidades hace del mundo un lugar amigable y cercano ya que permite la generación de entornos favorecedores y amorosos. Los intercambios poéticos conversacionales adulto-bebé, adulto-niño/a facilitan un acercamiento a lo cotidiano desde un espacio no utilitario ya que promueven libertad y juego sea éste: sonoro, verbal, gestual, corporal, de movimiento.

Si los bebés y los niños/as necesitan la música del lenguaje (Cabrejo Parra, 2008; Levin, 2002; López, 2018, 2019; Ramos,

2012; Reyes, 2007,2019) es fundamental que, como terapeutas y como docentes, nos preguntemos, más allá del diagnóstico profesional, ¿cuántas ocasiones de jugar con el lenguaje de tradición oral y de conversación encuentran en la vida cotidiana, bebés y niños/as en atención?, ¿cuánta disponibilidad reciben de los adultos familiares y no familiares? Si la poesía nos propone mirar y escuchar el mundo con otros ojos y otros oídos que son los mismos ¿de qué manera mira el mundo un ser que lo está descubriendo, que no tiene palabras para nombrarlo pero tiene muchos otros artilugios, herramientas, ingenio?, ¿cómo incluir la poesía en el espacio clínico y educativo sin más propósito que su uso lúdico para que juntos en interacción conversacional, al decir de Graciela Montes (2017), podamos “descifrar indicios para construir sentidos posibles”?

### **Escuchar el susurro interior**

Los primeros juegos verbales con los bebés y niños/as, arrullos, canciones de cuna, canciones corporales, rimas, trabalenguas, retahílas, adivinanzas hacen a la poesía. En El libro que canta, Yolanda Reyes (2014) presenta una recopilación de poemas y canciones que permite al lector/a recorrer aquellas canciones de la tradición oral, muchas de ellas familiares a nuestra propia infancia. En palabras de la autora:

“dicen que en el comienzo está la palabra y es más exacto decir que son palabras poéticas las que envuelven al bebé. Desde antes de nacer, las primeras noticias del mundo le llegan en clave de arrullo y, aún sin tener un rostro, hay una voz que lo inventa en el rito de nombrarlo. Así se construye un nido de símbolos que acoge al recién nacido y que es su texto inicial de lectura. Esas son las razones para que el primer libro de la vida, sea un libro que canta. Para hacerlo cantar, se necesitan una madre, o un padre, y una criatura pequeña que escuche, toda oídos. Porque los bebés leen con las orejas, con la



piel, con el corazón. Y los adultos son, para él, cuerpos que cantan y que escriben en su memoria la poesía más entrañable y significativa” (pp. 4 y 5).

Así también, en el inicio del libro *Nidos que arrullan*. Nanas, cantos y arrullos de América Latina Cintia Roberts y Laura Varsky (2017) invitan a “reencontrar en nosotros los ecos de esas voces conmovedoras y a seguir tendiendo lazos entre generaciones”.

De manera que, es en este escuchar el susurro interior que se empiezan a habitar estados, emociones, recuerdos que los adultos, muchas veces tenemos olvidados. Un ejemplo posible, el juego corporal de *En un caballito gris* que posibilita, además, el disfrute de reemplazar el nombre de “Periquito” por el del niño/a:

**En un caballito gris,  
Periquito se fue a París.  
Al paso, al paso,  
al trote, al trote,  
al galope, galope, galope.**

**Cintia Roberts y Laura Varsky, 2017**

Desde esta perspectiva, la docente y narradora oral, Claudia Stella (2021) señala que la poesía es “invitadora”, contagia. Por este motivo, considera fundamental que, como adultos, el poema nos encuentre disponibles siempre que la invitación parta de reconocer a las niños/as como sujetos sensibles que nos iguala en la posibilidad de conmoverlos con un texto literario.

En este marco, la envoltura de la palabra poética es hospitalidad. No hay una actividad sino un bailar al ritmo del texto, un jugar al juego que nos propone, un “hamacarnos en el poema” (Stella, 2021). Y como es contagioso, suele suceder que las mamás o los papás nos pidan sugerencias de libros para compartir con sus hijos/as no ya desde el lugar de lo terapéutico, de lo pedagógico sino de

lo lúdico, lo poético, lo amoroso. Es que la mayoría de las veces, los adultos entramos a la literatura, a la poesía por nuestros niños/as más cercanos. Es muy poderoso para los pequeños/as ver a sus mamás, papás, abuelas, abuelos, cuidadoras cantar, contar, reír, jugar, moverse, compartir canciones y juegos que ellos/as conocen. Un ejemplo posible, es parte de las estrofas de la versión del juego de manos Chocolate de Magdalena Fleitas (2018).

**Choco, choco, la, la  
Choco, choco, te, te  
Choco, la, choco, te  
Cho-co-la-te**

**Barri , barri , le, le  
Barri , barri , te, te  
Barri, le,barri, te  
Ba- rri-le-te**

**Mari, mari, po, po  
Mari, mari,sa, sa  
Mari, po, mari ,sa  
Ma- ri-po- sa**

**Cucu, cucu, ru, ru  
Cucu,cucu,cho,cho  
Cucu, ru,cucu,cho  
Cu-cu-ru-cho.**

Del mismo modo sucede con las versiones de Palo Palito eh de Ivanke y Mey (2019), El Tiburón Kanishka de Koufequin (2020) y Dos Gatos de Pescetti y Gusti (2020), entre otros, de la Colección Los Duraznos de Pequeño Editor.

**Aprender a mirar, aprender a escuchar**  
**Justo al borde de ti, estoy yo**  
**que te espero tranquilamente arriba de la montaña.**  
**Tú llevas tus zapatos más gruesos y gritas: "¡Voy!".**  
**Juntos subimos más alto**  
**para ver qué hay del otro lado.**  
**Mañana, me**  
**tuyOteré.**  
**Justo al borde del borde,**  
**está lo desconocido. Si salto, ¿adónde iré?**  
**¿Y si es feo? ¿Y si está mal hecho?**  
**¿Y si es nuevo?**  
**Mañana,**  
**inventaré.**

**Agnés de Lestrade y Valeria Docampo, 2015**

Ahora bien, es sin discusión que la poesía es una forma de *mirar*, de poner atención, de traspasar esa atención a una imagen, a un sonido. Descubrir en nuestra práctica clínica/docente este carácter rupturista del lenguaje poético demanda que como adultos podamos salirnos de la mirada convencional sobre los elementos que forman parte de nuestra realidad. Esto es posible, cuando nos disponemos a leer literatura como lectores/as, sin más y, no solo como terapeutas y docentes desde lo propio disciplinar. Al realizar esta experiencia sin el a priori de la "utilidad" del texto resulta interesante observar cómo se cargan de sentido poético las cosas más cotidianas para cada uno/a. Esta transformación de la mirada y del lenguaje se conjugan para descubrir, en palabras de López (2018) "resortes insospechados en todas las cosas" vinculados con la capacidad de imaginar, de jugar, del sinsentido, del disparate, de corrernos de las formas homogeneizantes de mirar la vida y construir realidad. Según Montes (2001) esta transformación de la mirada y el lenguaje

hace ensanchamiento de la “frontera indómita (...) única zona liberada. El lugar del hacer personal. La literatura, como el arte en general, como la cultura, como toda marca humana está instalada en esa frontera” (p. 52). En este punto, la lectura temprana de textos poéticos posibilita nuevas miradas.

**Para ram pam pam**

**Van van van van van**

**¿Las hormigas van marchando atadas por un cordón?**

**¿Quién está del otro lado? ¿Dónde está quien las ató?**

**Laura Devetach y Juan Lima, 2012**

No obstante, en la Conferencia ofrecida en el Marco del Tercer Seminario de Literatura Infantil y Juvenil de Pereira (Colombia), la escritora y docente chilena María José Ferrada expresa que, “creceremos y llegaremos a la definición del consenso social sobre lo que son las cosas, pero nos quedará el registro de que fuimos capaces de mirar el mundo y formarnos nuestra propia y única opinión” (Lijpe, 2019, 24m58seg.).

A continuación, es evidente que las respuestas de las tres niñas acerca de “¿qué es un paraguas?” son adecuadas:

Vera (9 años), “para mí un paraguas es algo que te protege de la lluvia y sirve para que no te mojes cuando llueve”.

Sofía (6;8), “un paraguas es para la lluvia// cuando llueve”.

Elena (4;2), “para llover/para ponérselo en la cabeza así (gesto)”.

Sin embargo, la lectura del poema El paraguas de Ferrada posibilitará, luego de su lectura, otra mirada. Los paraguas no serán los mismos ni para ellas ni para el lector adulto.

**El paraguas es una flor de tela impermeable que florece**

**en medio del invierno.**

**Comienza la lluvia:**

**Clap,**

**clap,**

**clap.**

**Y los paraguas abren sus pétalos:**

**Flop,**

**flop,**

**flop**

**Y las personas que lo saben olvidan por un momento que**

**es invierno, incluso olvidan que son personas y se sienten abejas, orugas, mariposas bajo un árbol.**

**Llueve.**

**Llueve.**

**Las personas salen a la calle, abren el paraguas.**

**Van de la escuela al parque, del parque a la panadería.**

**Clap,clap.**

**Flop,flop.**

**Y es un jardín que parece caminar.**

**Ma. José Ferrada y Carrió, 2011**

Por su parte, Elisa Boland (2011, p.45) señala, justamente, que “lo que hace la poesía es quebrar la gramática y liberar al lenguaje de las normas establecidas”, por este motivo la autora destaca que “en enseñanza, la poesía termina acorralada y no se la deja respirar como necesita para una lectura plena” (Ibidem p. 45). En este sentido, es fundamental considerar, no sólo en el espacio pedagógico escolar sino también, en el clínico terapéutico, el riesgo de que un poema quede, solo, “al servicio de” cuestiones didácticas, reeducativas.

Así también, la experiencia de la lectura en voz alta permite, ade-

más, no sólo encontrar la voz para cada emoción, el tiempo para cada verso, la melodía particular de cada poema. En relación a esta última, por lo general, las pausas no están dadas por los signos de puntuación sino que hay que construirlas en función del sentido que, a su vez, también suele estar por construirse. En cada lectura de un poema se inaugura una relación diferente con la palabra. Éste es su encanto.

“La poesía para niños puede jugar en todos los territorios estéticos posibles, ya no hace falta remitirnos únicamente a la métrica más cómoda o a la rima más sencilla, porque la capacidad de escucha y la sensibilidad de los bebés y los niños pequeños son tan profundas como desenfadadas. A los niños les resulta sumamente placentero zambullirse en la poesía disparatada, en esos juegos del sinsentido que le permiten un descanso con respecto a la necesidad de adecuarse a las reglas del mundo, a los códigos de la realidad, que muchas veces los exponen a frustraciones difíciles de tolerar y que pueden ser sublimadas en el juego y la literatura” (López, 2018, p. 132).

**Si un Toro, en vez de ser todo de cuero  
es de plumas y vuela muy ligero,  
si tiene dos patitas  
muy largas y finitas...**

**Basta, ya sé: no es Toro sino Tero.  
Ma. Elena Walsh, 2008<sup>1</sup>**

**Por la tarde, Sofía escuchó a los pájaros cantar.**

---

<sup>1</sup> En relación al sinsentido, es de destacar el limerick, una forma de estrofas novedosas en la poesía de habla hispana que fue introducida en la Argentina por Ma. Elena Walsh. El limerick pertenece a la tradición inglesa y es una especie de historieta en verso, con afirmaciones disparatadas.

**Y se preguntó si habría escuelas de música  
en las copas de los árboles.**

**Escuelas de canto para pájaros.**

**Hay un hilo que cose el día y la noche.**

**Antes de irse a dormir,  
Sofía pronunció la palabra, pájaro,  
y supo que hay cosas que se acurrucan  
en su sonido.**

**Descansan un rato,  
y luego se van  
volando.**

**Ma. José Ferrada y Fito Holloway, 2015**

Para finalizar, leer poesía, leer/narrar un cuento tiene que ver, además, con ejercitar nuestra capacidad de escuchar doblemente no sólo la voz de la poesía, del cuento sino también la del niño/a. Resulta fundamental, entonces, que, como terapeutas, como docentes estemos dispuestos/as a prestar atención a los comentarios y pedidos de los chicos/as ya que siempre son muy buen material para conocerlos/as y abrir posibilidades de explorar: ¿qué le gusta?, ¿qué requiere?, ¿qué le interesa?, hoy, ¿cómo llegó al espacio del consultorio, del aula?

*Poesía e Infancias* componen un maridaje maravilloso: unir la sutileza, la estética, el valor emocional, el encanto del lenguaje poético con los niños y las niñas en atención es un proceso lento, paciente que implica tiempo y dedicación. Tiempo de búsqueda, de paseos por los estantes de librerías y bibliotecas; tiempo de lectura, de una lectura que nos sorprenda, nos conmueva, nos inquiete y nos lleve a decidir que el mejor lugar para este libro de poesías, de cuentos,

de género álbum, de historietas es el del espacio del consultorio, del aula. En efecto, ubicar los libros de variados géneros literarios a la vista, a mano nos facilita recurrir a éstos cuándo sea el momento, “la gran ocasión”. Si los incorporamos disfrutando primero nosotros/as de su lectura de seguro será nuestra caja de herramientas, nuestra navaja suiza siempre disponible para comprender qué dirección tomar, por qué caminos transitar en el ejercicio de la clínica, de la docencia.

### Referencias bibliográficas

- Bodoc, L. (2019). Algunos poemas, textos y conferencias. Rosario: Floresta Ediciones.
- Boland, E. (2011). Poesía para chicos. Teoría, textos, propuestas. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Cabrejo Parra, E. (2008). Música de la lengua, literatura y organización psíquica del bebé. En *Música y literatura infantil colombiana*. Cuadernos de Literatura Infantil Colombiana. Biblioteca Nacional de Colombia.
- de Lestrade, A. y Docampo, V. (2015). *Justo al borde*. Buenos Aires: unaLuna Grupo Claridad.
- Devetach, L. y Lima, J. (2012). *La hormiga que canta*. Buenos Aires: Ediciones Del Eclipse.
- Ferrada, M. J. y Carrió, P. (2011). *El lenguaje de las cosas*. Madrid: Ediciones El Jinete Azul.
- Ferrada, M. j. y Holloway, P. (2015). *Pájaros*. Buenos Aires: Pequeño Editor.
- Fleitas, M. (2018). *Chocolate*. Disponible en: <https://youtu.be/KpYBMYF6UuQ>
- Ivanke y mEy (2019). *Palo Palito Eh*. Buenos Aires: Los Duraznos Pequeño Editor.



- Koufequin (2020). *El tiburón Kanishka*. Buenos Aires: Los Durazos Pequeño Editor.
- Levin, J. (2002). *Tramas del Lenguaje Infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lijpe (2019). Conferencia Poesía para habitar el mundo, por María José Ferrada. Disponible en: [https://youtu.be/dWCE\\_SvMwGA](https://youtu.be/dWCE_SvMwGA)
- López, M. E. (2018). *Un pájaro de aire. La formación de los bibliotecarios y la lectura en la primera infancia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2019). *Un mundo abierto. Cultura y primera infancia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Montes, G. (2001). *La frontera indómita. En torno a la construcción y defensa del espacio poético*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- (2006). *La gran ocasión. La escuela como sociedad de lectura*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.
- (2017). *Buscar indicios. Construir sentido*. Bogotá: Babel Libros.
- Pescetti, L. (2020). *Dos gatos*. Buenos Aires: Los Durazos Pequeño Editor.
- Ramos, M.C. (2012). *Aproximación a la narrativa y a la poesía para niños. Los pasos descalzos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Reyes, Y. (2007). *La casa imaginaria. Lectura y literatura en la primera infancia*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- (2014). *El libro que canta. Vuelto a contar por Yolanda Reyes*. Buenos Aires: Alfaguara.
- (2019). *La poética de la infancia*. Córdoba: Comunicarte.
- Roberts, C. y Varsky, L. (2017). *Nidos que arrullan. Nanas, cantos y arrullos de América Latina*. Buenos Aires: Ojoreja.

Stella, C. (2021). Narrar, leer con ninxs pequeñxs: una presencia, una piedra al agua. En *Recorridos lectores para las infancias*. Día 2 Claudia Stella. Disponible en: <https://youtu.be/rOO8YPedsJA>

Walsh, M. E. (2008). *Zoo Loco*. Buenos Aires: Alfaguara.

### **Datos de la autora**

**Gloria Bereciartua** es Doctora en Psicología (Facultad de Psicología, UNR). Licenciada en Fonoaudiología (Facultad de Ciencias Médicas, UNR). Terapista en Salud Mental (Facultad de Ciencias Médicas, UNR). Desde 1984 se desempeña como docente de la Carrera de Psicología, UNR. En la actualidad, como Profesora Titular de la Cátedra de Psicología del Lenguaje y del Desarrollo de la mencionada carrera, UNR. Desde 1978 y hasta 2019 ejerció como Fonoaudióloga en el campo de la clínica del lenguaje con niños y niñas. Ha dictado numerosos Seminarios y Talleres sobre Literatura Infantil y Juvenil como dispositivo de intervención en la clínica del lenguaje.

# Trayectorias escolares. Tiempo de transformación.

**Marcela Cieri**

*En las diferencias no existen sujetos diferentes.  
(Preguntar la diferencia. Cuestiones sobre la inclusión. Skliar, C.)*

En términos generales, se podría enunciar que estar en proceso implica, entre otras varias cuestiones, estar sujeto a paradojas, a prueba, en un camino de avances y retrocesos. En ciertas circunstancias, resulta necesario en ese camino revisar la historia, transgredir lo instituido, cuestionar los dogmas. Entonces, quizás, aparezca en ese particular proceso la posibilidad de reparar, rehacer, fundar (Mizrahi-2005). La problemática de la educación inclusiva (EI), de la integración escolar (IE) y las variadas y multifacéticas aristas intervinientes aún están en proceso. En ese sentido, se desarrolla el presente escrito.

Las líneas que siguen intentan recuperar, repensar y compartir algunas reflexiones que se fueron exponiendo en un trabajo de tesis doctoral, Proceso de integración escolar y representaciones de equipos técnicos docentes y pares del niño/a con Trastorno específico del Lenguaje (UNR- 2018). Sintéticamente, en dicho estudio se realizó un análisis sobre cómo se produce el desenvolvimiento de procesos de integración (PIE) de niños/as con necesidades educativas especiales (NEE) en un recorte poblacional de tres instituciones.

A partir de ese marco de referencia se propone un recorte de dichas discusiones relacionadas con los avatares que suceden en la multiplicidad de acontecimientos del escenario escolar. Se expondrá además algunas historias, a modo de relatos anónimos, enmarcadas en la complejidad de ese sistema relacional que constituyen los PIE, ubicando una de las aristas que se entretajan en esta complejidad:

infantes que atraviesan ciertas problemáticas en la organización del lenguaje y procesos de escolarización.

En el desarrollo de la mencionada tesis se sostuvo que ciertos cuadros, que presentan una marca corporal o conductual evidenciables, pueden generar valoraciones y supuestos que devuelven al colectivo el reaseguro que esto/as niño/as son justificadamente destinatarios de incluirse en un PIE porque sus condiciones justifican las necesidades educativas especiales (NEE). Y que estos supuestos están relacionados con pensar una escuela que integra la diferencia y genera estrategias individuales para que lo/as niño/as respondan finalmente a la propuesta pedagógica pensada para todo/as, enunciación que permite pensar que aún existen algunos desencuentros conceptuales con la praxis, que ponen en discusión y visibilizan ciertos binomios de larga data: lógica de la homogeneidad-lógica de la diversidad; normalidad-desviación; niño/as con NEE-niño/as sin NEE; alumno/a integrado/a-alumno/a normal.

Pensar en infantes que atraviesan una problemática en el proceso de organización del lenguaje, y por tanto presentan características que justifiquen incluirlos en un PIE, abre un campo de interrogaciones. En este sentido son necesarias ciertas articulaciones. En principio y como punto insoslayable, esencial y determinante, se diría sí, por supuesto, en tanto sujetos de derecho como anuncia la actual Ley de Educación Nacional N° 26.026 (2006). Esta normativa regula el derecho a enseñar y aprender manifiesto en el artículo 14 de la Constitución Nacional, planteando como fines y objetivos una educación de calidad, igualitaria, integral y democrática respetando las diferencias entre personas. Puntualmente, en uno de sus postulados, el objetivo apunta a “brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos” (Ley N° 26.026, 2006, p. 2) Si

en cambio se pone en cuestión lo trabajoso del camino para pensar desde la lógica de la diversidad, en la pedagogía de la diferencia, suponiendo a cada sujeto en su singularidad, se plantearían algunas dudas.

La problemática del lenguaje y de infantes que presentan algunos tropiezos en el proceso de adquisición puede ligarse a ciertos bordes imprecisos inherentes al proceso, marcas no ostensibles fácilmente. Además, remite a considerar la singularidad de indicadores de evolución en un proceso tan complejo como es el que implica constituirse en usuario autónomo de la lengua en uso, integrando este hecho con la universalidad del lenguaje, pensándolo además en la singularidad de los sujetos en sus actos de habla. Cuestiones que no tendrían que aclararse si el paradigma de la diversidad estuviera consolidado, si ya los espacios escolares estuvieran entendidos en la multiplicidad de manifestaciones; si estuvieran establecidos claramente los roles y funciones de los equipos de trabajo ubicados en el accionar de una escuela inclusiva. Pero aún las clasificaciones, las categorías, trascienden al niño/a en tanto alumno/a. Entonces ¿cuál es el lugar asignado a lo/as niño/as que presentan otros tiempos y modos en la adquisición del lenguaje?

Las trayectorias que se relatan a continuación intentan dar cuenta de lo dicho, en el marco de pensar el hecho singular, la historia viva como dato perceptible para el análisis y la reflexión.

No se trata de forzar cambios, pero los dispares modos de representarse al sujeto que atraviesa por esas circunstancias generan zonas de incertidumbre. Y el/la niño/a, está ahí, esperando que los modelos armados, encorsetados de mirar y actuar en la escuela, cambien, fisurando los dogmas. Fisura que abra, posibilite, habilite otros modos de ver, sentir, pensar la diferencia.

Un niño mostraba un desenvolvimiento lingüístico característico desde el nivel inicial con una expresión oral dificultosa; presenta-

ba relatos algo desorganizados, con disgregación temática, anomias, parafasias, promovían miradas de extrañeza. La situación se agravaba cuando debía responder a preguntas sencillas, seguir consignas verbales, que no comprendía o en cuyas respuestas presentaba omisiones, a consecuencia de comprender parcialmente el mensaje verbal puro. Estas circunstancias fueron alojadas con afecto y buena voluntad, especialmente en el nivel inicial. Si bien sus docentes se preguntaban e interrogaban a los especialistas que trabajaban por fuera del ámbito escolar sobre su desenvolvimiento y sobre las causas de su distractibilidad o atención fluctuante, fueron comprendiendo que las particularidades de este niño tenían que ver con una problemática primaria del lenguaje. Que esta circunstancia lo iría acompañando con evolución cambiante. Fueron aprendiendo a acompañarlo y esperarlo.

Esta situación no fue sin costos para el niño, su familia y docentes. Cada año de escolaridad, cada cambio docente, cada complejización de los contenidos conmocionaba a todo/as. El/la niño/a-alumno/a, que hacía todos los esfuerzos por superarse, por entender y pertenecer, a veces quedaba por fuera: fuera del recreo por no terminar de copiar, por fuera de determinada actividad grupal, por no haber concluido la actividad anterior; por fuera de algunos grupos cuando no era convocado porque sus respuestas resultaban acotadas, inconclusas y sus aportes eran insuficientes. Escolaridad trabajosa. Este caso, si bien podría considerarse como una demora en el proceso de aprendizaje sin otras dificultades concomitantes, no es vivido así por el niño y su familia. Conforme fue cursando los grados de escolaridad y los contenidos fueron más complejos y mediados casi exclusivamente por el lenguaje, se desataban situaciones angustiosas. La realización de las tareas se convertía en un conflicto familiar, que generaba cansancio, desacuerdos y desavenencias.

La trayectoria escolar del niño del relato no requirió la instru-

mentación de un PIE con la figura de docente integrador. Podrían mencionarse algunos factores causales: la familia acompañaba, aún con las incertidumbres a cuestas, y se ocupaba expresamente de andamiar el cursado con apoyos extraescolares. La institución escolar, también con sus incertidumbres a cuestas, no proponía como alternativa el fantasma de la repetición o del período de reforzamiento “en proceso”, en cada final de año. Y el niño trabajaba intensamente por sostener su lugar de sujeto aprendiente. Se las fueron arreglando. Arreglaron, ajustaron, probaron, para que el niño aprendiera y el niño aprendía. Pero con esfuerzo, costoso en algunos años. El equipo externo que lo acompañaba fue promoviendo encuentros, sugerencias para la realización de ciertas adecuaciones y éstas tuvieron una implementación dispar, conforme a las particularidades del sistema relacional que conformaban la institución, el equipo externo que acompañaba al niño y la familia.

En el cursado de grados más avanzados el niño se encuentra “lleno de palabras que no entiendo”, dice y sus ojos se nublan. Angustia acallada. Sobre esto hay que seguir pensando para poder hacer y generar otras estrategias. También para estos casos se necesitan ajustes, restablecimiento de los engranajes, búsqueda de nuevas piezas para el moldeado artesanal de estas particularidades: quizás modificaciones de acceso, evaluaciones orales o a través de gráficos, reducciones de textos hubieran aliviado, hubieran evitado las lágrimas, al menos que los causantes no hubieran estado del lado de la exigencia escolar. El foco tiene que estar a estas alturas de lo transitado en materia de IE, en el replanteo de la perspectiva para modificar referentes de análisis, crear, recrear los modelos de intervención; reinterpretar la realidad desde otro enfoque. Y ofrecer otras propuestas.

El replanteo del concepto de NEE y su consecutivo: adaptaciones curriculares quizás ayude, acerque las partes de las brechas del sinuoso camino de la lógica de la diversidad. En este sentido, para

abonar la marcha, con relatos que seguramente se repiten de modo similar o diferente, se exponen estos recortes; para encontrar los ajustes con miras a la llegada, a la posibilidad de una escuela verdaderamente inclusiva, que también sea inclusiva con lo/as niño/as que presentan particularidades que complican su trayecto escolar a consecuencia de ciertas problemáticas que comprometen de modo primario el proceso de adquisición del lenguaje.

Aún persiste en algunas prácticas escolares la idea de que lo/as alumno/as deben adaptarse a la vida escolar ya establecida y que respaldados en el paradigma de la integración se tomarán las medidas necesarias para que se ajusten de algún modo a este sistema. Aún se supone, en ciertas experiencias (insisto y celebro que ya no sea en todas las experiencias educativas) que la problemática está en el/al alumno/a que por sus particulares circunstancias no se adapta a la propuesta educativa y requiere de reformas complementarias para acomodarse al sistema escolar ya establecido. Así le sucede a este niño, cuyo recorte se expone a continuación.

Niño que cursando su primer grado de escolaridad debe aprenderse de memoria el abecedario, cuando aún por su problemática lingüística no procesa fácilmente la información verbal y presenta fallas mnésicas para los eventos verbales especialmente. Ocurre que este niño que atraviesa el proceso de adquisición del lenguaje con ciertos tropiezos especialmente para el plano elocutivo, se ve forzado a realizar una actividad que por ahora le resulta altamente costosa, cuyos resultados son fluctuantes e inestables.

El pequeño, que en los inicios de su desarrollo lingüístico presentó un marcado desfasaje en los procesos de adquisición, sólo para este aspecto del desarrollo, llega a la escuela primaria con un habla dificultosa, parafasias para los polisílabos complejos, anomias ocasionales, agramatismos y dificultades fonológicas variadas. El niño estuvo acompañado con terapia del lenguaje desde los momentos



tempranos y aun con las variadas características mencionadas en el plano expresivo, cursa con un adecuado desarrollo de la decodificación verbal y del plano pragmático. Si bien para el plano de la elocución posee un nivel lexical acotado y las manifestaciones descriptas son evidentes, se comunica con deseos de expresar sus intenciones y preferencias y logra tener eficacia en sus intentos comunicativos. El tránsito por el nivel preescolar en los jardines aconteció sin mayores dificultades. Su trayectoria en el nivel inicial de educación formal en la misma institución que cursa su nivel primario, también fue distendida. Sus particularidades lingüísticas no interfirieron en su posición de alumno, y logró transitar el periodo cumpliendo con los objetivos propuestos. Sus docentes lo describían como inhibido, callado pero participativo y bien dispuesto para los aprendizajes y lazos sociales. La cuestión se complejizó en el cursado de su primer grado, momento de inflexión en los aprendizajes formales, especialmente el del proceso de construcción del sistema lectoescrito. Se necesitan para transitar la construcción de este objeto cultural condiciones motivacionales, atencionales, cognitivas, lingüísticas, y disponibilidad para los aprendizajes ligados al proceso de constitución subjetiva para que este proceso se vaya dando satisfactoriamente, con toda la carga social que tiene que un infante aprenda a leer y escribir.

Podría decirse que el niño del relato tiene a mano todas las condiciones en disponibilidad, aunque las cuestiones referidas a su desarrollo lingüístico demorado lo compliquen en ciertas circunstancias; situación que es posible que, al menos, le provoque ciertas demoras en ese proceso constructivo para ese aprendizaje particularmente. Su docente aduce no entenderle cuando habla, que en general le pide que repita y que cuando de todos modos no se puede establecer la comprensión de los dichos del niño, suele decirle que después lo diga. Comunicación postergada; cuando el momento

comunicativo era ese, y luego ya no tendrá ni la eficacia, ni el interés propio del proceso comunicativo. Situación que puede tener distintas consecuencias para la construcción del sujeto hablante que serán sorteadas con mayor o menor solvencia según otras y diversas circunstancias. Pero el foco de la cuestión es la interrogación que plantea su docente al reunirse con los padres en una instancia y con el profesional que acompaña al niño por fuera de la institución escolar en otras, cuando dice: “¿pero, cómo tengo que tratarlo?” La primera sensación es la de molestia ante esta interrogación y la urgencia de decirle “como lo que es: ¡un niño!”. Es que toda diferencia aún interpela, interroga a veces, incomoda si aún se espera de todo/as lo mismo. Pese a las explicaciones sobre las características de la situación que presenta el niño, la docente solicita que sepa el abecedario de memoria, silabee las palabras y en las evaluaciones escriba una oración, acciones que obviamente el niño aún no puede realizar, del modo solicitado al menos, razón por la cual su producción recibe un insuficiente, un no satisfactorio. Es clave seguir en la reflexión para pensar a quién no satisface el niño.

En el relato de estas experiencias, como la de tantos otros acontecimientos de sujetos implicados en ellas, se advierte el sentido que este escrito pretende: seguir describiendo, analizando e interpretando los PIE para encontrar nuevas formas de sentido y profundizar acciones para el cambio de paradigma y pensar otra escuela. Una escuela para la inclusión de los sujetos de derecho. Si se van creando espacios de enunciación colectiva, quizás se puedan generar o mejor, profundizar verdaderas transformaciones que ya han comenzado.

Podría decirse que si bien la filosofía de la heterogeneidad, de la diversidad, atraviesa el sistema educativo desde la letra, desde la legislación, desde la palabra, aún está en proceso una transformación sustancial, un transformar y transformarse. Visibilizar la multiplicidad de saberes, de estilos, de modos de simbolización, de expresión,

es necesario.

Hay que trabajar con acciones que promuevan la atribución de nuevos sentidos para pensar que la educación implica “crear huellas simbólicas, marcas que como representación se olviden y se puedan recordar” (Levin, 2008, p. 243) y resignificar la concepción de infancia. Que más allá de la organicidad, a partir de la diferencia, abra la posibilidad de pensar que el/la niño/a es poseedor de un saber y de un deseo por seguir conociendo, y este hecho, en la institución escolar especialmente, se crea, como dice el autor, a partir de un lazo escénico singular con el infante.

### Referencias bibliográficas

- Acosta Rodríguez, V. et al (1998). Dificultades del habla infantil: un enfoque clínico. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Achilli, L. (2010). Escuela, Familia y Desigualdad social. Rosario: Laborde Editor.
- Acosta Rodríguez, V. (2003). Dificultades de lenguaje, colaboración e inclusión. Barcelona: Ars Medica. Ediciones.
- Aisenson, D., Castorina, J., Elichiry, N., Lenzi, A. y Schlemenson, S. (2007). Aprendizaje, sujetos y escenarios: Investigaciones y prácticas en psicología educacional. Bs. As.: Novedades educativas.
- Aizpún, A. M. y otros (2013). Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil. Bs.As.: Abadía.
- Azcoaga J. (1981). Los retardos del lenguaje en el niño. Bs. As. Ediciones Paidós.
- Baquero, R. y Terigi, F. (1996). En búsqueda de una unidad de análisis del aprendizaje escolar. Apuntes pedagógicos. Bs. As. Apuntes. .
- Belgich, H. (1998). Niños en integración escolar: Hacia una

lógica democrática de los procesos de inclusión. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Belgich, H. (2004). Sujetos con Capacidades Diferentes. Sexualidad y Subjetivación. Colombia: Kinesis.

Belgich, H. (comp.) (2007). Reflexiones sobre la práctica docente en los procesos de integración escolar. Rosario: Homo Sapiens.

Boff, L. (2006). El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana. Madrid: Editorial Trotta

Boggino, N. y de la Vega, E. (2013). Diversidad, aprendizaje e integración en contextos escolares. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Caniza de Paez, M. (2000). Estrategias de intervención de personas con NEE y/o con discapacidad a las escuelas comunes. Secretaría de Educación. CABA.

Cieri, M. (2014). El lenguaje infantil y sus tropiezos. Más allá de criterios clasificatorios. En Lara, B y Bereciartua, G. (comp.) (2014). Lenguaje. Una perspectiva interdisciplinaria. Escritos N° 2. Buenos Aires: BG.

Cordié, A. (2007). Los retrasados no existen: Psicoanálisis de niños con fracaso escolar. Bs. As.: Nueva Visión.

Coriat, E. (2016). Una inclusión que desintegra. Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Psicoanálisis. Facultad de Psicología. UNR

de la Vega, E. (2005). Genealogía de la Educación Especial en Argentina. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNR.

Dolto, F. (1981). Los derechos del niño: La dificultad de vivir. Bs. As. Gedisa.

Fernández, A. (2014). Los idiomas del aprendiente. Bs.As.: Nueva Visión.

Juarez Sanchez, A. y Monfort, M. (1999) Estimulación del len-

guaje Oral. Madrid: Aula XXI.

Lara, B.; Bereciartúa, G. (comp.) (2014). Lenguaje. Una perspectiva interdisciplinaria. Escritos N° 2. Buenos Aires: BG

León S., Acosta V., Ramos, V. (1998). Dificultades del habla infantil: Un enfoque clínico. Málaga: Aljibe.

Levin E. (2008). Discapacidad Clínica y Educación. CABA: Nueva Misión.

Levin J. (2002). Tramas del lenguaje infantil. Buenos Aires: Lugar.

López Melero, M. (2004). Construyendo una escuela sin exclusiones. Una forma de trabajar en el aula con proyecto de investigación. Málaga: Aljibe.

Mannoni, M. (1992) El niño retardado y su madre. Bs. As.: Paidós

Mannoni, M. (1998) Un saber que no se sabe: la experiencia analítica. Barcelona. Editorial Gedisea.

Mizrahi, L. (2005) Mujeres en plena revuelta. Bs As.: Godot Editores.

Moriña Diez A. (2004) Teoría y práctica de la educación inclusiva. Málaga: Aljibe.

Peralta, Z. (2004). La complejidad del fenómeno inclusión de niños con NEE en la escuela común. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. UNR.

Percia, M. (2004). Deliberar las psicosis. Bs. As. Lugar Editorial.

Piaget, J. y García, R. (1994). Psicogénesis e Historia de la Ciencia. México: Siglo veinticinco editores.

Pozzo, M. I. (2009). La investigación educativa como nexo entre las migraciones, la formación docente y la interculturalidad. En Pozzo M. I. (ed.) Migraciones y formación docente. Aportes para una educación intercultural, pp. 17-38 Berlín:

Peter Lang

Puyuelo Sanclemente y M., Rondal J. (2003). Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Barcelona: Masson

Rosato, A. y Angelino M. (coords) (2009). Discapacidad e ideología de la normalidad. Bs. As.: Noveduc libros.

Skliar, C. (2008). ¿Qué pretendemos con la idea de diversidad? ¿Qué pretende la idea de diversidad con nosotros? Encuentro: Construyendo una escuela inclusiva. Santa Fe

Skliar, C. (2011). ¿y si el otro no estuviera ahí?: Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia. Bs. As.: Ediciones Marina Vilte.

Skliar, C. (2015). Preguntar la diferencia: cuestiones sobre la inclusión. Revista Sophia. Vol 11 (1) pp. 33-43.

Skliar, C. y Téllez, M. (2008). Conmover la educación. Bs. As.: Noveduc.

Ulloa, F. (1995) La novela clínica psicoanalítica. Bs. As.: Paidós.

Vygotsky, L.S. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Bs. As.: Crítica.

Vygotsky, L.S. (1995). Obras Escogidas. Madrid: Visión.

## Datos de la autora

**Marcela Cieri** es Dra. en Psicología y Lic. en Fonoaudiología. Docente Facultad de Psicología en la Cátedra Psicología del Lenguaje y del Desarrollo - UNR. Profesora para la enseñanza primaria. Actual Presidenta del colegio de Fonoaudiología. Trabaja desde hace 30 años con las infancias y sus vicisitudes.

# Derechos y cuidado de la salud de las infancias y adolescencias

**Yanina Sosic**

El presente capítulo persigue la idea de pensar el cuidado de la salud de las infancias y adolescencias desde la perspectiva de derechos. En esa línea se pretende reflexionar sobre el rol de los profesionales de la salud y su implicancia en la defensa, protección y restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA), para generar posibles propuestas de intervención integral, articulando la promoción de la salud, la prevención y asistencia desde abordajes integrales.

## **Derechos, infancias y adolescencias**

Pensar en abordajes que contemplen a niños, niñas y adolescentes remite a pensar, por un lado, cómo concebimos nuestras prácticas en relación al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y, por el otro, cuáles son los paradigmas respecto de cómo consideramos a un niño/a y a un/a adolescente. Ello rubricará nuestras intervenciones en salud, mostrando si las mismas solo se remiten a tratar las dificultades o si por el contrario elegimos llevar adelante una clínica que tienda a trabajar también sobre los aspectos positivos de la salud con un fuerte énfasis en lo que implica el cuidado de la misma y por sobre todas las cosas marca también una concepción de los/as NNyA como sujetos de derechos.

La salud como derecho humano fundamental corresponde universalmente a todos los seres humanos sin distinción alguna de raza, religión, opinión política o de cualquier otra índole, condición económica o social. Partimos entonces de considerar a la salud como un derecho teniendo en cuenta que las condiciones sociales en las

cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece son los determinantes más importantes del estado de salud (Comisión Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Para la Oficina Panamericana de la Salud (O.P.S.) (2017) el derecho, bajo el tan mentado postulado “el grado máximo de salud que se pueda lograr”, demanda un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, como la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, entre otros. Así, el goce del derecho a la salud está estrechamente vinculado con el de otros derechos humanos tales como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación y el acceso a la información y la participación. Es decir, está orientado a asegurar al ser humano su dignidad e implica no solo el acceso a la educación e información, sino también la libertad de las personas de controlar su salud y su cuerpo, incluida la salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, comprende la no adopción de prácticas o tratamientos que no fueran consensuados entre los/as usuarios/as y los/as profesionales. Este derecho abarca también el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Según la O.P.S. (2017), las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, particularmente el derecho a la salud, dependiendo de la manera en que se formulen y se apliquen. En ese sentido, subraya que la adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos y afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.

Ahora bien, cuando se trata de los derechos de NNyA en relación a su salud, entran a jugar además marcos jurídicos propios en relación a las infancias y adolescencias.



Actualmente, en la Argentina rige la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, basada en los principios formulados por la Convención Internacional de los Derechos del Niño. La misma fue sancionada y promulgada en 2005 y tiene como objeto el principio de interés superior del niño/a, que implica la máxima satisfacción integral y simultánea de derechos y garantías. Previamente, en nuestro país tenía vigencia la Ley 10.903 de Patronato de la Infancia, más conocida como Ley Agote, la cual generó un paradigma tutelar que estuvo vigente desde 1919 hasta 2005..

Se pueden citar antecedentes históricos previos a la sanción de la Ley de Protección Integral, como la proclamación de las Naciones Unidas que en 1959 dio origen a la Declaración Universal de los Derechos del Niño e inició la doctrina de Protección Integral de la Infancia. Este hecho culminó en 1989 con la aprobación en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. En nuestro país, dicha Convención fue incorporada a la Reforma Constitucional de 1994, en el apartado correspondiente a los Tratados Internacionales, y obliga al Estado a cumplir sus artículos y garantizarlos. Dicha inclusión produjo un viraje de políticas destinadas a la protección de los/as niños/as y adolescentes hacia aquellas relacionadas con la protección de sus derechos; un enfoque que, como menciona Stolkiner (2012), antagoniza con la objetivación de las medidas anteriores tutelares y asistencialistas. Luego, se sancionó en septiembre y se promulgó de hecho en octubre de 2005 la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, basada en gran parte en la Convención Internacional. Ello significó un cambio en el paradigma al concebirlos/as como sujetos de derechos y no como objeto de protección. Al mismo tiempo, convirtió a los adultos en sujetos de responsabilidades. Estos derechos hacia los/as NNyA son irre-

nunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles. El interés superior está relacionado no solo con considerarlos/as sujetos de derecho sino también con el derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta, al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural, su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y su centro de vida. Entre sus principios más destacados se incluyen el derecho a la vida con calidad, el derecho a la dignidad y a la integridad personal (física, sexual, psíquica y moral), esto es, a no ser sometidos a tratos violentos, humillantes, a explotación económica, sexual, torturas y abusos. En ese orden, en 2006 y siguiendo con la inclusión de nuevos marcos jurídicos para las infancias y adolescencias, se sancionó la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral.

Del mismo modo, el marco legal proporcionado por la Ley Nacional N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar promulgada en 1994 en la República Argentina, la Ley Nacional Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres promulgada en 2009 y la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental del 2010, también nos otorgan herramientas para pensar y articular un cuidado de niños, niñas y adolescentes.

Esta nueva noción de protección integral de derechos hacia las infancias y adolescencias trajo aparejados cambios en las políticas públicas y en las prácticas educativas y de salud, aunque todavía queda un desafío enorme para asegurar que las condiciones de ejercicio de sus derechos se cumplan.

En relación a este punto, Stolkiner (2012) plantea:

La Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2006) proveyó una herramienta para comenzar a des-instituir prácticas que todavía se fundamentaban en el ideario de la Ley de Patronato de Menores, tensión que per-

manece hasta la fecha y cuya evolución depende de profundos cambios de la cultura institucional y social, dado que se trata de revertir la representación misma del niño como objeto de cuidado o de control (pp.33-34.).

En relación a las políticas públicas, la Ley de Protección Integral N°26.061 enuncia que las mismas deben apuntar al fortalecimiento del rol de la familia y a la descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos. Debe priorizarse una gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, la promoción de redes intersectoriales locales y la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

En este sentido, para Carli (2017),

Las nuevas legislaciones, ajustadas a los principios de la Convención, revelan la combinación del derecho de niños y niñas a expresar sus opiniones con la obligación de los adultos (Estado, comunidad, familias, organismos) de crear condiciones para el cumplimiento de los derechos. Pero la tarea no es sencilla y nos retrotrae al problema clásico de la representación política y a la complejidad de la representación de la niñez (p.53).

El paradigma de derechos para las infancias y su aplicación pone de manifiesto las inequidades a las que asistimos cotidianamente, de las cuales los niños y las niñas no son la excepción, muy por el contrario. Al respecto, Carli (2017) denota que este contexto de enunciación y expansión de la esfera de los derechos, de nuevas y variadas formas de interpelación político-cultural, muestra a su vez la persistencia de flagrantes desigualdades sociales. El debate sobre la igualdad y sobre lo universal constituye una cuestión crucial en lo que respecta a las infancias y muestra que se ha avanzado nota-

blemente en el reconocimiento de las particularidades y diferencias de la experiencia infantil, de allí el uso recurrente de la expresión “infancias” en plural.

Algo similar sucede con el término adolescencias, su incorporación remite a poner el acento en las singularidades, en las experiencias e historias de cada sujeto.

Del mismo modo, Carli (2017) manifiesta que la enunciación de los derechos de niños y niñas también expresa que es necesario construir una mirada con aspiración de universalidad, pensando a la igualdad no como un supuesto sino como un horizonte.

En relación a este punto, la esfera del trabajo en salud con niños, niñas y adolescentes ofrece un espacio, una plataforma idónea para planificar acciones que tengan que ver con orientar las prácticas hacia la equidad, principio básico de la concepción de la salud desde una mirada social.

Es preciso, entonces, tener en cuenta que las conceptualizaciones acerca de las infancias y adolescencias han cambiado a lo largo de la historia, es decir, las mismas, al igual que las concepciones acerca de la salud, no son ajenas a las transformaciones sociales propias de cada tiempo y contexto. Además, como refiere Frigerio (2006), pensar en las infancias requiere pensar en términos de una identidad entendida como un trabajo psíquico y social siempre en reformulación, por el que cada sujeto no cesa de construirse y ser construido. En relación a este punto, destaca la importancia acerca de cómo pensamos a los sujetos con los/as que trabajamos, en tanto puede representar para ellos/as una habilitación a un futuro a construir o una condena que los conduzca a un origen no elegido o un universo de representaciones prejuiciosas que los/as definan. Aquí radica la importancia de bregar por profesionales de la salud que consideren a las infancias y adolescencias en clave de derechos para alcanzar intervenciones que defiendan, protejan esas garantías y en el caso que

sea necesario las restituya.

### **Niños, niñas y adolescentes como sujetos de nuestras prácticas en salud**

Esta perspectiva de derechos pone de manifiesto la necesidad de cuidar la salud de los/as niños/as y adolescentes, implicando ello poner al servicio de ese cuidado las herramientas de que disponemos para llevar adelante las acciones sanitarias. Resulta imprescindible escucharlos/as como premisa número uno que nos permita abrir a partir de allí un innumerable abanico de posibilidades.

Según Stolkiner (2011), escuchar a un niño/a en el proceso de cuidado de su salud es hospedarlo en su singularidad: saber que la voz de sus padres no es necesariamente la suya pese a que hace trama con ella conlleva el hecho de reconocer su modo de sentido y corporeidad.

Por lo anteriormente expuesto, realizar prácticas en salud implicará, ante todo y en primer lugar, ubicar al niño/a o adolescente como sujeto de derechos, es decir, demandará llevar adelante una clínica de los sujetos, en relación al campo de las infancias y adolescencias.

En este sentido, Stolkiner (2011) enuncia que, si bien podemos pensar en dimensiones genéricas del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, en el corazón de las políticas, sistemas y servicios de salud, el cuidado y la atención se concretan en encuentros absolutamente singulares y la dimensión de encuentro, diálogo y escucha singular no es privativa de las prácticas “psi” sino que forma parte de las prácticas de todos los profesionales de la salud.

Al respecto de la singularidad, Franco y Merhy (2011) destacan que hay una producción subjetiva del cuidado en salud, y sugieren que los procesos de evaluación cualitativa de servicios de salud deben admitir en su plano analítico la subjetividad como una de las

dimensiones del modo de producción en salud. En este punto es preciso resaltar lo enunciado por los autores recientemente mencionados, en cuanto a que el cuidado se construye siempre en relación con el otro, sean trabajadores o usuarios/as. El desafío consiste en generar un cambio en la producción del cuidado marcado por nuevas subjetividades activas y proponer un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, al abrir el encuentro con los/as usuarios/as a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos/as, trabajadores y usuarios/as, y forman el centro del proceso de trabajo.

Es decir, es posible delinear intervenciones hacia el cuidado de la salud de las infancias y adolescencias desde una perspectiva de derechos. Podemos pensar un trabajo en distintos niveles, que articulen acciones específicas en salud desde los marcos normativos otorgados por las legislaciones en relación a la protección de los derechos vigentes.

En relación a este punto, y volviendo a la Ley de Protección Integral de niños, niñas y adolescentes, el derecho a la salud está enunciado explícitamente en el deber de los organismos del Estado de garantizar el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen, siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. El Estado debe ofrecer, asimismo, programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a las familias; campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. La Ley también comprende que las instituciones de salud deberán atender prioritariamente a las niñas, niños, adolescentes y mujeres embarazadas en el marco de una atención integral de su salud: asistencia médica necesaria, acciones de prevención, promoción, información, protec-

ción, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Además, se enuncia una serie de derechos tales como a la educación, a la identidad, a preservar su idiosincrasia, a la libertad, a tener ideas propias, a expresar su opinión, al deporte y al juego recreativo, entre otros. Del mismo modo, se deja expreso que los miembros de establecimientos educativos y de salud (públicos o privados) y agentes o funcionarios/as públicos/as que se encuentren en conocimiento de la vulneración de derechos deben comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Esto deja en claro el papel que como profesionales de la salud tenemos en el cuidado de las infancias y adolescencias: dicho marco normativo nos involucra en el hecho de llevar adelante actividades de promoción de derechos, prevención de problemas de salud, dificultades en la esfera de la comunicación y de violencia en todas sus formas.

Asimismo, es necesario incluir como parte del trabajo en salud el hecho de acercar, de hacerles conocer a los/as niños/as y adolescentes y sus familias la gama de políticas públicas a nivel nacional, provincial y municipal que los alcanzan, muchas de las cuales también están sustentadas en los mismos marcos jurídicos y en numerosas ocasiones son desconocidas por los actores sociales en contacto con las N.N. y A. en los ámbitos familiares, escolares y sanitarios.

Es así como resulta entonces primordial trabajar desde el sector salud para que, en relación a la educación, todos/as puedan asistir a las instituciones educativas, es decir, sumar esfuerzos para garantizar el acceso y la permanencia valorando cada trayectoria escolar. Asimismo, es fundamental que como adultos brindemos información a los niños/as y adolescentes para que puedan hacer sentir su

voz, expresarse y tomar posición sobre temas que les conciernen y que su opinión pueda ser tenida en cuenta. En esta línea es central plantear un trabajo con ellos/as mediante instancias grupales, las cuales pueden adoptar la metodología de taller y promover el debate, la reflexión, de donde puedan surgir propuestas para así ejercer sus derechos. También estos espacios pueden incluir una intervención sobre posibles conflictos entre pares o con adultos con los que se vinculan en distintos ámbitos, como el escolar, familiar, barrial, etc.

Es decir, articular un trabajo desde la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes implica accionar desde un Primer Nivel de Intervención, a nivel local, mediante la aplicación de Medidas de Protección Integral, y un Segundo Nivel de Intervención, a nivel regional o provincial, con el objetivo fundamental de la aplicación de Medidas de Protección Excepcional.

Las Medidas de Protección Integral se realizan con el objeto de preservar o restituir derechos amenazados o vulnerados, por cualquier tipo de situación, pudiendo provenir esta amenaza o vulneración del Estado, la sociedad, padres, madres, etc., e implica la aplicación de distintos servicios, programas o dispositivos para efectivizar el pleno goce de los derechos de los/as NNyA. Las mismas son construidas por los equipos a nivel local y suponen distintas instancias de trabajo interdisciplinario e intersectorial, es decir, se diseñan con la participación de distintos actores sociales desde el sector salud, educación, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), desarrollo social, etc.

En cambio, las Medidas de Protección Excepcional se ponen en marcha cuando las Medidas de Protección Integral implementadas no resultan eficientes o son inadecuadas o insuficientes. Ellas implican la separación de los niños o niñas de su centro de vida. Enten-



demos por centro de vida el medio familiar en el que los/as mismos/as transcurrieron la mayor parte de su existencia. El objetivo es que el sujeto recupere sus derechos o los mismos sean reparados. Es de destacar que poseen siempre una temporalidad acotada, existiendo un control judicial del cumplimiento del proceso, el cual abarca muchas veces la posibilidad de aplicación de nuevas Medidas de Protección Integral pensadas para un trabajo desde los equipos con quien infringió los derechos de los/as N.N. y A. frente a esta nueva situación temporaria. Siempre se trabaja con la posibilidad de que alguien de la familia ampliada pueda hacerse cargo de los/as niños/as mientras dure la medida y si son grupos de hermanos/as preservar convivencia al buscar ámbitos familiares alternativos.

Estas líneas de acción implican un abordaje integral de las complejidades sociales, teniendo en cuenta a cada N.N.y A. en su contexto, con sus familias y como ciudadanos/as portadores de derechos.

Al respecto, Stolkiner (2012) denota que hay discursos, representaciones, herramientas jurídicas y actores situándose en el polo de la subjetivación y los derechos. Es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto que estos sean garantizados, especialmente para los/as niños/as y adolescentes cuyo peso y función en el presente, no sólo en el futuro, es fundamental.

Pensar entonces en una clínica del cuidado de NNyA implica adentrarnos en el conocimiento y reconocimiento de los mismos/as como sujetos de derecho. Así surcaremos distintas propuestas de intervención acordes a sus necesidades cumpliendo ante todo con nuestro compromiso ético en el cuidado de las infancias y adolescencias, rol irrenunciable que asumimos como profesionales de la salud.

## Referencias bibliográficas

- Carli, S. (2017) La infancia en perspectiva histórica: política, pedagogía y desigualdades sociales. Los desafíos de la investigación en América Latina. Universidad de Guadalajara.
- Franco, T.; Merhy, E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva, núm. 7 <http://www.redalyc.org/html/731/73118413002/>
- Frigerio, G. (2006) Infancias (apuntes sobre los sujetos) en Terigi, F. (comp.). Diez miradas sobre la escuela primaria. Siglo XXI.
- Ley Nacional N° 24.417 Protección contra la Violencia Familiar. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/90000-94999/93554/norma.htm>
- Ley Nacional N° 26.485 Protección Integral de las Mujeres. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/150000-54999/152155/norma.htm>
- Ley Nacional N° 26.061 Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. [http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley\\_26061\\_proteccion\\_de\\_niños.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_niños.pdf)
- OMS (2013) Declaración Política sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Rovere, M. Programa de Educación Continua en Atención Primaria. El Ágora.
- O.P.S. (2017) Salud y derechos humanos. O.P.S. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Stolkiner, A. (2011) ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado de la salud. Ponencia en III Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia.
- Stolkiner, A. (2012). Infancia y medicalización en la era de “la

salud perfecta”. Propuesta Educativa, núm. (Vol. 37).

### **Datos de la autora**

**Yanina Sosic** es licenciada en Fonoaudiología. Especialista en Salud Colectiva con orientación en Salud Social y Comunitaria. Profesora titular de la cátedra Introducción a la Salud Pública, Licenciatura en Fonoaudiología, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNR

Co-directora del Centro Comunitario Asistencial (Ce.Co.As.) de la Facultad de Psicología, UNR.

Docente de la cátedra Psicología y Psicopatología del Lenguaje, Facultad de Psicología, UNR.

Forma parte de proyectos de investigación y de extensión y ha publicado artículos y capítulos de libros en relación al campo clínico, social y comunitario.



# Abordaje Integral de la fonoaudiología: hacia la construcción de una propuesta terapéutica viva

**Melina Bonito**

*"Sólo aquello que por medio de mi trabajo  
se transforma en mi mismo,  
sana, nutre y libera al niño".  
Rudolf Steiner.*

## Consideraciones generales

Cada terapeuta crea su particular propuesta terapéutica en conexión profunda con lo que cada uno posee como cualidad personal intrínseca y esencial, en unión con cada experiencia, vivencia y con los diferentes lineamientos, cosmovisiones y marcos teóricos con los cuales fue resonando en su transitar profesional y personal. Cada uno aporta su singularidad y originalidad, creando colectivamente una constante actualización en el quehacer fonoaudiológico.

Desde esa integración y experiencia se crea una trama terapéutica única que expresa una cualidad propia. De la suma de todos los abordajes terapéuticos surgen nuevos paradigmas, nuevos enfoques y miradas fonoaudiológicas.

El proceso de creación de un abordaje en particular, inicia desde el interior de cada terapeuta, en su fuero interno, en el reconocimiento de sus dones, cualidades, habilidades, particularidades, desafíos, aprendizajes, en el autoconocimiento y la autoformación constante.

La propuesta terapéutica a la que se hará referencia tiene como objetivo fundante acompañar el desarrollo del lenguaje y la comunicación en la infancia y sus desafíos. Generar un espacio compartido, un intercambio permanente con la familia o adultos que acompañan, en pos de favorecer infancias y ma-paternidades cuidadas, contenidas, escuchadas, sanas y libres.

Surge de una búsqueda e investigación de conceptos fundamentales tales como la concepción del ser y sus diferentes aspectos, el desarrollo armónico de las niñas y los niños, las infancias actuales y sus características, el rol de la familia y del profesional fonoaudiólogo en las intervenciones terapéuticas, el abordaje integral del ser humano.

Desde estas concepciones esenciales, se inicia un proceso creativo que se materializa en el encuentro con cada familia, con cada niña o niño, en un espacio y tiempo determinado, con características propias, donde se despliegan y se crean recursos terapéuticos a fines.

### **Concepciones teóricas de referencia**

Se concibe al ser humano como una totalidad física, anímica y espiritual, tal cómo se plantea desde la Antroposofía, o ciencia espiritual desarrollada por Rudolf Steiner<sup>1</sup>.

La dimensión espiritual de cada ser humano se manifiesta en la autoconciencia o conciencia de un “Yo” único e individual, con capacidad de libertad y amor.

Esta, por lo tanto, permite comprender la naturaleza integral del ser humano. Cada ser posee una cualidad única, genuina y esencial que se desarrolla y se expresa en los diferentes estadios de la vida, a través del pensamiento, los sentimientos o estados internos y de la voluntad.

Se comprende al aspecto espiritual como una dimensión del ser humano entramada en su integridad.

---

<sup>1</sup> Rudolf Steiner nació en Kraljevic (actual Croacia) en 1861 y falleció en 1925. Es el fundador del movimiento universal de Escuelas Waldorf. En 1913 funda la Antroposofía, definiéndola como un camino del conocimiento capaz de dar respuestas rigurosas y comprobables a todos los campos que atañen al hombre y al mundo relacionado con él. Sobre su investigación científica y fiel a la idea del hombre como unidad, elaboró una concepción del ser humano y de la vida, que dio origen a nuevos impulsos en todos los ámbitos inherentes al ser humano, la Pedagogía, la Medicina, la Arquitectura, la Agricultura, la Organización Social, el Arte, etc

Poder observar y percibir esa cualidad única en cada niña o niño es esencial en todo proceso terapéutico y de acompañamiento, ya que permite que se cultiven, respeten y desarrollen esas cualidades esenciales de manera sana y armónica.

Los diferentes aspectos del ser humano se desarrollan en constante interacción entre sí y con el entorno cercano.

Desde un enfoque sistémico, se considera a cada ser inmerso en un sistema familiar, social, institucional, escolar, entre otros, que lo aloja y lo caracteriza. Es decir, todo lo que ese ser vivencia, experimenta y manifiesta está en íntima relación con el entorno al cual pertenece. No se considera a cada ser por separado sino en interrelación con el sistema que integra.

Poseer una mirada integral de lo que se expresa como síntoma o manifestación permite propiciar el desarrollo integral de las niñas y los niños. Esto supone un abordaje que entienda y atienda de manera armónica e integrada los principales ámbitos del desarrollo humano, que desarrolle una mirada sistémica de lo que acontece y que considere las características de las infancias de hoy, sus necesidades reales y sus desafíos actuales.

### **El rol de la familia**

El rol de la familia ocupa un lugar primordial en el proceso terapéutico y es parte integrante del mismo, constituyéndose como eje central de esta propuesta.

La familia interviene activamente en el proceso terapéutico, participando de encuentros orientados a adquirir información y recursos que favorezcan los procesos de aprendizaje y salud de sus hijas o hijos. En estos encuentros, además, se trabaja el autocuidado y autoobservación de cada adulto, lo que enriquece su rol de educador, acompañante y guía.

Las intervenciones de las familias en el proceso terapéutico se

piensan como complemento del abordaje integral específico. En este proceso, las madres, padres o tutores y los terapeutas construyen una alianza en pos de acompañar las infancias en mutuo crecimiento, construyendo una red de interacciones. Esta red común se amplía con otros profesionales intervinientes, docentes, profesores, talleristas, otros familiares, y se construye a través de relaciones horizontales, donde cada parte nutre de igual a igual, desde su particular mirada.

Una vez que se ha efectuado el encuentro inicial, se acuerda un ritmo de encuentros familiares, que tendrán la frecuencia acorde a las características individuales de cada familia y los encuentros individuales con cada niña o niño.

### **Encuentros creativos – terapéuticos para niñas y niños**

El eje central de los encuentros está basado en los objetivos fonoaudiológicos particulares de cada caso, ensamblados con diversas actividades y recursos caracterizados por la esencia misma de la infancia, como la espontaneidad, el juego, la creatividad, la transparencia, la alegría y el disfrute. Se crea así nuevas posibilidades de interacción, comunicación y vínculo.

Entre las actividades que se desarrollan se hace especial hincapié en poner el cuerpo en movimiento, ya que esto habilita la posibilidad de adquirir nuevos aprendizajes y está íntimamente vinculado con el desarrollo del lenguaje y el pensamiento.

Desde esta concepción, esta propuesta terapéutica ha tomado como valioso recurso las Rimas con movimiento creadas por Tamara Chubarovsky<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Tamara Chubarovsku nació en Buenos Aires en 1971. Estudió en Alemania Pedagogía Waldorf, Arte de la Palabra (logopedia antroposófica) y Teatro Pedagógico. En Madrid amplió su formación en Pedagogía de Apoyo (terapéutica). En la actualidad, comparte sus conocimientos en publicaciones, conferencias y talleres que fomentan el uso de rimas y cuentos como recursos pedagógico y terapéutico.



Las Rimas con movimiento son rimas, versos o trabalenguas que van acompañados por movimientos específicos de dedos, manos o del cuerpo entero. Por su composición rítmica, motriz y sonora, actúan de manera simultánea sobre el plano físico, emocional y mental, preparando las condiciones óptimas para aprender, ya que inciden en la maduración del cerebro.

Otro recurso interesante que se utiliza en las diferentes dinámicas de los encuentros son los ejercicios originales de gimnasia cerebral, aportados por el desarrollo teórico del Dr. Paul Dennison<sup>3</sup>, creador del sistema Brain Gym, conjunto de actividades rápidas, divertidas y energéticas. Estas actividades preparan las necesidades específicas en el campo del pensamiento o de la coordinación para cualquier aprendizaje (concentración, memoria, lectura, escritura, organización, escucha, coordinación física, etc.). La Gimnasia Cerebral desarrolla conexiones neuronales del cerebro de la misma manera que la naturaleza: a través del movimiento.

Conjuntamente con el juego, en todas sus manifestaciones y modalidades, las actividades manuales y artísticas, desempeñan un papel protagónico ya que a través de ellas se despliegan múltiples posibilidades comunicativas y lingüísticas, como así también permiten el desarrollo de la creatividad y la posibilidad de expresar y reconocer emociones y sentimientos.

### **Consideraciones finales**

El profesional fonoaudiólogo acompaña y guía desde su saber específico creando su particular propuesta terapéutica, siendo parte integrante de la red común que sostiene y acompaña a las infancias

---

<sup>3</sup> Paul Dennison nació en Cambridge en 1940. Es profesional de la educación e innovador, pionero en dominio de la investigación sobre el cerebro, es autor del sistema conocido bajo el nombre de Kinesiología Educativa. Sus descubrimientos están fundados sobre la correlación entre el desarrollo físico, la adquisición del lenguaje y el éxito escolar.

actuales en servicio. Para ello, realiza un proceso constante de autoconocimiento, formación y autocuidado.

De manera artesanal, ensambla lo que cada familia, niña o niño manifiesta y el bagaje de recursos y posibilidades de acompañamiento que ha cultivado y experimentado, iniciando juntos un proceso de aprendizaje compartido.

La utilización y selección de los recursos terapéuticos antes mencionados son el resultado de una búsqueda, actualización y experiencia personal, que reflejan una cualidad individual. Los mismos, permiten abordar a la fonoaudiología en resonancia y en coherencia con el sentir, dando lugar a un proceso terapéutico vivo, en constante evolución y cambio, formando parte de un aprendizaje conjunto, que crece, muta y se renueva constantemente.

## Referencias bibliográficas

Dennison, Paul y Dennison, Gail. (2007). Brain Gym aprendizaje de todo el cerebro. México: Lectorum.

Heckmann Helle. (2018). Las cinco claves de oro. Hacia un desarrollo íntegro de la vida con niños menores de siete años. Buenos Aires: Antroposófica.

Paymal Noemí. (2017). Pedagogía 3000. Guía práctica para docentes, padres y uno mismo. La Paz: Brujas.

Paymal Noemí. (2016). Escuela de los siete pétalos. La Paz: Ox La-Hum/P3000.

Rudolf Steiner. (1961). La educación del niño desde el punto de vista de la Antroposofía. Madrid: Rudolf Steiner.

Tamara Chubarovsky. Significado de las Rimas con Movimiento en el desarrollo infantil. <https://www.tamarachubarovsky.com/2017/12/08/rimas-y-juegos-de-dedos-su-significado-para-el-desarrollo-infantil/>

## **Datos de la autora**

Melina Andrea Bonito es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Ejerce la profesión desde hace 12 años en diversos ámbitos, siempre ligado al desarrollo del lenguaje y la comunicación en la infancia. Además de su formación académica, ha estudiado y vivenciado propuestas y herramientas integrales y holísticas relacionadas con la salud y la educación. Actualmente desarrolla su profesión en un espacio particular en Granadero Baigorria.



## **Propuesta complementaria a tratamiento: trabajo grupal de pacientes con dificultades en la lectoescritura**

**Irina Callieri y Julia Hurtado**

Día a día se encuentra con frecuencia que los pacientes tratados por dificultades en el lenguaje presentan problemas de lectoescritura.

Se ve a padres preocupados porque su hijo habla “mal” y además no “sabe leer” o es “vago”. Se puede percibir muchas veces la frustración y el desánimo tanto en grandes como en chicos porque se encuentran comprometidas estas dos dimensiones. Dentro del consultorio, generalmente, se prioriza el lenguaje oral y se ve como una necesidad abordar la lectoescritura, pero muchas veces se posterga, quizás porque “el tiempo no alcanza” o porque no se puede ver otro camino para transitar mientras se busca el bien para el niño en cuestión.

En la práctica se procura trabajar en conjunto con los docentes, dándoles pautas y sugerencias, pero los resultados no han sido totalmente favorables y una vez más el paciente está en una encrucijada entre lo que le pasa, lo que hace en la escuela y la propuesta fonoaudiológica, que peca por tener un impacto insuficiente. Por lo tanto, abordar las dificultades de la lectoescritura se convierte en un nuevo desafío.

Los motivos por los que un niño tiene dificultades con el código lectoescrito son varios:

- fallas en el medio socio-ambiental
- el método pedagógico
- dificultades transitorias

- condición neurobiológica, como la dislexia

Se entiende por dislexia a la dificultad para la lectura y escritura que no se debe a otras causas, como falta de un medio favorecedor o habilidad cognitiva.

Muchos de los pacientes con trastornos del lenguaje tienen dislexia, dado que la lectoescritura está íntimamente relacionada a la función lingüística.

Es importante señalar que la dislexia se puede acompañar por un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), discalculia, disgrafía o déficit de atención (TDAH).

En todos los casos, la velocidad lectora está siempre comprometida, por lo que la lectura es lenta y con dificultad. Es frecuente que los pacientes manifiesten rechazo a leer y que lo eviten. Asimismo, en la bibliografía podemos ver que, si bien cada paciente hace su propio recorrido, puede haber una profundización en los efectos emocionales de una persona que está sometida a exponer su dificultad para leer, lo que implica altos niveles de tensión, ansiedad y con el tiempo depresión, lo que afecta a la propia imagen que tiene de sí mismo y al recorrido académico.

### **Nuestra propuesta**

Durante el año 2021, en el hospital Zonal de Chos Malal Dr. Gregorio Álvarez, ubicado en la provincia de Neuquén, el servicio de fonoaudiología desarrolló una propuesta para complementar el tratamiento de pacientes con dislexia o dificultades en los procesos de aprendizaje de la lectoescritura. El trabajo consistió en evaluar determinados indicadores antes y después de aplicar un plan de encuentros.

Se seleccionaron seis pacientes que tienen entre 9 y 12 años que se encuentran en tratamiento individual con sesiones semanales. Se notó en alguno de ellos cierto negativismo y una historia de fracaso

escolar más o menos larga. Se consideró que lograron cierto avance en la confianza, la autoestima y tolerancia a la frustración, por lo que se los invitó a participar de este proyecto sabiendo que serían pocos compañeros.

Se observó velocidad lectora lenta, fallas en la decodificación grafema fonema, lectura vacilante, tendencia a lexicalizar y pobre conciencia fonológica.

El instrumento seleccionado fue el Test ITPA 3 (Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas), modelo que consta de tres dimensiones: procesos psicolingüísticos, niveles de organización y canales de comunicación. Esta batería contiene doce subpruebas de las cuales se seleccionaron, debido a las características presentes en los niños, las que evalúan la conciencia fonológica, la comprensión lectora y la semántica. Esto permitió obtener un perfil psicolingüístico y observar gráficamente las fortalezas y debilidades para continuar el tratamiento.

Dentro de estas subpruebas se escogieron las siguientes:

- Subprueba 5: Eliminación de Sonidos, evalúa la conciencia fonológica
- Subprueba 6: Pares Mínimos, evalúa la memoria secuencial fonológica y fonémica
- Subprueba 9: Codificación Visual, evalúa la pronunciación de palabras irregulares y la fonética
- Subprueba 10: Codificación de Sonidos, evalúa la pronunciación de palabras regulares
- Subprueba 11: Ortografía Visual, evalúa la ortografía escrita de las formas irregulares
- Subprueba 12: Ortografía por sonidos, evalúa la ortografía de formas regulares y la ortografía fonética

Se elaboró un cuadernillo de actividades que se le otorgó a cada niño para trabajar durante ocho encuentros semanales virtuales y

presenciales.

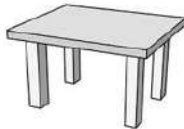
En cada encuentro se abordaron los siguientes tópicos en complejidad creciente de dificultad:

1. Omitir un sonido en una palabra y decir cómo queda la palabra, por ejemplo, si a la palabra “PALA” le quito el primer sonido, qué palabra se forma.
2. Recordar series de palabras que riman, la terapeuta leía una serie pausadamente y luego de unos segundos debían repetirlas.  
Por ejemplo: Serie 1 ojo, mojo, rojo  
Serie 2: rayo, gallo, caballo, zapallo
3. Leer palabras con sílaba directa, sílaba inversa, sílaba mixta.  
Por ejemplo: “MASA-ALTO-ROCA-ISLA-CAMA-ARCO”.
4. Completar palabras (viendo el dibujo):

PA.....O



ME.....A



PUE....TA



BA.....CO



5. Leer pseudopalabras, leer el nombre de los monstruos presentados.

**PATONE**



**TEGOMANE**



**ERTIMPUL**



6. Completar pseudopalabras, se dictaron palabras ficticias para que completaran con las letras que faltaban. Ejemplo:



Se pronuncia como pseudopalabra

Tina  
Cráter

Jina  
Bráter



\_\_NA

\_\_\_TER

Al finalizar la actividad se repitió la evaluación y se compararon los puntajes.

Los índices descriptivos del test ITPA 3 son: muy superior, superior, por encima del promedio, promedio, debajo del promedio, deficiente, muy deficiente

Sub pruebas del ITPA 3	Primera evaluación	Segunda evaluación
Eliminación de sonidos	Promedio 50%	Promedio 83%
	Muy deficiente 50%	Muy deficiente 17%
Pares mínimos	Promedio 50%	Promedio 67%
	Debajo del promedio 50%	Debajo del promedio 33%
Codificación visual	Por encima del promedio 33%	Superior 17%
	Promedio 67%	Por encima del promedio 50%
Codificación por sonidos		Promedio 33%
	Por encima del promedio 17%	Por encima del promedio 50%
	Promedio 66%	Promedio 50%
	Debajo del promedio 17%	

Ortografía visual	Promedio 67%	Por encima del promedio 17%
	Muy deficiente 33%	Promedio 66%
		Debajo del promedio 17%
Ortografía por sonidos	Promedio 67%	Promedio 83%
	Debajo del promedio 33%	Debajo del promedio 17%

### **Tabla comparativa de resultados antes y después de aplicar la propuesta**

Se evidenció una mejora en los indicadores evaluados de los componentes específicos fonético (eliminación de sonidos y pares mínimos) y ortográfico (ortografía visual y ortografía de sonidos).

Además, a lo largo de los encuentros se notó cierto incremento en la velocidad lectora de algunos pacientes.

Al finalizar la experiencia, se detectó que algunos participantes se apoyaron en la escritura para los ejercicios de omitir fonemas y recordar series de palabras, lo que podría haber perjudicado el rendimiento en la reevaluación.

### **Fonoaudiología y lectoescritura**

Se considera que es necesario el abordaje de la lectoescritura en un tratamiento de fonoaudiología por dos motivos:

a) Es una herramienta que les posibilitará acceder a procesos racionales de mayor complejidad y mejorar su lenguaje oral. Vale recordar que la lectoescritura da la posibilidad de hacer estables los mensajes por lo que favorece el desarrollo de la conciencia fonológica, lo que interesa para hacer discriminación fonológica y mejorar la articulación. Además, al leer y re leer se facilita reflexionar sobre el mensaje, corregir la sintaxis o la coordinación morfosintáctica, así

como también promueve la ampliación del vocabulario. Es decir, en el abordaje a la lectoescritura se produce una retroalimentación valiosa para el tratamiento de lenguaje y se puede usar como otra herramienta para beneficiar a los pacientes.

b) necesitan superar las dificultades que tienen para poder operar con el lenguaje escrito, que es la llave del camino académico, cultural y social.

## Referencias bibliográficas

Hammill Donald, Mather Nancy, Roberts Rhia (2009) ITPA-3 Prueba Illinois de habilidades psicolingüísticas. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; México, D.F.

<http://www.madridconladislexia.org/wp-content/uploads/2019/02/ENTENDER-LA-DISLEXIA-GUIA-feb-2019.pdf>

Maggio, Verónica (2020) Comunicación y lenguaje en la infancia. 1ª ed. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Paidós.

Monfort, Marc, Juárez Sánchez, Adoración (2018) Leer para hablar. La adquisición del lenguaje escrito en niños con alteraciones del desarrollo y/o del lenguaje oral. Madrid: Entha.

Rello, Luz (2019) Supera la dislexia. 1ª ed; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós,

## Datos de las autoras

**Irina M. Callieri** es Lic. en fonoaudiología, egresada de la F.C.M de la U.N.R. Se desempeñó en la Escuela Especial N° 16 “Ruca Peuma” de Andacollo (2.008 – 2.013) y desde 2.014 forma parte del servicio de fonoaudiología del Hospital Zonal Dr. Gregorio Álvarez, de la localidad de Chos Malal.

**Julia C. Hurtado** es Fonoaudióloga, egresada de la F.C.M. de la U.N.C. Se desempeñó en la Escuela Especial N° 11 “El Portal” (2.009 – 2.015) y desde 2.016 forma parte del servicio de fonoaudiología del Hospital Zonal Dr. Gregorio Álvarez, de la localidad de Chos Malal.

Colaboración de **Jesica Boladeras**. Lic. en fonoaudiología, egresada de la U.B.A.

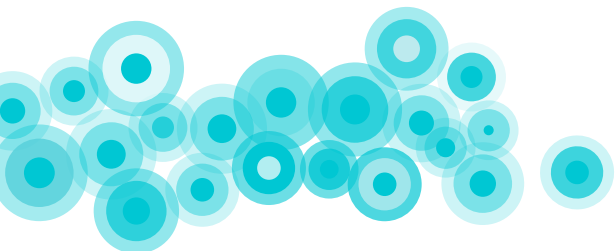


## **Parte III**

# **La fonoaudiología en Salud Pública desde una mirada social y comunitaria**

**“La Salud colectiva se preocupa por la salud pública en tanto salud del público, sean individuos, grupos étnicos, generaciones, castas, clases sociales, poblaciones. Nada que se refiera a la salud del público, por consiguiente será extraño a la Salud Colectiva”**

***Almeida Filho y Silva Paim (1999)***



## Comunicar nunca (In) comunicar

**Silvana Serra**

La fonoaudiología aborda la comunicación humana. Surge de la necesidad de otras disciplinas de las ciencias de la salud, en la relación de la comunicación y los procesos y funciones que la desarrollan o impiden. Su devenir histórico e identidad pues, la han llevado a redefinirse y así proveer sus constructos teóricos y los aspectos de su praxis. En tal sentido, ¿qué parte de la salud define la comunicación desde la fonoaudiología? Desde una mirada clásica, analógica y hasta conservadora, la comunicación humana que aborda la fonoaudiología puede caracterizarse como interpersonal y usa el lenguaje como instrumento de manifestación. Bidireccional y lineal por excelencia. Se puede reconocer en un circuito que se da con roles, un inicio, una finalidad y una jerarquía en la sucesión de cada acto comunicativo, pues ocurren secuencialmente.

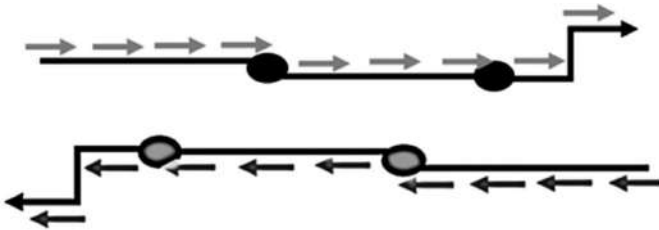


Ilustración 1: Modelo analógico de interpretación clásica que la fonoaudiología ha tenido de la comunicación en sus intervenciones.

Desde esta perspectiva la irrupción de las tecnologías, mediante la comunicación, podría modificar, afectar o llevar a procesos de obturación del circuito, tal como se ha concebido hasta ahora. Esto impone repensar una nueva configuración de lo comunicacional. La acción de comunicar se instala en los roles de emisores o receptores

de mensajes que intercambian información aportando singularidad témporo espacial, tanto para el individuo como para la comunidad en la que se manifiesta. Para ello es preciso un código común que está sustentado en un sistema que la estructure. La lengua dominante, como sistema de una experiencia comunitaria, provee de esta estructura donde elementos finitos mínimos (fonemas) de complejidad creciente se combinan, asocian y relacionan para construir discursos que son sustentados por la ontogenia del lenguaje y de otras funciones. La lengua como tal aporta la posibilidad de categoriales como la pragmática, semántica, gramaticalidad, sintaxis, fonología y fonética para su análisis y consecuente abordaje.

Otro aspecto importante son las funciones de las que ésta ontogenia se sirve, como la audición, el habla, la voz y otras como la atención, memoria, funciones ejecutivas y demás.

Así es que, la comunicación mediante el lenguaje y de la lengua se vuelve un comportamiento individual y colectivo. Desde esta mirada, la mediación tecnológica pone en juego desvíos de la comunicación interpersonal a la vez que la facilita en otros. Esta mirada se interpreta de patrones de prestigiosos gestores de la evolutividad que la describieron en momentos donde estas tecnologías no existían, ni sus desarrollos eran pensados ni avizorados. Es decir, medimos los desvíos de la evolución en niños, como sujetos que aprenden a comunicarse, según corpus teóricos gestados a la luz de era analógica donde la evidencia y observación era sustentables para describir qué conductas eran esperables para cada edad. De hecho, existen instrumentos y protocolos de uso clínico en el quehacer fonoaudiológico que cuenta y categoriza palabras como evidencia de la evolución manifiesta. Un algoritmo endogámico extemporáneo disciplinar. En tal sentido,  est  realmente la comunicación en juego o en riesgo ante la mediación tecnológica?  Se est  asistiendo al apocalipsis de la comunicación y es, por tanto, un signo de alerta en la fonoaudiolo-



gía que la aborda advertir desde la salud sus consecuencias?

La comunicación humana que aborda la fonoaudiología puede caracterizarse como una integración intra e interpersonal. Utiliza el lenguaje como instrumento de manifestación. Se da gracias a las alfabetizaciones de las formas, y del aporte que hace el colectivo de un sistema emergente que la estructura (la lengua en el lenguaje). Así la comunidad dispone y ofrece sus formas, modos y lenguaje para comunicar. El lenguaje es una función afectivo-cognitiva que se estructura y configura progresivamente. La comunicación evoluciona desde la urgencia existencial (Hernández Rojas et al., 2020) de la alteridad y otredad en identidad y pertenencia. Esto ancla lo que comunicamos. También lo hace en el modo y en el tipo de participación o uso transformando al comunicante- emisor/comunicado-receptor en usuario de la comunicación.

### **Usuarios migrantes de modos de comunicación, más no de urgencia.**

Desde un metabolismo social (Gómez Arias, 2018) la comunidad alfabetiza al nuevo integrante que cuenta con recursos propios para adherir a códigos de comunicación que aparecen en manifestación de la interacción social. Desde una mirada evolutiva, la necesidad como motivo primario es precursora del desarrollo de la comunicación como proceso humano. Es social pues está dada por el carácter que se opone al ex nihilo (de la nada surge, de la nada proviene) y encauza, por consiguiente, el proceso como reproducción social o procesos de dador de forma o figura. Desde esta perspectiva, el ser humano no es un ser social como condición ajena sino como estructura esencial para la supervivencia de la humanidad. La socialización (metabolismo social) como proceso alfabetizador habilita la posibilidad de acceder al control y desde allí proveerse de su entorno como una especie dominante. Construye a partir de

esto el pensamiento y competencias culturales que le permiten entonces transformar la naturaleza mediante la interacción (Gómez Arias, 2018). Lo social se articula desde varios sistemas semióticos donde la comunicación se expresa como mediadora y configuradora (Benassini Félix, 2020).

El metabolismo social no como opositor o dialéctico al natural (como definición desde lo biológico donde el entorno es externo y ajeno al sujeto) instala procesos de intercambio de materia y energía que ocurren entre la sociedad y las condiciones de existencia de la misma a lo largo de la historia. Ambas, naturaleza y sociedad, se intervienen, configuran y determinan recíprocamente. Las interacciones llevan a la alfabetización como proceso como acción de la comunidad que incorpora un nuevo integrante. Esta alfabetización promueve el desarrollo de habilidades que generan cambios cognitivos y llevarán a competencias socio-culturales (Santamaría, Santigosa, 2004). La lengua como sistema de estructuración e intercambio de información es ofrecida como producción social que está modelada en uso y apropiación según las relaciones colectivas que se dan gracias a la trazabilidad histórica de las oportunidades, recursos y habilidades (estrategias y decisiones) para comunicar. También encorseta al lenguaje, donde los mensajes que lo utilizan son mucho más que texto e información. A pesar de ello, reducir el lenguaje y la comunicación incluso las expresiones de salud devenidas de ella, es limitarla. ¿Cómo puede un sistema finito de unidades mínimas (por ejemplo, los fonemas) producir, en sus múltiples combinaciones y relaciones, expresiones vívidas de un lenguaje que comunica? Desde esta perspectiva, para entender que la comunicación, ante la producción de una frase que es parte de un mensaje, que produce un emisor puede reflejar las funciones como la del lenguaje, el habla, la voz mediante procesos que las sustentan. Entonces desde la frase, como evidencia o hecho desde lo fenomenológico, se puede recons-

truir el camino inverso para medir o intervenir en los procesos de las funciones que la llevaron a ser manifiesta.

Los mensajes que comunican a través de construcciones poéticas o metafóricas pueden considerarse como la evidencia del uso de la lengua para expresar el lenguaje comunicando más sentidos que significados literales. No obstante, eso no es todo. El lenguaje representa la realidad, no es la realidad. Para ello, se construyen acuerdos que expresan disensos tácitos o explícitos en lo social para su construcción dinámica y multidimensional.

Pero, ¿qué sucede en la salud de una comunicación que se expande en sus modos y medios para expandir su lenguaje y escabullirse al encorsetamiento que la lengua propone?

Existen muchas evidencias de que la métrica de la lengua en términos del análisis de sus categorías funcionales y su raconto de palabras se ve limitada en las expresiones de la comunicación actual.

La lengua es apropiable (órgano extraño al cuerpo humano, (Grassi, 2016)) y le correspondemos, pero su pertenencia es del usuario. El lenguaje no termina siendo una lengua internalizada, es mucho más expansivo. El lenguaje utiliza la hospitalidad lingüística. El usuario comunica y desarrolla un sistema creciente de aduana (Núñez López, 2007; Serra et al., 2013) donde gestiona contenidos -además de información-, medios (chat, llamada, comunicación cara a cara presencial o presencial on line, etc.) y modos. Esta aduana consiste en una habilidad con funcionalidad cognitivo-afectiva que se sirve de los contenidos de información para su expresión en el lenguaje. También opera con lógicas intrínsecas de distanciamiento como competencia representacional (que se aleja del aquí y el ahora de la inmediatez) de los contenidos que produce y procesa. Sigel (1997) desarrolló este concepto sobre el distanciamiento cognitivo, pero es imposible que no implique lo subjetivo.

El usuario desarrolla esta aduana con gestión en las estrategias de

divergencia y convergencia, donde se desarrolla un distanciamiento cognitivo-afectivo progresivo y de complejidad creciente, desde el cual resuelve conflictos, repara carencias, completa experiencias, según lo que se comunica, con qué medio y modo, cuánta textualidad habita el mensaje, según qué identidad y presentidad se acciona. Todos estos aspectos hacen un actuar rizomático (no está claro el origen -raíces o jerarquía- ni las direcciones -ramas-) desde el cual convergen y divergen mensajes que intercambian información incluso más allá de la función comunicativa de los mismos. Esto determina que como usuario se integre en una lógica de la cultura participativa y produzca mensajes que son independientes de su función comunicativa e implican interacciones (Benassini Félix, 2020). Los roles y turnos de la comunicación se disponen y solapan en beneficio del multicircuitos que se sustentan. Su desarrollo se da según los mismos orígenes que lo que clásicamente mirábamos como ontogenia del lenguaje, pero logra asirse de los medios disponibles para potenciar comunicar lenguaje a pesar de la lengua.

Aparece allí en forma temprana una alfabetización que da paso a unidades mínimas portadoras de sentido (texto enriquecido con emoticones, stickers, textos colectivos como los memes, etc) más allá de lo lingüístico, como las intertextualidades, interdiscursividades por la multimodalidad (Benassini Félix, 2020).

Las competencias comunicativas dan lugar a servirse de la práctica digital para construir mensajes que pueden aportar sentido a un acontecimiento y en los que se puede desconocer incluso su autoría.

El modelo de interpretación de la comunicación es rizomático (Deleuze, Guattari, 1972) y no bidireccional. No solo por cómo se articulan los circuitos en simultáneo en cada usuario sino también por la enorme transformación y resignificación de la información que se intercambia, profanando incluso la lengua como sistema y a pesar de ella.

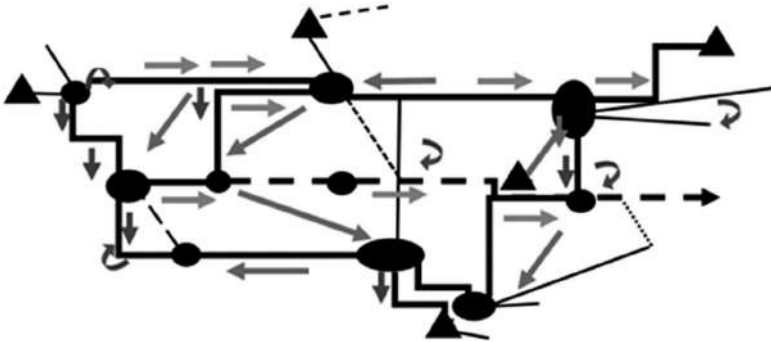


Ilustración 2: Modelo de la comunicación rizomático donde cada círculo representa un usuario o un modo de comunicación posible (multimodalidad expresada en mensajería instantánea, llamada telefónica, comunicación cara a cara, correo electrónico) y las flechas denotan la multidireccionalidad -conexión y heterogeneidad- donde la unión entre ellos vincula la incierta capacidad de fijar el origen y las ramas desde donde circula el intercambio de información o roles.

La información que habita en los mensajes de estos modelos de comunicación es polisémica, transmisible e intercambiable en los circuitos comunicativos y puede no ser propia, puede ser de un mensaje de otro interlocutor o una unidad cultural mínima como un meme, donde la configuración de los significados son inestables y provocan más que semantizaciones, lo que Benassini Félix, (2020) menciona como proceso de semiotización, donde confluyen las siguientes funciones en estos géneros de multimodalidad: la función ideacional de lo que el texto representa, la función interpersonal por lo relacional entre diferentes individuos y la función textual, desde donde las palabras imágenes y sonidos se acoplan para que la intertextualidad cobre sentido de uso y apropiación.

Cada texto deriva de múltiples incrustaciones de capas de textos preexistentes de diversidades discursivas (Benassini Félix, 2020). No hay linealidad discursiva, el usuario puede estar operando en más de un circuito y modalidad. Se sirve de funciones cognitivas definiendo cada acto comunicativo desde su lugar subjetivante y subjetivado,

donde emergen, convergen y divergen sentidos y significados. Cada modo o medio de comunicación impone reglas de comportamiento e interacción donde cada usuario es nativo.

Lo efímero, volátil e incluso incompleto del mensaje como portador de información empodera al usuario como creador, difusor y protagonista de la comunicación. El receptor de los mensajes también completa las partes faltantes o ausentes de los mismos. No todo está dicho y expresado en las intertextualidades. Aparecen modulando las distancias- distanciamientos y lo diferido de lo simultáneo y sincrónico.

En los registros de nuestro equipo de investigación podemos dar cuenta de que el acceso al modo de chat o mensajería instantánea aporta una plusvalía a muchos comportamientos, incluso alfabetizando precozmente el acceso al código lectoescrito. Los malos entendidos como desencuentro comunicativo suponen la conformidad del otro como ajeno a mí. La información está superada por el contenido y, lejos de llevar a la incomunicación, existe un proceso de re intervención en escenario de la comunicación expandiendo o reparándolo. Los malos entendidos renuevan desde la aduana decisiones y estrategias comunicativas. El costo personal de comunicar algo con distanciamiento emocional y cognitivo es utilizado estratégicamente en la aduana para elegir cómo y qué decir en la mensajería. Esto está tenido en cuenta como parte de las decisiones que el usuario toma a la hora de iniciar o ensamblar un circuito de comunicación. Un usuario es un sujeto comunicante y empoderado.

Bajo una mirada etnográfica, la evolución ha sido notable. Se manifestó una extensión donde las comunicaciones mediadas por tecnologías consolidaron incidental y accidentalmente transversalidades intergeneracionales e interseccionales moduladas como resolución social.

El usuario que emerge plantea los retos a asumir sirviéndose de

las herramientas y recursos de los que dispone. Entonces, si tu única herramienta es un martillo todos los problemas y soluciones tienen cara de clavo. Es por tanto imprescindible comprender que la virtud de la herramienta la define el usuario (Serra et al., 2013). La idea de medir a los fenómenos con métricas sensibles debe contemplar el poder debajo de ellos. Legitimar y validar nuevos modos que esgrimen en virtud todas las ecuaciones en las que se omite la tarea cuando se reduce a la comunicación sin comunicantes. Nadie sale ileso de esta situación y la tecnología no está para igualar...las propuestas y los compromisos son los que posibilitan la igualdad.

¿Por qué nos comunicamos? ¿Por qué existe la comunicación humana? A riesgo de sesgo y escasa capacidad para producir una finalidad, proponemos decir que la comunicación es la actividad reparatoria de excelencia que disminuye y difumina tensiones, la que calma carencias, la que repara ausencias y la que completa la existencia. La fonoaudiología aborda esa dimensión a través de las funciones en la ontogenia de las adquisiciones y complejizaciones que cada sujeto social expresa. La fonoaudiología entonces se debe la tarea de intervenir reconociendo esa aduana, sus estrategias y decisiones, para así generar parámetros de evaluación y terapéutica a fin de ser responsables así de la comunicación humana. Esto conlleva redefinir sistemáticamente la evolutividad de su desarrollo.

*El profesional fonoaudiólogo es un etnógrafo de la comunicación. Su tarea es deconstruir la lógica polarizada y bidireccional de emisor-receptor cuando interviene en la otredad de un paciente o usuario de sus servicios, trazando una cartografía de sentidos y significados rizomática con líneas entrelazadas, puntos de fuga, redireccionamientos de mensajes, etc. de la que incluso es parte.*

La comunicación, lejos de estar en amenaza, de extinguirse,

transmuta en constructos emergentes y sirve para mantener integrado el gregario- la comunidad de la que forma parte-, la progenie y el linaje favoreciendo los sentidos y pertenencias. Si somos capaces de unirnos a esta comunicación y reconocerla, seremos útiles en la salud, no solo en la patología.

El gregario humano va a seguir intentando identidad y pertenencia en lo colectivo sabiendo que todos hemos perdido algo. Ahora bien, en un mundo globalizado donde las fronteras se solapan es bueno reflexionar: ¿a qué lugar pertenezco?

La nueva cotidianidad emerge donde lo extraordinario y contemporáneo de este tiempo invita a abstenerse de conclusiones o decisiones apresuradas. Estamos siendo parte de una transformación tan inédita que no es plausible anticiparla. Una de las tareas de la Fonoaudiología es definir los fenómenos que surgen de la comunicación interpersonal, como actividad de intercambio de información/mensajes, roles, modos, canales, etc. Otra sin duda, es desde esa definición hacerlos fenómenos medibles sujetos a la posibilidad de intervención fonoaudiológica vinculados a la salud de las personas. Entonces; ¿es preciso y eficaz reducir la medición de la productividad en el lenguaje y la comunicación, entendida como la cantidad de palabras y categorías gramaticales que un discurso de un individuo expresa? ¿eso integra en la evidencia la riqueza discursiva ligada a lo pragmático e incluso lo paraverbal que lo acompaña? Al parecer lo omite. En la misma línea, la comunicación mediada por tecnologías desde lo fonoaudiológico se expresa en habilidades comunicativas digitales que expanden la versión analógica que concebimos de ella, por lo que, advertir riesgos patologizantes sumidos en la evidencia de horas de uso de los entornos digitales de una persona, reduce la oportunidad de redefinirla y por lo tanto de abordarla.

Nosotros, como migrantes, rechazamos la migración. Es una incomodidad insoportable que requiere anticipación. Comunicamos



y conectamos alternadamente en forma nómada y a veces incluso errática, mas no reactiva a la necesidad de existir colectivamente. En todos los casos hay decisión, hay estrategias, hay detrás de sí, funciones que operan con presentidad la comunicación y esta debe ser medida y mediada por intervenciones que la completen en su totalidad, no en la parcialidad de la lengua o de las clásicas intervenciones en salud que la fonoaudiológica estaba llamada a hacer.

Aceptando el desafío, la fonoaudiología articula y redimensiona su saber hacer actualizando a los usuarios de nuestros servicios en salud no ejerciendo por debajo de nuestras posibilidades. Recordando que a veces se gana y a veces se aprende (Maxwell, 2013). Imposible resistirse a lo que es propio, por sentido de propósito y pertenencia, la comunicación pues, es una oportunidad.

## Referencias bibliográficas

- Santamaria A, Santigosa. (2004). La alfabetización de personas adultas como práctica social: un encuentro de voces. En J. A. Castorina, Psicología, cultura y educación: perspectivas desde la obra de Vigotsky. Noveduc Libros.Bs. As. Argentina
- Arias, S. (2015). La construcción del yo laboral en los escenarios culturales (Tesis doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Benassini Félix, C. (2020). Memes de Internet: Multimodalidad, Intertextualidad e Interdiscursividad en tiempos de Covid-19. *Virtualis*, 11(21), 1-26. doi:<https://doi.org/10.2123/virtualis.v11i21.353>
- Byung-Chul H. (2018). *Hiperculturalidad*. Barcelona: Hender.
- Cámara, D. T. (2020) Epistemologías transmodernas: Genealogías alternativas de pensamiento frente a la pandemia. *Cuadernos Abiertos de Crítica y Coproducción*, Covid-19 como

obstáculo 10.

Cacciari, M. (1979). Poder, teoría, deseo. *El Viejo Topo*, 29, 24-27.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie 1. L'Anti-Œdipe*. París: Minuit. ISBN 2-7073-0067-5.

Diez S. (2020) Sobre rap, trap y calle: imágenes y fenómenos- Kamchatka- Universidad de Valencia- España- ISSN: 2340-1869- 16: 93-128

Domínguez, I. (2017). Leer y escribir en la Universidad. *Actividad metodológica central*. La Habana: UCPEJV.

Grassi, Martín (2016). La hospitalidad de la lengua; Universidad del Salvador. Facultad de Teología y Filosofía; *Nuevo Pensamiento*; 6; 8; 6-2016; 1-12

Gómez Arias RD. (2018) ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 15 de octubre de 2018 [citado 23 de diciembre de 2021];36:64-102. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873>

Fernández, G. I. (2002). ¿Enseñanza de prácticas de lectura en la universidad? Ponencia presentada en el Tercer encuentro: La universidad como objeto de investigación., 24. La Plata.

García, I. D., & Fernández, M. R. (s.f.). Leer y escribir en la universidad ¿Alfabetización académica? 2018, 42(2), 78-91.

Hernández Rojas J, y col (2020) Cuadernos Abiertos de Crítica y Coproducción, Covid-19 como obstáculo 10.

Maxwell, J. C. (2013). *A Veces se Gana-A Veces Aprende: Las grandes lecciones de la vida se aprenden de nuestras pérdidas*. Center Street.Reino Unido

Núñez López Antonio (2007) *Será mejor que lo cuentés*. Barcelona: Ediciones Urano.

Serra SV y col (2013) *La herramienta la define el usuario: los*

entornos virtuales con soporte mixto en la educación superior. Jornadas PROED 2013- SAA- UNC. E-Book: ISBN 978-950-33-1079-3

Serra, S., Brizuela, M., Serra, M., Beltramone, D. A., & Soria, E. A. (2013) La información como derecho: entornos virtuales como posibilitadores y profesor como garante. Jornadas PROED 2013- SAA- UNC. E-Book: ISBN 978-950-33-1079-3

Sigel, I. (1997). Introducción. Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development, 78, 9-11

Tosi C. (2017). La configuración del efecto de literalidad en las colecciones escolares de literatura. El caso argentino. Entre-temos: revista de estudios do discurso (14), 293-310.

### **Datos de la autora**

**Silvana Serra** es Doctora en Fonoaudiología. Docente Investigadora. Directora de la Escuela de Fonoaudiología FCM UNC- 2017-2020 y reelecta por el período 2022-2025.- Autora de diversas publicaciones académicas y científicas.



# Salud Fonoaudiológica, transitando el cambio de paradigma. Experiencia en el campo de la salud pública

**Claudia Palmero**

*“Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”  
Eduardo Galeano*

Así como muchos cambios tecnológicos y sociales atraviesan la realidad, la carrera de Fonoaudiología no ha quedado afuera y tiene constantemente la necesidad de reposicionarse frente a ellos.

El ámbito de la salud pública ofrece múltiples posibilidades para ello.

En los orígenes en Argentina, el fonoaudiólogo/a surge en la década del 30, como auxiliar del Otorrinolaringólogo a partir de la necesidad de completar su labor semiológica, terapéutica, clínica y /o quirúrgica con tareas de evaluación y rehabilitación de patologías de audición, voz y lenguaje. Fueron las profesoras de sordos, quienes, formadas en su labor rehabilitadora, primeramente colaboraron con los médicos en este nuevo rol. Una de las necesidades sentidas en ese momento era mejorar la producción oral de los pacientes sordos. Muchas de ellas se convirtieron luego en las primeras fonoaudiólogas. Es importante registrar la implicancia que esto tiene en nuestro perfil fonoaudiológico, dado que la docente es como la “segunda madre”, y en este sentido destacar los roles del médico, varón, con conocimiento académico y poder económico y la educadora, mujer, con una tarea, necesaria pero invisibilizada.

Fue recién en el año 1949 el Dr. J. Tato organiza un curso de Audiología y en 1950 el Dr. R. Segre dicta un curso de Foniatría.

Ambos se fundieron en un Curso de Fonoaudiología, el “1º Curso Regular Universitario de Fonoaudiología” con carácter de nivel básico realizado en la Universidad de Buenos Aires (UBA), que otorgaba el título de Técnico en Fonoaudiología. Consistía en un curso de dos años de duración, uno teórico y el otro práctico

Fonoaudiología, en esa esfera institucional, experimentó diversas categorías académicas, algunas debido a su propio desarrollo, pero otras no, hasta llegar a ser distinguida como Escuela, con su singular influencia y específica individualización en el campo educativo superior, lo que ofreció una mayor pertinencia de autonomía y contando desde hace 35 años con la Licenciatura en Fonoaudiología en la UNR.

La Fonoaudiología ha tenido un crecimiento importante a nivel académico e institucional que aún pareciera no reflejarse en nuestra práctica profesional.

Este recorrido no parece suficiente y es así que aún hoy, son los profesionales quienes deben explicar de que trata la Fonoaudiología, intentando salir del encuadre de rehabilitadores de rotacismos, como mayormente se conocen.

### **¿Es posible cambiar esta mirada?**

No está mal ser rehabilitadores de dislalias, quien las padece realmente necesita de la ayuda de un profesional y es muy satisfactorio lograr objetivos, pero siendo que el lenguaje abarca toda la vida del ser humano hay muchas áreas donde intervenir. El hospital ofrece la posibilidad de interactuar con muchas de ellas por varias razones: las diferentes disciplinas se encuentran desarrollando sus tareas dentro de un mismo ámbito y en muchos casos los pacientes reciben interconsultas desde diferentes servicios. Si bien ésta modalidad de atención no es exclusiva del hospital, lo/as profesionales de la salud pública deben cumplir con un horario por una remuneración fija,

ésta disponibilidad permite distribuir el tiempo en tareas de asistencia, trabajo interdisciplinario, docencia, promoción de la salud fonoaudiológica; a diferencia del ámbito privado donde la/os profesionales se encuentran supeditados a escasos tiempos y a la idea permanente de cuestionar costo-beneficio.

Ésta forma de trabajo ofrece la oportunidad de salir del consultorio con la idea de trabajar en interdisciplina y visibilizar las tareas muchas veces desconocidas sobre todo por los profesionales médicos a quienes aún hoy les cuesta compartir saberes provenientes de otras disciplinas.

El trabajo interdisciplinario no es sencillo, requiere de voluntades para compartir y aceptar diferentes miradas, esto hace la tarea profesional mucho más rica, más integral y por sobre todo muy beneficioso para el paciente ya que cada caso se plantea desde puntos de vistas diferentes y con distintos saberes.

### **El Hospital Escuela Eva Perón – HEEP**

Ubicado estratégicamente en la localidad de Granadero Baigorria, sobre ruta 11, que conecta a todo el cordón industrial y con acceso a rutas 34, puente Rosario-Victoria y zona norte de Rosario; fue proyectado y diseñado como Complejo Hospital Escuela- Hogar Escuela por el reconocido médico sanitarista Ramón Carrillo quien fuera el primer ministro de salud de la nación durante la presidencia del Gral Juan Domingo Perón. Este emprendimiento contemplaba campos de deportes, huertas, jardines, helipuertos.

Estuvo terminado y equipado en abril del 55 pero debido a los sucesos políticos que atravesaba el país, fue recién en 1961 cuando quedó habilitado definitivamente. Afectado por los sucesivos gobiernos, cambió de nombre dos oportunidades hasta que finalmente en el año 1986 se restituyó el nombre original de Hospital Escuela Eva Perón, actualmente funciona como efector provincial de tercer

nivel con una Neo de alta complejidad catalogada como nivel III B, es decir que reciben a los neonatos más pequeños.

El Servicio de Fonoaudiología del Hospital Escuela Eva Perón está conformado por tres fonoaudiólogos cuyo desempeño se basa en la atención de pacientes, abarcando las áreas de incumbencia, audiología, patologías de lenguaje en niños, trastornos deglutorios, fonatorios y respiratorios. Además, integran el programa de detección temprana de la hipoacusia, pesquisa que se realiza a partir del año 2006 con la compra por parte del hospital de un otoemisor acústico. Dentro del hospital, el servicio de rehabilitación, cuenta con una fonoaudióloga que recibe las derivaciones de pacientes neurológicos adultos y fisurados palatinos (FLAP).

El progreso tecnológico, especialmente en Neonatología y el notable crecimiento del conocimiento científico producido en los últimos años, alcanzó el campo de la investigación del desarrollo infantil brindando nuevos conceptos y criterios. Los fonoaudiólogos/as quienes trabajan con la infancia temprana se ven en la necesidad de replantear la tarea frente a una nueva realidad científica y social teniendo en cuenta los recursos de los que se disponen y afianzando el rol dentro de la red de salud.

El objetivo primordial es lograr una asistencia integral dirigida a la niñez y sus familias, ambos conceptos inseparables.

A partir del año 2003 se creó un espacio de atención temprana para pacientes que por diferentes causas no adquirirían lenguaje oral, hasta entonces esta población de niño/as de 0 a 6 años no recibía ningún tipo de atención fonoaudiológica; ( durante muchos años, en la formación académica del fonoaudiólogo/a esta franja etaria no era tenida en cuenta en la patología del lenguaje) Estos problemas eran evidenciados en edad escolar muchas veces cuando ya era mucho más difícil y prolongado su tratamiento lo que conducía al abandono de los mismos y el consecuente fracaso escolar.



Los problemas del desarrollo no impactan con la fuerza y la urgencia con que lo hacen otros problemas infantiles como las enfermedades respiratorias agudas, las diarreas o la desnutrición.

Son aquéllos cuya solución puede postergarse casi indefinidamente porque no amenazan la vida y son aparentemente poco dramáticos.

No obstante, los problemas del desarrollo que afectan a los preescolares en nuestro país, son dramáticos y debieran ser impostergables por lo que significan para el niño/a y por la cantidad de niño/as afectados.

De no mediar una intervención temprana de calidad, parte de esto/as niño/as estarán condenados al fracaso escolar, a la precariedad laboral posterior y a la consecuente pobreza.

Mientras otra/os niña/os de su misma edad, que crecen en sectores aventajados, se inician en el uso de la computadora, realizan experimentos científicos, desarrollan su pensamiento matemático, aprenden un segundo idioma, gozan progresando cada día y afirman su autoestima, la/os niña/os que crecen en la pobreza aprenden a molestar lo menos posible y repiten día a día actividades poco desafiantes.

### *La inequidad es grande y temprana*

Los referentes parentales de los niñas/os que crecen en la pobreza desean lo mejor para sus hija/os y están dispuestos a hacer grandes sacrificios para que ello/as surjan y salgan de esa condición; pero, con frecuencia, piensan que su aporte consistirá en disponer de medios económicos para financiar la educación; cuando el/la niño/a ingresa a la escuela primaria ya es demasiado tarde o demasiado difícil revertir la situación.

No existe clara conciencia y conocimientos acerca de la importancia de los primeros años y del aporte indispensable, sin costo que los adultos responsables pueden y tienen que hacer en este período.

Referirse al desarrollo de los niño/as, es hablar de su funcionamiento cognitivo, afectivo y social.

Durante el desarrollo, ocurre que algunos niño/as, finalizado el tercer semestre de su vida, no exploran, no experimentan, no hacen descubrimientos en su intercambio con el medio; cumplen 2 años y no entienden órdenes sencillas, no pueden nombrar objetos o personas familiares; son los mismos que al llegar a la educación primaria no se interesan por comparar, preguntar, comentar lo que hacen. Estos niño/as no molestan; su retardo del desarrollo no es percibido por los adultos y, muchas veces, no es percibido tampoco por el personal de salud que los controla regularmente.

Esto, sin duda, es dramático, porque todo niño/a tiene derecho a desarrollar al máximo su potencial, porque se trata de niño/as biológicamente sanos y porque esta situación, como ya se dijo, es la antesala del fracaso escolar y de la marginación posterior.

Esos niño/as pueden ser ayudados. El problema es que estos déficits no son evidentes; salvo en condiciones severas, sólo se detectan mediante una evaluación formal y específica que permite establecer con seguridad si el desarrollo está o no está cursando normalmente.

En el año 2012, Unicef lanza un programa: Maternidad segura y centrada en la familia, que tiene como premisa reconocer a los referentes parentales y a la familia, junto al equipo de salud. Las fonoaudiólogas del HEEP tuvieron la oportunidad de ser parte de ese equipo de salud a través del Screening auditivo neonatal en internación antes del alta, lo cual permitió visibilizar parte de las tareas fonoaudiológicas no sólo frente a los profesionales que trabajan en la maternidad, sino también con la comunidad. Hubo un cambio en la forma del trabajo, sumando lo humanístico a lo tecnológico y estimulando el trabajo en equipo. Este cambio generó la iniciativa para realizar talleres en la residencia de madres.

La residencia de madres es un espacio destinado a las madres de

bebés internados en Neo, permitiendo a las mamás vivir cerca de sus hijos/as mientras estos están internados/as con la firme convicción de que el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y su participación activa es vital para la recuperación de los bebés prematuros o enfermos. Teniendo en cuenta que las mamás contaban con tiempo suficiente que pasarían dentro del hospital, se organizaron talleres conjuntamente con una psicóloga, donde se les ofrecía pautas e información sobre estimulación, el desarrollo del lenguaje, lactancia además de ser un espacio de escucha y de compartir experiencias en una población con alto porcentaje de madres adolescentes.

Teniendo en cuenta la ubicación del hospital dentro del complejo que alberga al hogar escuela, se abrió otra posibilidad de visibilizar las incumbencias fonoaudiológicas, esta vez en el ámbito educativo a través de charlas a los docentes de preescolar y primer ciclo, brindando información sobre alertas en los problemas fonoaudiológicos, con el objetivo de generar derivaciones oportunas. En estas charlas tanto como en las tareas asistenciales evidenciaban que chicos con dificultades en edad escolar no habían sido alertados por el pediatra en edad temprana por lo cual y dado que la institución, por tratarse de un hospital escuela cuenta con prácticas de la carrera de medicina, se inició un ciclo de charlas a los alumnos de Pediatría, que cursan la especialidad en el hospital y que cuentan con escasa formación en los problemas fonoaudiológicos con el objeto de promover las derivaciones tempranas.

## **La salud es un derecho**

### **¿Qué hay detrás del concepto del derecho a la salud?**

Persiste el concepto de equidad, al que algunos pensaron en una forma un poco licuada, como de igualdad o de justicia. Pero en sentido estricto, el concepto de equidad, que proviene del campo jurídico, habla del perfeccionamiento de lo que es justo. La equidad

en realidad va más allá que la justicia. La equidad es lo que permite hasta el concepto de discriminación positiva, darle más al que más necesita.

La palabra evitable es la clave en la lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo. Estamos hablando de un recurso que evita la producción de la enfermedad o que la enfermedad se transforme en daño, en discapacidad o en muerte. Esta idea de lo evitable es sumamente compleja. La idea es que si es evitable y no se evita, alguien puede ser responsable aunque sea por omisión. Esto va reconfigurando la misma idea del derecho y la misma idea de los sujetos, porque una cosa es cuando hay opciones para decidir si se ponen o no recursos aquí y otra cosa es cuando estas opciones dependen del interjuego político con actores concretos que defienden el derecho a la salud.

La situación de pandemia por coronavirus puso una pausa en las actividades que se venían desarrollando, pero también nos permitió reflexionar sobre la trayectoria de nuestra profesión hasta la actualidad.

Desde aquellas primeras auxiliares con una tarea necesaria pero invisible hasta las Fonoaudiologa/os, licenciada/os, doctora/es e investigadora/es que hoy en día se desempeñan en diferentes ámbitos de la salud y la educación hay todo un camino recorrido. Como actores principales de la disciplina fonoaudiológica tenemos una gran responsabilidad de hacer visible la importancia de la comunicación para la comunidad.

“Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”

Eduardo Galeano

## Referencia Bibliográfica:

Elisei, N. (2012) Agencia y práctica: Berta Derman en la institucionalización de la carrera de fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires. *Dos puntas*, ISSN 1852-3420, N.º. 5, 2012, págs. 93-108

Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte  
La Historia de Granadero Baigorria, blogspot 2010

Maternidad segura y centrada en la familia. 2012 Unicef Número ISBN 978-92-806-4641-2

de Sousa Campos, G. W. (Mayo de 2006). <https://www.gastaowagner.com.br>. Obtenido de file:///C:/Users/Direcci%C3%B3n%20de%20Escuela/Downloads/Efecto%20Paideia%202006%20(2).pdf

Palmero, Claudia (2010) Proyecto “Propuesta en post de la igualdad de oportunidades” (s.f.)

## Datos de la autora

**Claudia Palmero** es Fonoaudióloga (FCM, UNR) en el Hospital Escuela Eva Perón Gro. Baigorria, integrante del programa de Detección temprana de la hipoacusia, creadora del consultorio de atención de patologías del lenguaje en edad temprana en el HEEP. Colaboradora Docente del Sistema de Practicantato Optativo en Fonoaudiología (SPOF). Supervisora de las prácticas realizadas por las alumnas de Taller III-Práctica Pre Profesional, de la carrera Licenciatura en Fonoaudiología.



# Mujeres e infancias que habitan el encierro. El cuidado de la comunicación humana en contextos carcelarios

**Fernanda Felice**

## **Introducción**

En el mes de noviembre de 2019 se desarrollaron actividades en la Cárcel de Mujeres (Unidad Penal 5) de la ciudad de Rosario. La propuesta fue realizada por la Secretaría de Extensión Universitaria y la Secretaría de Género de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Participaron estudiantes y docentes de Fonoaudiología, Enfermería y Medicina. El propósito de la misma consistió en efectivizar acciones para la promoción de la salud desde una perspectiva de género y derechos.

Se realizaron encuentros de capacitación con las integrantes de la ONG “Mujeres tras las rejas”, la Secretaria de Género, Ana Clara Bordato, la docente y psicóloga social, Julieta Serrano, el Secretario de Extensión Universitaria, Rafael Zamarguilea, estudiantes participantes y docentes responsables de las actividades. Este espacio de formación fue fundamental para aprender con quienes trabajan, desde hace décadas, para hacer visibles a las mujeres privadas de su libertad. Graciela Rojas –fundadora de Mujeres Tras Las Rejas– afirma que “el encierro carcelario produce huellas en el cuerpo de las mujeres. Es una celebración que la academia y las ciencias de la salud tengan una mirada y un nuevo espacio para observar y participar de lo que pasa en este territorio”.

Luego de los encuentros de capacitación se concretó una jornada mediada por el juego y la literatura, actividad propuesta por la

Escuela de Fonoaudiología, que tuvo por misión promover la comunicación entre madres, niñas y niños. Se comprende que la construcción de vínculos saludables es fundamental para el desarrollo y los aprendizajes de las infancias, así como también para erradicar la violencia que suele replicarse en las modalidades comunicativas aprendidas en el contexto de la familia y la comunidad.

Dentro de los objetivos generales, se destaca la necesidad de propiciar el encuentro entre la universidad y la comunidad en nuevos escenarios de intervención. Respecto de los objetivos específicos, se resalta el valor del juego y la literatura en el desarrollo infantil, y la importancia de promover la construcción de vínculos saludables entre madres, hijas e hijos.

### **El juego y la literatura en el cuidado de las infancias**

La comunicación es una cualidad humana fundamental que permite la construcción de lazos sociales en el marco de una determinada comunidad, mientras que el lenguaje es la herramienta simbólica que promueve el desarrollo subjetivo, cognitivo y cultural. El proceso de adquisición lingüística se desarrolla en los intercambios comunicativos. Es decir, para que las niñas y los niños consigan desplegar su lenguaje, deben participar de prácticas sociales que promuevan el uso de la palabra.

En este sentido, los discursos literarios son fundamentales en tiempos de infancia, porque promueven la comunicación, el despliegue de la subjetividad y el desarrollo lingüístico. Montes (2001) afirma que la literatura tiene la particularidad de estar hecha de palabras que pertenecen a la vida de las personas y de los pueblos. Los relatos literarios son un punto de encuentro interesante entre el mundo adulto y el universo infantil.

Por su parte, Bruner (2014) asegura que el relato es el medio específicamente humano de poner en orden los acontecimientos del



tiempo y se constituye como una manera de expandir los límites de la experiencia. Mientras que Andruetto (2010) asegura que las lectoras y los lectores acuden a la ficción para intentar comprenderse, para conocer algo más acerca de sus contradicciones, miserias y grandezas, es decir, acerca de lo más profundamente humano. “El relato de ficción sigue existiendo como producto de la cultura, porque viene a decirnos acerca de nosotros de un modo que aún no pueden decir las ciencias ni las estadísticas” (p.32).

En consonancia, Bettelheim (1999) explica que las niñas y los niños experimentan obstáculos que deben vencer en su cotidianidad. La mente infantil se encuentra repleta de este tipo de dificultades y necesita la fantasía de los cuentos en las que el héroe –con quien consigue identificarse– encuentra con éxito la manera de salir de situaciones difíciles. La fantasía muestra un mundo donde el conflicto le pertenece a los personajes, pero las soluciones pueden aparecer por otros caminos ajenos a ellos. Por lo tanto, la literatura les permite tramitar las frustraciones propias de la infancia.

Además de las prácticas literarias, las niñas y los niños necesitan habitar espacios lúdicos que propicien la comunicación, el desarrollo del lenguaje y sus aprendizajes.

Vigotsky (1977) sostiene que el juego es la actividad principal de la niñez, es su modo de participar en la cultura. Las niñas y los niños ensayan –en los escenarios lúdicos– comportamientos y situaciones para los que no están preparados en la vida real, pero que poseen cierto carácter anticipatorio o preparatorio a la par que elaborativo. Es por ello que el juego desempeña un rol crucial en el desarrollo y los aprendizajes devenidos en la infancia.

Se comprende que las niñas y los niños –que viven junto a sus madres en la cárcel– no cuentan con demasiadas oportunidades para compartir juegos y relatos literarios, que son imprescindibles en la construcción del vínculo madre-hijo/a. Además, el juego y la

literatura permiten crear otros mundos posibles y resignificar los ya existentes.

Por estas razones, se propuso desarrollar una jornada lúdica y literaria con la intención de que mujeres, niñas y niños experimenten el encuentro con el universo simbólico creado por la fantasía de los cuentos populares y el juego. De este modo, se procuró propiciar la comunicación y el lenguaje tomando en cuenta la relevancia del vínculo madre-hijo/a, el cual es fundante en el proceso de apropiación de la lengua materna, la constitución subjetiva y el desarrollo infantil.

### **El cuidado de la comunicación en contextos carcelarios**

La jornada se desarrolló en el pabellón de madres de la Cárcel de Mujeres de la ciudad de Rosario. En este encuentro se compartió una charla acerca de la salud, la comunicación y el desarrollo del lenguaje infantil. Luego se propuso una instancia de juego y literatura.

Cabe mencionar que las mujeres, al saber que se encontraban con estudiantes y docentes de fonoaudiología, comenzaron a realizar preguntas acerca de sus hijas e hijos, con la intención de conocer si estaban transitando las etapas esperadas en el proceso de adquisición lingüística. Algunas de ellas relataron cierta preocupación ante algunas conductas observadas en el modo de hablar de las niñas y los niños. Expresaron que sería valioso que la Escuela de Fonoaudiología pudiera brindar aportes en el seguimiento del desarrollo y los aprendizajes. Señalaron que sería interesante el trabajo en equipo con las pediatras que les brindan atención a sus hijas e hijos.

En efecto, se advierte que estas mujeres sabían que la fonoaudiología es una disciplina de la salud, que se ocupa de la comunicación y del lenguaje. Comprendían que el desarrollo lingüístico es crucial en los futuros aprendizajes de las infancias y que ese abordaje requiere de una perspectiva interdisciplinaria.

Además, explicitaron los efectos que el encierro provoca en la salud física y psíquica de sus hijas e hijos. Compartieron sus preocupaciones con la intención de informarnos y para que fuera posible pensar en ciertas intervenciones que pudieran aliviar esos síntomas.

Por otro lado, las mujeres relataron sus propias historias de vida. Explicaron que ellas habían transitado una infancia y una adolescencia sin derechos garantizados. Fueron niñas que padecieron las consecuencias de la pobreza, la exclusión social y el desamparo del Estado.

En este sentido, la creación de un espacio para el diálogo permitió que todas las participantes pudieran apropiarse de nuevos conocimientos tomando en cuenta los saberes de la comunidad, a los cuales es preciso acceder para comprender y pensar en nuevas estrategias de intervención comunitaria.

Luego de esta imprescindible charla –que se convirtió en una valiosa experiencia de aprendizaje para mujeres, estudiantes y docentes– se desarrolló una obra de títeres basada en el cuento “Caperucita Roja”. Este texto fue seleccionado puesto que se trata de uno de los clásicos cuentos populares, que es transmitido de generación en generación. Se consideró oportuno elegir un relato literario que pudiera ser conocido por las mujeres, porque las narraciones orales compartidas con las infancias siempre remiten al saber popular y a la herencia cultural de su grupo familiar o comunidad.

Madres, niñas y niños se mostraron muy interesados/as en la propuesta. Además, se entregaron libros de literatura infantil para que estas prácticas se replicaran y pudieran compartir momentos de comunicación mediados por el lenguaje, la narración, la lectura y la literatura.

### **Universidad y comunidad: demandas en nuevos escenarios de intervención**

El relevamiento acerca del cuidado de la salud en contextos peni-

tenciaros de nuestro país, durante la formación de grado, demuestra que es escaso. Es por ello que es preciso generar lazos entre las universidades y las personas que habitan el encierro, fundamentalmente mujeres, niñas y niños. Se comprende que esta población es la más afectada, puesto que la desigualdad social y la violencia de género se replican con mayor virulencia en estos espacios.

Al respecto, un estudio desarrollado por Tabbush y Gentile (2015), titulado “Emociones tras las rejas: maternidad y crianza en cárceles federales argentinas”, sostiene que las conexiones entre prisión, género y emociones colectivas de nuestro Sistema Penitenciario Federal aloja un desproporcionado número de mujeres pobres, inmigrantes y marginadas. Menciona las tareas vinculadas con la micro comercialización de drogas y los efectos que ello promueve en sus cuerpos.

Esta realidad se replica en la Cárcel de Mujeres de Rosario. El incremento registrado en este tipo de delitos se vincula con la desigualdad que signa la vida de estas mujeres. La vulnerabilidad social data desde su infancia y adolescencia. Sus relatos expresan historias marcadas por la violencia, el abuso, el desamparo y la pobreza.

Asimismo, la investigación antes citada expone que las mujeres señalan que la prisión no es un lugar adecuado para criar a los/as niños/as. Destacan que preservar el vínculo entre madres e hijos/as es fundamental. Estas ideas y sentires son compartidos por las mujeres que viven en la cárcel de Rosario.

En este sentido, es necesario realizar actividades de extensión en contextos penitenciarios, desde la perspectiva de género y el cuidado de las infancias, para responder a las demandas sociales, vinculadas a la inequidad que sufren mujeres, niñas y niños. Para llevar adelante estas transformaciones, es imprescindible gestar nuevas experiencias de formación, ampliar la mirada respecto de los escenarios de intervención y propiciar prácticas para la promoción de la salud. Es

decir, el campo de acción no debe limitarse a la asistencia.

### **Reflexiones finales**

Tal como lo expresa Freire (2015, p.7), “la educación verdadera es praxis, reflexión y acción de los seres humanos sobre el mundo para transformarlo”. Esta experiencia lo confirma. Porque, antes de transitar por este aprendizaje, era posible intuir antes que saber. Intuir, por ejemplo, que la cárcel no es un sitio para la infancia. Que el encierro no sucede sin consecuencias. Que el vínculo entre madres, hijas e hijos nunca es sencillo y mucho menos en un penal. Que las niñas y los niños necesitan habitar el mundo en movimiento y libertad. Que las cárceles suelen alojar pobreza, exclusión y desigualdad.

Estas intuiciones no fueron ingenuas, porque siempre se parte de ciertos aprendizajes, lecturas y conocimientos previos. De todas maneras, todo ello solamente alcanzó para intuir antes que saber. Porque, para saber, es necesario vivenciar experiencias prácticas que permitan articulaciones con las teorías apprehendidas. Es necesario conocer los diversos escenarios, salir de las aulas para animarse a mirar con los ojos bien abiertos y los oídos bien atentos a esa realidad que reclama un encuentro distinto, un encuentro sin intermediarios ni prescripciones que aseguren que alcanza con leer para entender el mundo.

La formación académica debe atender al cuidado de la salud entendiendo que ésta es una cualidad humana fundamental, la cual se expresa en todas sus dimensiones: social, biológica, psíquica y racional, tal como lo afirma Contandriopoulos (2006). Para ello, es fundamental correr la mirada del modelo tradicional de la salud que ubica como objeto de estudio a la enfermedad y a los sujetos como pacientes e individuos descontextualizados de su medio social.

Es imprescindible promover actividades de extensión universitaria que propicien la formación de profesionales, capaces de desarro-

llar estrategias para la promoción de la salud, desde una perspectiva social y comunitaria. Respecto de la fonoaudiología, se destaca que es necesario desarrollar acciones para cuidar la comunicación humana de las diferentes comunidades, en nuevos territorios.

### Referencias bibliográficas

- Andruetto, M. T. (2010). *Hacia una literatura sin adjetivos*. Córdoba: Ed. Comunicarte.
- Bettelheim, B. (1999). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Brunner, J. (2014). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de salud. *Ruptures Revista Interdisciplinaria de la Salud*. Vol. 11 N° 1. pp. 86-99.
- Freire, P. (2015). *La educación como práctica de la libertad*. 1ª edición (especial). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Montes, G. (2001). *El corral de la infancia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Tabbush, C. y Gentile, M. F. (2015). Emociones tras las rejas: maternidad y crianza en cárceles federales argentinas. *Revista Clínica y Cultura: Universidad Federal de Sergipe*. Recuperado en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/52196>
- Vigotsky, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Ed. La Pléyade.

## Datos de la autora

**Fernanda Felice** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR), Especialista en Alfabetización e Inclusión (CEI, UNR) y Doctoranda en Educación (FHYA, UNR). Profesora Titular de la Cátedra “Lenguaje y Aprendizaje Patológico” e Integrante de dos equipos de investigación: “Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria” y “Fonoaudiología y determinantes sociales de la salud: su importancia en la futura práctica profesional” (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Es autora de tres libros. Ha escrito artículos para revistas científicas y diarios de difusión masiva. Ha participado en diferentes libros colectivos que abordan temáticas vinculadas a la salud y la educación de las infancias.





## Fonoaudiología en territorio: primeras experiencias de intervención comunitaria

**Beatriz Fabiani**

*“... su relación con nuestro debate es la misma  
que mantienen los cimientos de una casa  
con su estilo y con la disposición de sus cuartos;  
los sostienen, pero ya nadie los ve,  
nadie los ha visto nunca aparte de los albañiles que los han echado”.*  
*“Y ahora otra vez empiezo a sentir que algo cambia, sin saber qué,  
sin saber cómo decirlo, sin saber ni siquiera si algo cambia de verdad,  
sin saber siquiera si podré o si valdrá la pena decirlo,  
si es que algo cambia”.*  
Saer, J.J. Argumentos. De una discusión literaria.

Hablar de Fonoaudiología en territorio nos remite necesariamente a conceptos elaborados por distintos autores y que incluyen a actores Fonoaudiólogos, en contextos de prevención y promoción de la salud, desde un enfoque social de la Fonoaudiología, con una concepción de trabajo en equipo interdisciplinario, en aprendizajes compartidos; comprendiendo la diversidad, propiciando interacciones dialógicas, para una comunicación en salud.

Tuvimos que desarrollar las primeras experiencias comunitarias a partir de una interrogación necesaria: ¿qué se puede plasmar desde la Fonoaudiología para trabajar en/con/junto a la comunidad?

Pregunta que nos hizo dudar y que creó desazón en los fonoaudiólogos -de hecho, en escaso número- que nos encontrábamos trabajando en instituciones públicas del llamado ex - cordón industrial, allá por los inicios de los años noventa.

Tuvimos que plantearnos si era posible postular otros paradigmas para el trabajo comunitario, en contextos complejos, desde una

formación en Neuropsicología y Afasiología (Fabiani, 2000), a través de cursos de post grado en entidades académicas, fuera del ámbito estrictamente universitario. Intentábamos entender la relación de una disciplina -inserta en las ciencias de la salud, con aires positivistas- (Fabiani, 1994) con un entorno sociocultural y económico en profunda transformación, con consecuencias significativas que modificaron ostensiblemente las condiciones de vida de amplios sectores de la población.

La praxis –junto a profesionales de otras disciplinas– en el trabajo con la comunidad desde el Servicio de Asistencia Educativa -S.A.E.- es una experiencia que nos permitió –y nos permite- aprendizajes inéditos en este camino que articula Educación y Salud.

La ciudad contaba con cuarenta y cinco mil habitantes por ese entonces, portuaria y con inmigración interprovincial, lo cual le daba características particulares al paisaje cultural (Nanzer,1994).

La mayoría de esos migrantes (provenientes del norte de Santa Fe y el Chaco) traían una cultura y un lenguaje propios; sus costumbres y valores se fueron fundiendo con los lugareños -mayormente con habitantes de barrios marginales, desde varias generaciones atrás. A estos dos grupos se los podía encuadrar en la categoría de pobres estructurales, en tanto que los que provenían del ex cordón industrial y que se asentaron en los barrios marginales pertenecían a la categoría nuevos pobres y se encontraban en un acelerado proceso de pauperización (Servicio de Asistencia Educativa,2000).

El S.A.E. es un proyecto que aborda la problemática del fracaso escolar en la confluencia de los campos de Salud y Educación, enmarcado en prevención primaria. Surge en el año 1989 a través del proyecto: “Las dificultades en el aprendizaje y el fracaso escolar. Un abordaje institucional alternativo”. Fue aprobado por el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (Disposición Nro. 3489) y por el Honorable Concejo Municipal (Ordenanza Nro. 1359) (Ber-

tonazzi, Castaño y otros, 1989).

### **Objetivos del S.A.E.**

- Abordar mediante un dispositivo institucional uno de los síntomas de la emergencia social: el fracaso escolar.
- Implementar una práctica preventiva, asistencial y social en un campo donde confluyen las áreas de Salud y Educación.
- Facilitar la adquisición de la lectoescritura y el cálculo a los niños que fracasan en la escuela.
- Prevenir la deserción escolar y colaborar en la reinserción de niños al sistema.

A los diferentes equipos del S.A.E., distribuidos en distintos barrios de la ciudad, los integramos profesionales fonoaudiólogos, docentes y psicólogos. La atención es gratuita, solventada por el Municipio.

### **Modalidad de trabajo**

Realizamos entrevistas primeras con los padres, coordinamos las estrategias de atención entre los profesionales que, a partir de los datos recabados, intervendremos en la atención individual o grupal. Nos comunicamos asiduamente con los docentes; ellos nos derivan a los niños mediante notas -donde describen brevemente la problemática- o les realizamos entrevistas.

Otorgamos a los padres toda la escucha necesaria, ya sea que ellos lo requieran espontáneamente o los convocamos, periódicamente, para dar una devolución de lo trabajado.

Analizamos las intervenciones que realizamos en los distintos espacios para evaluar los aprendizajes de los niños. Nos comunicamos con otros profesionales, de otras disciplinas, que estén también atendiendo a los niños o solicitamos la intervención que creemos

necesaria.

Participamos como integrantes del S.A.E. en instancias de formación y, a su vez, generamos actividades de prevención y promoción dirigidas a docentes (Jornadas, Encuentros, Talleres), a padres y niños (Talleres).

Quienes integramos esos equipos de trabajo, en los sucesivos tiempos, tenemos presente nuestra tarea primordial: “habilitar una situación de aprendizaje que oficie de puente entre la familia y la escuela, entrar en el mundo de cada uno de los niños para descubrir los objetos que movilizan el deseo de aprender y conectarlos con los contenidos escolares, promoviendo así una resignificación de los aprendizajes con relación al presente y a un proyecto de futuro” (Ensayos y Experiencias, 2002; pág. 121)

“...el lenguaje es una herramienta fundamental para organizar, otorgar sentido y comunicar la experiencia. El aprendizaje exige la participación en experiencias comunicativas con pares y adultos, pero también un trabajo interno, personal, de diálogo consigo mismo para pensar, para crear. Requiere momentos de intercambio, pero también de soledad” (Ensayos y Experiencias, 2002; pág. 121).

Las instancias de aprendizaje en los grupos conformados por niños que asisten al S.A.E. se vivencia como una oportunidad diferente, para intercambiar, compartir con otros, en presencia de un adulto que enseña de una manera distinta (Ensayos y Experiencias, 2002).

Desde ese lugar del “enseñar de una manera distinta” comprendemos cabalmente la aventura de adentrarnos en un fonoaudiólogo que navega un mar de experiencias impregnadas por la ternura, yendo hacia el encuentro del niño en comunicación.

Experiencias vitales de un encuentro posible en cada uno, respetando la diversidad, no exento de las vicisitudes del sentir puesto en acción. Experiencias que, en la intervención fonoaudiológica, apa-

recen como fundantes en el devenir cultural, educacional, comunicacional para, así, dar (nos) en lo maravilloso de ese transitar.

En los encuentros comunicacionales entre profesionales del S.A.E., padres, docentes, niños y otros actores que son convocados para este dar cuenta de sentidos en cada acción- realizamos una síntesis que, en cierta manera, es inédita ya que reedita el aprender, con huellas propias.

Y desde esas huellas en la memoria, viene una niña de 7 años que llega al S.A.E derivada por la institución escolar de un barrio periférico. El S.A.E. funciona en el Centro de Atención Primaria de Salud -C.A.P.S.- En ese entorno palpita la naturaleza hecha explosión de vida, con un paisaje cultural con su impronta propia, como todo barrio, como toda institución.

En lo simple habita lo complejo y, a su vez, en lo complejo hallamos lo simple y generoso del amor de madres y padres que llevan sus niños a la escuela buscando refugio, confiando, ante una realidad que asola a un significativo número de familias del barrio-como en tantos otros: las adicciones, el desempleo, el desarraigo, la vulnerabilidad.

En la escuela hay una huerta donde los niños son protagonistas activos y mantienen vivos los matices rurales que la gestaron. El arte, la comunicación y el aprendizaje afectivo circulan en esa comunidad educativa empeñada en un proyecto institucional de inclusión y creatividad.

La mamá, en la primera entrevista, dijo no recordar qué día había nacido su hija. El grupo familiar estaba compuesto por la madre, el esposo actual, la niña y un hijo adolescente; ambos eran hijos de ella con otra pareja. “No quiere saber nada con su padre”, expresó. La abuela materna vivía cerca de la casa de ellos.

También manifestó que la niña le recordaba las cosas que tenía que hacer como, por ejemplo, ir a la entrevista. Era una persona

analfabeta, con ascendientes de la etnia wichí. El motivo de consulta era “dificultades para hablar”, por ejemplo, decía “rane” por “grande”; cuando no le entendían en la casa o en cualquier otro lugar, se enojaba; a veces se tiraba al piso. “También se enoja cuando no le salen las cosas de la escuela”. “Tiene carácter fuerte”, dijo la mamá. Las pautas madurativas aparecían como poco claras -tampoco las recordaba-, salvo que caminó a los dos años, época en que dejó también los pañales. El padrastro y una tía la ayudaban en las tareas. Jugaba con niñas de su edad a las muñecas, a cocinar, pero quería jugar a la pelota con los varones -todos vecinos-. Los estudios auditivos que le habían realizado en un hospital de la zona dieron como resultado una audición dentro de parámetros normales. No tomaba medicación alguna. Según su mamá, era alegre, buena, simpática. cursaba primer grado. Las dificultades en la expresión, decía su docente, repercutían en el aprendizaje de la lectoescritura.

Debimos contemplar fundamentalmente la incidencia de lo ambiental familiar, lo intercultural, entre otros aspectos, al momento de formular estrategias de intervención. Tenía dificultades de relación con algunos pares, desafiaba a la autoridad -docentes-, era necesario reafirmarle los acuerdos realizados con ella. Los miedos rondaban su hogar: el hermano consumidor era uno más de los jóvenes que “transcurrían” sin poder insertarse en un proyecto de vida. Vivió la muerte prematura de dos familiares de manera tal que, en un principio, la reveló solo a través de sus dibujos.

La escuela era el continente, el referente y la oportunidad de una inserción en la comunidad donde los valores de la cultura materna fueran rescatados para la pertenencia. El compromiso de la Dirección, de los docentes y de los asistentes escolares, en su proceso de aprendizaje, fue encomiable. A la par, estuvo en proceso de integración desde una escuela especial de la zona.

En las interacciones -en el contexto de las sesiones de Fonoau-

diología- se observaron en un comienzo en su lenguaje espontáneo omisiones, sustituciones de fonemas y de sílabas, agramatismos varios que tornaban enrevesada su expresión y hasta ininteligible. Presentaba, además, dificultades comprensivas leves y distractibilidad. Solía decir: “no quero í a mi casa, quero quelame aquí” (“no quiero ir a mi casa, quiero quedarme aquí”). Le gustaba dibujar y colorear profusamente, nos regaló muchos dibujos que aún conservamos; al respecto, en una ocasión dijo: “Así no te sentís sola, esto lo hizo -su nombre-”, con su manera singular de comunicar.

Nuestras sesiones se articulaban con la concepción de que su manera de expresar era su “estar siendo en el mundo”. Era la articulación necesaria para que sus “dificultades en hablar y escribir” articularan con el decir de una niña con quien compartimos más de tres años de trabajo. Su deseo por aprender la llevó a concluir el séptimo grado de escolaridad; hasta donde supimos había ingresado en la escolaridad media.

Su andar era ágil, su voz tenía el color de un temperamento tenaz, su decisión era firme, enfrentaba los desafíos, brillaban sus ojos ante cada avance en sus expresiones por el lenguaje. Nos enseñó que aún en los contextos donde la vida duele también pugna por florecer.

Si repasamos los objetivos del S.A.E., desde las distintas intervenciones disciplinares, vislumbramos que pudimos adentrarnos en el mundo de esa niña, descubriendo los objetos que movilizaban su aprendizaje para facilitar la adquisición de la lectoescritura y el cálculo, prevenir la deserción escolar, echando por tierra el fracaso y la exclusión en su escolaridad.

## Referencias bibliográficas

- Ensayos y Experiencias, tomo 46 (2002). La Escuela: Una segunda oportunidad frente a la exclusión. Colección Psicología y Educación. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas.
- Fabiani, B. (1994) "El Fonoaudiólogo Social: un ejercicio posible". Boletín del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe -2da. Circunscripción-Rosario. (Nro.32)
- Fabiani, B. (2000) "Las alteraciones neurofisiológicas del lenguaje y su relación con la lectura comprensiva". Trabajo de Investigación-Tesina- presentada en la Escuela de Fonoaudiología para la obtención del Título de Licenciada en Fonoaudiología. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas -U.N.R.- Rosario, Argentina.
- Nanzer, A. (1994) "Animemos al mundo. Una cultura para honrar la vida". Buenos Aires. Ed. Hvmnitas.
- Proyecto: "Las dificultades en el aprendizaje y el fracaso escolar. Un abordaje institucional alternativo". Bertozzi, Castañón y otros (1989). Aprobado por el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (Disposición Nro.3489) y por el Honorable Concejo Municipal de la ciudad de San Lorenzo, Pcia. de Santa Fe. (Ordenanza Nro.1359)
- Servicio de Asistencia Educativa (2000). Programa de Seguridad Ciudadana. Proyecto: "Ampliación y Optimización del Servicio de Asistencia Educativa". Organismo responsable: Municipalidad de San Lorenzo (S. Fe). Secretaría de Gobierno y Cultura. Equipo Coordinador: Servicio de Asistencia Educativa: Rosbaco, I., Romegialli, M., Verón, S., Fabiani, B, Carreras, M.



## Datos de la autora

Beatriz Dora Fabiani Fonoaudióloga (1978): Lic. en Fonoaudiología (2001), egresada de la Facultad de Cs. Médicas – U.N.R. Organizadora y Jefe del Servicio de Fonoaudiología del Hospital “Granaderos a Caballo” de San Lorenzo (S. Fe) hasta 2021. Integrante del Servicio de Asistencia Educativa -S.A.E.-Municipalidad de San Lorenzo (hasta 2021). Colaboradora Docente de prácticas fonoaudiológicas en el Servicio citado para el espacio curricular de Taller III Práctica Pre-Profesional y del S.P.O.F. de la Licenciatura en Fonoaudiología, FCM-U.N.R., hasta 2021. Fue Delegada -en San Lorenzo (primera Delegación)- del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe-2da.Circunscripción Rosario, Ex integrante del Tribunal de Ética y Disciplina del citado Colegio.



# Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas: abriendo el camino hacia la construcción de prácticas territoriales

**Julia Bertone, Pablo Fernández, Natalia Cuatrocasas y Micaela Fagioli**

*“La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del ser humano sobre el mundo para transformarlo”.*  
Paulo Freire

## **Fonoaudiología como disciplina de interés público**

A partir de la inclusión de los títulos de Fonoaudiólogo/a y Lic. en Fonoaudiología en la nómina del artículo 43 de la Ley Nro. 2452 en noviembre de 2019, por la Resolución que ha dictado el Ministerio Nacional de Educación (N°161/202), la Fonoaudiología pasó a ser una carrera de interés público. De esta manera se advierte que un diagnóstico inoportuno, erróneo o incompleto determinaría la no detección del problema o su eventual complejización, con el consecuente daño en la salud comunicativa de los sujetos, grupos, instituciones o comunidad. Asimismo, la falta de una práctica de promoción, prevención y protección específica atenta contra el derecho ciudadano de resguardo a la salud y bienestar comunicativo y al acceso a los diferentes niveles de atención fonoaudiológica, con repercusión en lo individual y colectivo.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es primordial preguntarnos: ¿qué rol ocupa la Universidad en las Prácticas Fonoaudiológicas? ¿Qué Fonoaudiología se está construyendo actualmente, para qué y para quiénes? ¿Qué proyectos pueden gestarse para repensar la disciplina fonoaudiológica, reposicionarla socialmente y visibili-

zar la importancia de la salud comunicativa de la población?

### **El rol social de la Universidad**

El Estatuto de la Universidad Nacional de Rosario (2022) establece que uno de los fines que se propone la formación académica es adquirir, conservar, acrecentar y transmitir críticamente el conocimiento, orientando su accionar a la formación plena de personas con compromiso social.

Respecto de los/as profesionales de la salud, en general, y de los/as fonoaudiólogos/as, en particular, este propósito se vuelve muy relevante puesto que se comprende que la salud y la comunicación deben ser abordadas tomando en cuenta las demandas y necesidades de la comunidad. Este abordaje necesita de una formación profesional basada en la práctica y contextualizada, que exija repensar las perspectivas, contenidos y estrategias metodológicas para reorientar la formación en Salud Pública, desarrollando nuevas y diversas capacidades que requieren expresarse en procesos colectivos de producción y acción, en diversos escenarios que permitan el desarrollo de profesionales responsables y comprometidos con lo “público” en el campo de la salud.

Las Prácticas disciplinarias surgen como una manera de articular los conocimientos teóricos en el desenvolvimiento de los quehaceres que involucran los campos de acción profesionales. Extensión, investigación y docencia son tres pilares de la educación superior que deberían funcionar integrados para la formación de profesionales capacitados para los nuevos retos de una sociedad que muta en forma permanente. Es por esto que resulta necesario generar espacios de construcción de prácticas que permitan ampliar lo abordado desde lo curricular y extracurricular, donde se vean involucrados docentes, estudiantes y graduados/as. La formación del recurso humano debe centrarse en el efectivo ejercicio de ciudadanía que

se entrame con el derecho a la salud y que se encuentre calificado no solo por su conocimiento y adecuación a escenarios cambiantes sino también por su capacidad crítica y reflexiva y sus posibilidades de operar como agentes de cambio en la salud de la población y en sus condiciones de vida.

La carrera de Fonoaudiología de la FCM de la UNR cuenta con prácticas pre profesionales enmarcadas en la asignatura Taller III, y con prácticas específicas que se desarrollan en diversas asignaturas dentro del plan curricular. Asimismo, la escuela de Fonoaudiología cuenta con el Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas (SPOF), que no pertenece a la currícula de la carrera y está destinado a estudiantes que hayan finalizado el cursado y se encuentren en proceso de Tesina.

El proyecto de Concurrencias Fonoaudiológicas fue gestado en el año 2020 por la Dirección de la Escuela de Fonoaudiología de la UNR con el objetivo de expandir las prácticas que brinda la Facultad a recientes graduadas y graduados. Este proyecto busca integrar, sin descuidar las funciones específicas de cada espacio territorial, los saberes teórico-prácticos involucrando a personas e instituciones mediante una dinámica organizada, flexible, funcional y abierta, basada en los objetivos académicos pero centrada en el abordaje social y comunitario.

### **Dar luz a la historia de la Fonoaudiología**

La formación profesional del/ la Lic. en Fonoaudiología está fuertemente ligada, desde sus orígenes, al modelo médico hegemónico, que persiste aún en las diferentes disciplinas relacionadas con la atención sanitaria, con una fuerte legitimación de muchos sectores sociales. Este modelo tiene como rasgos estructurales el biologicismo, la historicidad, el individualismo, el autoritarismo y la centralización ligada al paradigma hospitalocéntrico, así como la

participación subordinada y pasiva del paciente, entre otros. El concepto de salud-enfermedad, desde esta perspectiva, está asociado al de mercancía, existiendo una asimetría en la relación entre profesional/paciente, en donde este último queda relegado a recibir salud impartida desde la potestad del médico, como si la misma fuese patrimonio de la medicina y no un estado de equilibrio de los diversos aspectos del ser humano, su familia y su entorno.

En la historia de la Fonoaudiología, estas relaciones de poder pueden leerse desde una doble vía. Por un lado, el médico hombre como figura de saber, de control y legitimación del quehacer fonoaudiológico y, por otra parte, la alianza teórica a los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

“La Fonoaudiología nace en la Argentina en 1931 como una disciplina auxiliar de la medicina, enraizada en la otorrinolaringología, a partir de la necesidad del médico otorrinolaringólogo de completar su labor semiológica, terapéutica, clínica y /o quirúrgica con tareas de evaluación y rehabilitación de patologías de audición, voz y lenguaje” (Elisei, 2012, p. 97).

Estas características gestacionales dejan huellas que podrían contribuir a la construcción de la identidad de la profesión y a las implicancias en la caracterización del perfil profesional. Cabe destacar la preferencia de elección de la carrera por parte del género femenino, lo cual no resulta inocente ligado a un contexto cultural en el que las mujeres tenían un rol preponderantemente asistencial, complementario y secundario respecto al género masculino en la sociedad. Las primeras mujeres que se formaron en esta tarea eran docentes, específicamente las primeras que colaboraron con los médicos en la labor rehabilitadora fueron docentes de sordos. Asimismo, la autora antes mencionada señala que: “pertenecer al modelo médico, pero a la vez estar subordinada al mismo, atraviesa la historia y la actualidad de nuestra profesión. Aquí podemos relevar que el mé-

dico-hombre es quien sale al ámbito público y las terapistas-mujeres quienes colaboran a su lado” (Elisei, 2012, p. 98).

A nivel mundial, en el siglo XX y a partir de las consecuencias psicofísicas provocadas por ambas guerras mundiales, emerge en el campo de la salud una gran preocupación por la rehabilitación. Localmente, las epidemias de poliomielitis y sus secuelas contribuyeron al desarrollo de profesiones vinculadas a la recuperación y el cuidado de pacientes.

Desde este posicionamiento, en consonancia con el modelo médico hegemónico, se pretende atender la enfermedad concibiendo al sujeto como un paciente descontextualizado de su medio, lo que da lugar a una clínica aislada, ahistórica, encapsulada en el consultorio y centrada en procedimientos estructurados que pretenden diagnosticar y rehabilitar una función afectada.

Si bien esta mirada se sostiene en espacios de formación y en la práctica de muchas disciplinas ligadas a la salud, desde hace un tiempo se viene gestando un proceso de visibilización y transformación paradigmática.

### **Construir nuevos horizontes**

Las intervenciones en el campo de la salud, si bien están atravesadas por el modelo médico hegemónico dominante, se encuentran en proceso de transformación y aun así los cambios de paradigmas traen grandes resistencias. Franco y Merhy (2016) refieren que ante todo cambio en los procesos de trabajo uno de los grandes desafíos es meterse con las cabezas y los intereses, y sus formas de representación. Tales cambios implican apuntar a un modelo de atención y cuidado más atento a las necesidades que a las demandas, donde prime el trabajo interdisciplinario e intersectorial, sin perder la identidad de saberes y prácticas de cada profesional, pero con la capacidad y seguridad de salir de ese núcleo de saberes específicos para trabajar

entre los límites difusos, con el apoyo de otras disciplinas. Es allí, como menciona Campos (citado en de Sousa Campos, 2001) que el “campo, es un espacio de límites imprecisos, donde cada disciplina o profesión buscará en las otras apoyo para cumplir sus tareas teóricas y prácticas” (p. 164).

La APS como estrategia que busca transformar el sistema de salud, en palabras de Lafit (2016), “hace hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que ubican a la salud como un producto sociohistórico” (p. 18). Esta transformación no contempla únicamente al sector salud, concebir la determinación social de la salud, ya que hace necesaria la implicancia de múltiples sectores en un abordaje interdisciplinario e intersectorial, siendo clave la participación de la comunidad en la defensa y construcción de sus derechos.

Con esta estrategia se busca resultados en salud más equitativos y eficientes, con costos de atención más bajos y satisfactorios para los/as usuarios/as. Como afirma Grumbach (citado en O.P.S, 2005):

Se considera que los Sistemas de Salud Basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención especializada (p.15).

Respecto a la disciplina fonoaudiológica, en el año 1992, las fonoaudiólogas Piccoli, Derman, Menguez Lauberer y Herrera afirman (citado en Villarreal, 1996):

La fonoaudiología es apropiada para participar en APS, porque no necesita instrumentales de alta complejidad ni utiliza medicamentos para sus acciones. Lo que sí exige es una sólida



formación del recurso humano, con una orientación hacia las acciones preventivas y la educación para la salud, descubriendo nuevos enfoques y áreas inexploradas por nuestras prácticas asistenciales reconocidas (p. 50).

La necesidad de que fonoaudiólogas y fonoaudiólogos empiecen a ser parte de los equipos de salud en el primer nivel de atención se desprendía, principalmente, de la gran deserción y discontinuidad de los tratamientos a partir de una serie de barreras económicas, geográficas y culturales entre las comunidades y los servicios de salud, que se constituían como obstáculos importantes para el acceso a la salud de las personas y acababan potenciando los efectos de los determinantes sociales.

Si bien la incorporación del recurso humano en efectores públicos de primer nivel de atención y la descentralización son aspectos fundamentales, es indispensable el desarrollo de un nuevo modelo de trabajo que supere la visión meramente curativa, centrada cuando el daño a la salud ya está instalado. Las acciones en el campo de la salud pública requieren, cada vez más, de soluciones innovadoras, de la generación de estrategias y de intervenciones en el espacio social donde se presenta el problema, con estilos de intervención diferente, que garanticen la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

Para garantizar el derecho a la salud, es necesario llegar a las familias, a las instituciones y a la comunidad. Este trabajo minucioso y artesanal que se realiza desde la interdisciplina y la intersectorialidad permite construir una gran red para que las intervenciones puedan sostenerse en el tiempo. Dar lugar a la escucha, producir algo nuevo allí donde parece ocurrir siempre lo mismo, cuestionar supuestos, es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud. Conocer la realidad de cada territorio, observar y registrar las necesidades de

los equipos y de la población nos permitirá gestar intervenciones ajustadas a cada situación particular.

El Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas pretende un abordaje que trascienda los límites del consultorio, en el marco de una clínica ampliada, y que dé lugar a un espacio de práctica y reflexión donde cada concurrente pueda construir y aprehender sus propias formas de intervención situadas en la comunidad, en el encuentro con un/a otro/a que le permita resignificar sus intervenciones cotidianas, repensar los fundamentos teóricos y generar la apropiación colectiva del cuidado de la salud comunicativa.

### Referencias bibliográficas

De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión es Salud en defensa de la vida* (2ª Edición ed.). Lugar Editorial.

Elisei, N. G. (2012). *Agencia y práctica: Berta Derman en la institucionalización de la carrera de Fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires*. Dos Puntas.

Franco, T.; Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Lafit, J. (2016). *Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud*. La Plata. Cátedra Medicina Social. FTS.UNLP. Recuperado de [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit\\_jimena\\_ficha\\_de\\_catedra\\_.%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_.%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf)

O.P.S. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.

Rosario, U. N. R (1 de Marzo de 2022). *Universidad Nacional de Rosario*. Obtenido de <https://unr.edu.ar/estatuto/>

Villareal, S. (2021). Salud pública y salud colectiva. Su implicancia en Fonoaudiología Social y Comunitaria. En C. e. Ithurralde, Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria. Un enfoque en construcción (pág. 152). Rosario: Laborde Libros.

Villarreal, S. (1996). Estudio descriptivo sobre la atención fonoaudiológica en centros de salud de la ciudad de Rosario, enmarcados dentro de Atención Primaria de Salud, durante 1993 (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

### **Datos de los/as autores/as**

**Julia Bertone** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente Universitaria para la Educación Secundaria y Superior (UAI) y Maestranda en Salud Pública (Instituto Juan Lazarte CEI, UNR). Docente de la materia Introducción a la Salud Pública (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Docente de materia electiva (Escuela de Medicina FCM, UNR). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Co-Directora de curso de posgrado (FCM, UNR).

**Pablo Fernández** es Licenciado en Fonoaudiología (FCM, UNR). Maestrando en Salud Pública (CEI, UNR). Ex Subsecretario de Recursos Humanos del Ministerio de Educación. Provincia de Santa Fe (2013-2019). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de

proyectos de investigación y extensión universitaria. Miembro del consejo académico consultor de IUFAR (Instituto de fonoaudiología aplicada de Rosario) FCM. UNR.

**Natalia Cuatrocasas** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente de la materia Audiología 1 (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Referente provincial del programa nacional de detección y atención de la hipoacusia dependiente de la Dirección de niñez y adolescencia. Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe. Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Miembro del consejo académico consultor de IUFAR (Instituto de fonoaudiología aplicada de Rosario) FCM. UNR. En el ejercicio de la profesión, se desempeña en el Hospital de Niños Zona Norte de la Ciudad de Rosario.

**Micaela Fagioli** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Psicóloga Social (Escuela Rosarina de Psicología Social). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). En el ejercicio de la profesión, se desempeña en centros de salud de atención primaria de la Municipalidad de Rosario.

# Pensando nuestra práctica colectivamente: la interdisciplina

**Yamile Díaz**

El presente capítulo intenta ser un aporte que ayude a la comprensión de las implicancias del abordaje interdisciplinario en el segundo nivel de atención.

Cuando hablamos de prácticas en salud, es importante mencionar que las mismas descansan sobre la concepción particular que se tenga de ella. Las definiciones de salud han ido cambiando a través de la historia: en la antigüedad era considerada como un estado original del hombre y meta de perfección a alcanzar, mientras que la enfermedad se consideraba como un desvío de esa meta; aquí se puede observar una tradición fuertemente arraigada en la medicina, el tener como objetivo la recuperación de un estado anterior, la curación como meta. En 1946, la OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta definición vino a reemplazar la antigua dialéctica establecida por un modelo biocista que consideraba a la salud como ausencia de enfermedad.

En la concepción actual de salud, se relaciona lo biológico, lo socio-ambiental y lo psicológico. El sujeto es un ser social, en relación continua con su medio en el que se presentan determinados factores que inciden en su persona. Uribe (1987), en su texto “Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad”, hace referencia a que el reconocimiento de la participación de factores ambientales y condicionantes en la explicación de la enfermedad, ha abierto las puertas a discursos ecológicos y sociológicos.

Las mencionadas formas de conceptualizar la salud sustentan los distintos modelos de prácticas en salud. Desde una perspectiva antropológica, según Menéndez (2003), cuando hablamos de mo-

delos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas donde se observa una incapacidad explicativa de los modelos conceptuales clásicos y hay una progresiva apertura hacia la aceptación de otros discursos

De cómo entendemos nuestro objeto de estudio (la salud) es cómo nos posicionamos ante nuestra práctica. Así, desde una concepción integral y procesual de la salud-enfermedad-cuidado deviene una modalidad de intervención interdisciplinaria, ya que los determinantes implicados en el proceso pertenecen al dominio de diferentes disciplinas.

La palabra “interdisciplina” se compone del prefijo *inter*, cuya etimología es de origen latino y alude a “en medio de” o “entre” y la palabra *disciplina*. Se trata de una modalidad de abordaje a partir de la relación entre distintas disciplinas y una postura epistemológica crítica al paradigma positivista de la ciencia. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos (Stolkiner, 2005).

La interdisciplinarietà es un posicionamiento que surge a partir de la presentación de situaciones- problemas cada vez más complejos que requieren de una estrategia integral que respete al sujeto desde un punto de vista holístico. Los objetos de estudio complejos requieren de la colaboración de las más diversas disciplinas para su comprensión y explicación científica.

Al tener en cuenta la mencionada complejidad, debido a que

muchas veces las fronteras son difusas y en ocasiones superpuestas, se parte de la realidad misma y su interpretación y no de las disciplinas. Así, el trabajo interdisciplinario permite individualizar aspectos comunes y rescatar e integrar aspectos propios de cada disciplina en un marco de respeto hacia el saber del otro y al mismo tiempo, un espacio de producción común.

Lo anteriormente mencionado y la práctica fonoaudiológica nos obligan básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de nuestra disciplina para dar respuesta a la problemática del paciente y su familia, considerados una unidad donde conviven y se funden múltiples factores que necesariamente deben ser tratados por disciplinas diferentes.

La primera tarea de construcción inter-saberes que desafía el trabajo interdisciplinario es la formulación del programa a desarrollar y sus objetivos, lo que implica un marco referencial común. Es fundamental mantener la identidad y especificidad disciplinaria, lo que requiere que quienes la practican sean expertos en su materia, para así poder realizar enlaces y relaciones.

El trabajo interdisciplinario es necesariamente grupal, incluye el imaginario social, grupal e institucional. El principio de la articulación interdisciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios (Gozzer, 1984). Esta actividad se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, lo que es muy importante, ya que la integración no se realiza solamente a nivel de las disciplinas, sino también a través de los miembros del equipo, a mayor solidez de los lazos entre los integrantes del equipo más enriquecedora y efectiva es la experiencia.

Todo esto supone concebir cualquier problemática como un sistema cuyos elementos están interdefinidos y para su estudio requiere de la coordinación de enfoques disciplinarios que deben ser integrados bajo una mirada común (García, 2006). Requiere

horizontalidad (se desarman jerarquías), flexibilidad (la acción va en distintas direcciones y en función del contexto los actores van adecuándose, sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo) apertura, (en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, para proponer resoluciones frente a la complejidad), y complementariedad (todos aportan para alcanzar los objetivos comunes).

En el trabajo interdisciplinario es clave la comunicación y requiere que los miembros del equipo acepten una organización horizontal, como se mencionó anteriormente, lo que implica un desafío a la estructura piramidal, vertical y propone una alternativa a la fragmentación y desarticulación de los abordajes. Se basa en el respeto por el saber del otro, que permite valorar otras miradas y no invadir territorios.

Es importante la existencia de un espacio físico de encuentro e intercambio y el respeto del tiempo destinado a tal fin (reuniones de equipo). Así, en cada encuentro vamos incorporando a los otros en nuestras representaciones internas y a la vez nos vemos reflejados en ellos y llega un momento que en vez de sentirnos orgullosos por el quehacer individual, nos sentimos orgullosos por pertenecer a un equipo porque juntos hacemos algo que ninguno podría hacer solo.

También requiere:

- Trabajo en equipo: es decir formación de actitudes cooperativas en el grupo.

- Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplina. Es común observar en nuestro medio prácticas multidisciplinarias acompañadas de una concepción ambigua que utiliza como conceptos intercambiables las nociones de multidiscipliplina e interdisciplina. El enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, en el cual cada



disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas.

- Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión de equipo.

- Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados.

Con los mencionados requisitos básicos asegurados nos ubicamos en el nivel máximo, desde el punto de vista estructural, de las relaciones interdisciplinarias, que es la integración sistémica.

En este nivel de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. El sistema funciona si cada disciplina desempeña su función individualmente pero no independientemente.

Esta integración sistémica nos lleva a la orientación transdisciplinaria. En términos de Piaget (1982), la transdisciplinariedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común.

Enmarcar nuestra práctica desde un marco de abordaje interdisciplinario es altamente beneficioso para el paciente, ya que hay una modalidad de trabajo acordada y conocida por todo el equipo, lo que hace que la asistencia sea coherente más allá de que la brinden distintos profesionales, los pacientes y sus familias tienen referentes precisos, así se crean lazos de afectos y continuidad en el abordaje. La existencia de espacios de comunicación permite que la historia sea conocida por todos. Lo anteriormente mencionado permite que las decisiones consensuadas se transmitan a la familia como un mensaje único.

También se evidencian beneficios para los profesionales, ya que los intercambios disciplinares permiten el enriquecimiento mutuo

y transformación, aprendiendo de los otros, no solo de sus saberes sino también de la experiencia de tiempo en su trabajo, promueve la producción común y la cohesión de grupo, estimula la solidaridad lo que favorece la valoración de la tarea de los otros.

Para concluir, podemos decir (aunque implique resaltar lo obvio, como dice Alicia Stolkiner) que para poder lograr un trabajo interdisciplinario y “anudar” distintas disciplinas, es necesario conformar un grupo, que es mucho más que un conjunto de personas, es una estructuración de intercambios, anudamientos y desanudamientos (Stolkiner, 2005), dentro del cual el mayor desafío es el aceptar que el saber de nuestra disciplina por sí solo no puede dar respuesta a la situación problema que estamos abordando. Por lo tanto, en el encuentro con el otro es necesario un primer momento de entramado, de puesta en común de valoración de las propias limitaciones. Ello requiere humildad, respeto, solidaridad, empatía, escucha atenta y sin prejuicios para reconocer nuestra incompletud y allí reconocer al otro en su subjetividad y su discurso, en pos de la construcción conjunta.

Por último, es necesario mencionar que la importancia del enfoque interdisciplinario en la práctica fonoaudiológica permite abordar integralmente la problemática del paciente y su familia, desde todas sus variables y determinaciones, articulando saberes de distintas disciplinas pero incorporando e integrando también saberes no disciplinarios, escuchando compasivamente la preocupación de las familias e incluyendo su perspectiva en la ejecución del plan de tratamiento (lo que asegura la continuidad y adherencia al mismo) y no olvidarnos de que, como dice Carl Jung (1875-1961), “...conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.

## Referencias bibliográficas

- Elichiry Nora (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial (cap 9) Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias.
- García Rolando (2006): Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Barcelona: Gedisa.
- Gozzer, Giovanni (1984): Un concepto mal definido: la interdisciplinariedad, en Perspectivas, vol. XII Nro. 3. Barcelona.
- Menéndez, E (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Saude Coletiva, Vol. 8, Num 1. Rio de Janeiro. Brasil
- Menéndez, E (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención primaria. II Jornadas de APS. Buenos Aires.
- Stolkiner Alicia (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas- Misiones- Argentina.
- Vasco Uribe, A. (1987): Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia. Julio de 1987
- Laurell A, C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos médicos sociales. Rosario.

## **Datos de la autora**

**Yamile N Diaz** es Lic. en Fonoaudiología - UNR. Profesora de Educación Especial en Discapacitados Intelectuales. Diplomada en Gestión de Salud. Posgrado en “Neuropsicología del Desarrollo”. Integrante del servicio Interdisciplinario “El Ángel”, que desde el año 2004 desde una modalidad de abordaje interdisciplinaria se especializa en la evaluación, diagnóstico y tratamientos de patologías del Neurodesarrollo, en el Hospital de Niños Zona Norte de la ciudad de Rosario.

## Fonoaudiología en el tercer nivel de atención

**Melina Fernández**

El Tercer Nivel de Atención está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representan el último nivel de referencia de la Red de Cuidados en Salud.

Sus funciones principales dan respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios, ya sea en internación o ambulatorio en contextos diagnósticos y terapéuticos. Estos efectores consolidan mecanismos efectivos de articulación en procesos asistenciales garantizando el acceso a la atención en salud.

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez es referente en Trauma y Emergencia, Clínica – Quirúrgica de la ciudad y la región. Brinda atención a pacientes desde los 13 años. Ocupa el Tercer Nivel de Complejidad dentro de la Red de Salud Pública Municipal y Provincial. Está ordenado funcionalmente en la modalidad de internación por Cuidados Progresivos, brindando una atención integral e interdisciplinaria al paciente y su familia. Recibiendo usuarios que requieren atención por su complejidad, derivados de hospitales de segundo nivel y centros de salud (Primer Nivel). La descentralización es un eje de gestión de la Secretaría de Salud Pública. Ante la externación, continua el proceso de atención en el efector pertinente correspondiente a la Red de la Salud (consultorios externos, CEMAR, internación domiciliaria, centros de salud).

En este contexto, Fonoaudiología supone prácticas supervisadas, continuas, programadas, organizadas y enmarcadas en un Modelo de Atención por Cuidados Progresivos, coordinadas con los diferentes servicios y disciplinas que intervienen en el cuidado del pa-

ciente según la gravedad de la patología, y complejidades respecto de los requerimientos propios de cuidado.

El abordaje del paciente puede realizarse en cualquier espacio físico del propio efector, por Sistema de Cuidados Progresivos, dependiendo de la severidad del cuadro clínico y necesidades de cuidado: Unidades de Cuidados Críticos Intensivos, Cuidados Coronarios, Unidad de Quemados, Área de Cuidados Intermedios Altos (Moderados) o Cuidados Intermedios Bajos (mínimos).

Diferentes especialidades solicitan interconsultas para evaluación y tratamiento fonoaudiológico durante el proceso de atención: Clínica Médica, Neurología Clínica, Neurocirugía, Cardiología, Cirugía Torácica, Intensivismo, Neumonología, Kinesiología, Fisiatría y Nutrición.

Entidades como ACV reciente, trauma cráneo encefálico (TEC) e intoxicaciones medicamentosas pueden ser las causantes de injuria cerebral interpretadas como depresión del sensorio que requieren de intubación endotraqueal y vinculación a ventilación mecánica de forma inmediata; en muchos casos con acceso dificultoso de la vía aérea. En la Unidad de Cuidados Críticos, la caracterización de las vías aéreas artificiales es fundamental al momento de coordinar y evaluar actividades interdisciplinarias.

La traqueotomía se considera necesaria tras una intubación oro-traqueal mayor a diez días de requerimientos de VM; precoz, en situaciones de injurias traumáticas severas, en contexto de extubaciones frustas o fallidas, o cuando se prevé un destete dificultoso.

La realización de una traqueotomía tras 7-10 días de una asistencia ventilatoria mecánica se asocia con una potencial reducción de la duración de la ventilación y de los días de estadía en Terapia Intensiva, especialmente en pacientes con debilidad muscular generalizada severa o moderada (DAUCI - Debilidad Adquirida en UTI), fallo en la desvinculación o destete, reserva respiratoria limitada o situa-

ciones de aumento de la resistencia de la vía aérea.

Las intervenciones del profesional fonoaudiólogo durante el proceso de descomplejización de la vía aérea artificial hacia la refuncionalización de la vía aérea fisiológica son fundamentales.

La valoración fono-deglutoria es imprescindible para progresar desde una cánula de traqueotomía con balón a una sin balón y al consiguiente uso de la válvula fonatoria, como así también la posibilidad de seleccionar diferentes tipos de cánulas especiales (fenestradas, con puerto subglótico, endocánulas intercambiables, tipo Montgomery, entre otras), hasta lograr la decanulación oportuna. Cabe destacar que la traqueotomía impide el flujo aéreo a través de la glotis, lo que disminuye la sensibilidad glótica e impide el aumento de la presión subglótica durante la deglución. En este sentido, con el objetivo de contrarrestar dicho efecto deletéreo, puede aplicarse estímulo aéreo subglótico.

Las patologías más frecuentes que requieren intervención fonoaudiológica son disfagias y alteraciones del lenguaje, originadas por traumatismos de cráneo, ACV, enfermedades desmielinizantes agudas, lesión de pares craneales bajos y tumores, entre otras.

Sin embargo, existen complicaciones o lesiones asociadas a diferentes diagnósticos principales que suscitan de nuestra evaluación y tratamiento en un tercer nivel: pansinusitis y hemosenos en contexto de traumatismos maxilofaciales; erosiones o estenosis traqueales asociadas a intubaciones prolongadas, extubaciones fallidas o insuflaciones excesivas del balón; lesiones del nervio recurrente y fístulas traqueoesofágicas en traumatismos torácicos.

Respecto de las alteraciones del lenguaje, se aportan facilitadores de la comunicación con el paciente y su familia, realizando estimulación multisensorial hasta el diagnóstico definitivo de afasia. En pacientes traqueotomizados, puede estimularse precozmente, la fonación por fuga (tanto con equipos de ventilación mecánica de

tercera generación como en portátiles/domiciliarios) para facilitar la comunicación y favorecer el sistema respiratorio.

La disfagia es uno de los trastornos más importantes y el único que pone en riesgo la vida del paciente que requiere intervención fonoaudiológica temprana, debido a la serie de complicaciones que pueden derivarse como son la neumopatía por broncoaspiración de contenido orofaríngeo (saliva, secreciones, alimentos), desnutrición, deshidratación, ineficacia medicamentosa y hasta la muerte por asfixia. La evidencia indica que la evaluación de la deglución realizada por profesionales con entrenamiento, antes de iniciar la ingesta por vía oral, reduce el riesgo de que se produzcan las complicaciones ya mencionadas.

Para la evaluación de disfagia se realiza una exploración física, en donde se inspecciona la cavidad oral, registrando alteraciones o ausencia en la dentición, encías, mucosa oral y salivación. Se inspecciona y palpa la elevación laríngea al tragar, cierre de labios, presencia de residuos orales y en distintas estructuras de la boca, formación del bolo alimenticio, presencia de residuos en faringe, que el paciente refiere como sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta. También se consigna la necesidad o no de tragar varias veces consecutivas, por imposibilidad de tragar el bolo alimenticio de una sola vez. Se registran antecedentes de neumonías y pérdida de peso.

Se evalúan signos de disminución de la seguridad de la deglución como aspiraciones, que se pueden observar como tos, cambios de voz o carraspeo y aspiraciones silentes, que se manifiestan con disminución de la saturación de oxígeno.

La función oral motora y sensitiva se evalúa en los pares V, VII, IX, X, XII, a través de los movimientos de labios, cara, lengua, mandíbula y paladar. Se valora la masa muscular, fuerza, simetría y velocidad.

En pacientes traqueotomizados, para evaluar la deglución es ne-



cesario desinflar el balón y ocluir el extremo de la cánula, para reestablecer un sistema respiratorio cerrado.

Siempre se debe tener en cuenta el estado de conciencia del paciente al evaluarlo, el control postural cefálico y del tronco.

Cuando se lo considera necesario y dependiendo del estado general del paciente, se sugiere la realización de métodos complementarios objetivos para confirmar o ampliar lo advertido en la clínica, y llegar al diagnóstico de disfagia. En nuestro hospital, es posible realizar videofluoroscopia de la deglución (VDF). En términos técnicos la podríamos describir como “una exploración radiológica dinámica que permite observar y diagnosticar diferentes alteraciones de la deglución”. (Baraguan Castro y García Romero, 2017).

Esta exploración radiológica consiste en la ingesta por parte del paciente de diferentes bolos de alimento, en los que varía la consistencia y el volumen, al tiempo que se registra en video todo el proceso deglutorio con el uso de una máquina de rayos conectada a un sistema de grabación. Los bolos ingeridos llevan un contraste oral (bario), que permite observar el recorrido interno del bolo. Se brindan bolos de consistencia semisólida, sólida y líquida. De esta forma podemos saber si cierto tipo de bolos son seguros para el individuo o no. Si se evidencia pasaje de sustancia de contraste a vía respiratoria se suspende el estudio.

Cuando un paciente padece disfagia, puede darse el caso de que en una primera valoración no aparezcan síntomas claros. Uno de estos casos son las aspiraciones silentes, que son aquellas penetraciones de bolo sólido o líquido en la laringe, llegando incluso a los pulmones, sin que los mecanismos de defensa del paciente se activen, es decir, que no aparezca la tos y que el paciente no refiera molestia. Esta situación puede darse ante una reducción de la sensibilidad y activación de reflejos grave y puede dar lugar a neumonías o atragantamientos, poniendo en peligro la vida del paciente.

El problema de las aspiraciones silentes es que en un primer momento son muy difíciles de detectar. El uso de pulsioxímetros permite su detección en algunas ocasiones, pero pequeñas filtraciones que no reducen las lecturas de oxígeno del pulsioxímetro son detectables únicamente mediante la VDF. Es por esto y por la información de la movilidad de las estructuras que proporciona, que el uso de la VDF se está generalizando poco a poco dentro de los diferentes centros especializados en la rehabilitación de la disfagia, lo que permite mejorar el abordaje de esta patología.

Una vez abordado el diagnóstico de disfagia, se planifica la rehabilitación de la función deglutoria oral y la continuidad nutricional.

La rehabilitación consiste en recuperar la motilidad orofacial y mecanismos de defensa necesarios para deglutir. Se estimulan praxias orofaciales, sensibilidad intraoral y se incorporan maniobras facilitadoras de la deglución. Se debe favorecer la higiene oral en todo momento de la internación.

Para alimentar a los pacientes con disfagia, las indicaciones tienen que ver con la posibilidad o no de la ingesta de alimento por vía oral y de las texturas o consistencias oportunas. La intervención del paciente crítico resulta muy dinámica, por lo cual se deben adaptar las viscosidades, texturas y volúmenes del bolo según la evolución del tratamiento.

También es necesario participar activamente en la decisión del tipo de acceso del soporte nutricional: a través de sondas de alimentación (transitorias o permanentes). Dependiendo las necesidades del paciente, se indica la colocación de sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal para comenzar su nutrición, y se evalúa cuando es el momento oportuno de comenzar a estimular la función deglutoria por vía oral. Se sugiere la realización de gastrostomía o yeyunostomía cuando se presentan severas alteraciones deglutorias. Algunos pueden llegar a requerir nutrición parenteral.

En aquellos pacientes en donde se determine la seguridad para comenzar a estimular la vía oral, se comienza brindando alimentos de consistencia semisólida, mientras se aseguran los aportes nutricionales a través de la nutrición enteral. La dieta por vía oral debe avanzar paulatinamente hasta completar los requerimientos nutricionales y lograr suspender la nutrición enteral. Estas decisiones se toman de manera interdisciplinar.

El alta hospitalaria no siempre coincide con el alta fonoaudiológica. Por lo general, se externa con sugerencias para continuar el proceso de rehabilitación ya instalado hacia efectores de Segundo Nivel de complejidad, centros de rehabilitación integral o internación domiciliaria.

El abordaje de los pacientes en áreas de cuidados críticos requiere de un trabajo multidisciplinar e interdisciplinar, para ello es necesario conocer y manejar en profundidad conceptos y términos de cada disciplina y la relación con nuestras competencias. Por lo general, se necesitará interactuar con especialistas en Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirugía (general, plástica-reconstruktiva, de cabeza y cuello, maxilofacial y torácica), Kinesiología, Diagnóstico por Imágenes, Gastroenterología, Nutrición, Enfermería, Neurocirugía, Neurología, Fisiatría, Odontología, Salud Mental, Infectología, Neumonología y Trabajo Social, como así colegas que continúen el trabajo con el paciente luego de la externación.

En tanto, inmersos en un sistema de cuidados progresivos en el tercer nivel de atención, el abordaje transdisciplinar es tan o aún más importante que los anteriores descriptos. Los cuidadores principales, familiares, acompañantes, constituyen un pilar fundamental en la rehabilitación integral. Colaboran y aprenden simultáneamente de las indicaciones y sugerencias que proporcionan los profesionales, valorando así la conceptualización de cuidado.

Quizás sea el mayor desafío para el profesional fonoaudiólogo:

aprender a “moverse” en las unidades de cuidados intensivos, interpretar el monitoreo permanente, historias clínicas, planillas de indicaciones, hojas de enfermería, conocer y conciliar prioridades en los turnos de atención, respetar las normas de bioseguridad respecto de equipos de protección personal (EPP), como manipulación y eliminación de material contaminado y manipulación de elementos del paciente según área y entorno. Es una tarea que requiere de funciones superiores a la atención: educación continua, compromiso, empatía, respeto por la interculturalidad, representatividad y revaloración de nuestra profesión en y por los equipos.

### Referencias bibliográficas

- Alves Mota L., Barbosa de Cavalho G., Almeida Brito V., Laryngeal complications by orotracheal intubation. July 22, 2010.
- Alvo A., Olavarría C., Decanulación y Evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos no – neurocríticos. Servicio de ORL, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. Enero, 2013.
- Baranguan Castro, ML; García Romero, R. Ros Arnal I. Utilidad de la videofluoroscopia en Pediatría. Vol 10, Nro 4, 2017.
- Cámpora H., Costilla M., Estol C., Kecskes C., Mastroberti L., Santamarina L., Weinberg M., Zurru M.C., Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Deglutorios y Nutricionales de los Pacientes con Accidente Cerebrovascular. Revista Argentina de Terapia Intensiva. Volumen 35. Año 2018.
- Clavé P., Arreola A. Método de la exploración Clínica Volumen – Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea. Novartis Medical Nutrition, editor. 2006.
- Clavé P., Terre R., Serra M. Approaching oropharyngeal dys-

phagia. Rev. Esp. Enferm. Dic. 2004.

Gallegos C., Bruto de La Fuente E., Clavé P., Costa A., Nutritional Aspects of Dysphagia Management. Advances in Food and Nutrition Research. Vol 81. 2016.

Lacombe P., Rol de Fonoaudiología en Emergencia y Trauma. Revista de Difusión Científica del Hospital de Urgencias de Córdoba. Nov. 2011

Martinez Tellez E.; Orus Dotu C.; Trujillo Reyes J.C., Traqueotomía en Pacientes Covid 19: un procedimiento necesario de alto riesgo. Hospital de la Santa Creu i Pau, Barcelona, España. Octubre 2020.

Matsuo K., Palmer J.B., Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2008; 19:691 – 707

[Santafe.gov.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4](http://Santafe.gov.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4)

[Fundacionheca.org.ar/hospital/quienes-somos/](http://Fundacionheca.org.ar/hospital/quienes-somos/)

## Datos de la autora

**Melina Perla Fernández** es Licenciada en Fonoaudiología, UNR. Integrante del Servicio de Kinesiología y Rehabilitación del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Ciudad de Rosario. Integrante de la Unidad de Disfagia del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Ciudad de Rosario. Interconsultora en Disfagia con los efectores dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Videofluoroscopia para diagnóstico, tratamiento y seguimiento en Adultos. Red de Salud Municipalidad de Rosario.



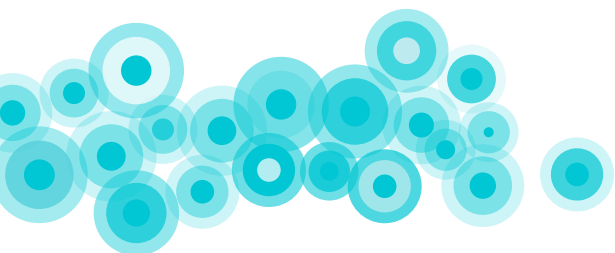


## **Parte IV**

**Fonoaudiología: gestión pública,  
educación, formación académica  
y extensión universitaria**

**"Una Universidad socialmente responsable como: aquella que desarrolla una capacidad de gestión ética, que permite la reconfiguración permanente de sus esfuerzos docentes, de investigación y de extensión [...] se tranforma y provoca el cambio para atender las necesidades, tanto de la comunidad universitaria como de la sociedad."**

***Torres Pernalete, Mariela y Trápaga Ortega, Miriam***





# Ley n°27.568 de ejercicio profesional de la fonoaudiología: construcción, conquistas y desafíos.

## Inés Olloquiegui de Machao

El año 2020 fue un año bisiesto comenzado un día miércoles que siempre se recordará por la trágica y globalizada irrupción del COVID-19 atravesando la vida de todos los habitantes del planeta.

Mientras que para el horóscopo chino fue el Año de la Rata, para la ONU el Año de la Sanidad Vegetal, para la OMS el Año de la Enfermería y para el Ministerio de Cultura el Año del Gral. Manuel Belgrano, para muchos, entre los que me incluyo, puede ser considerado el AÑO DE LA FONOAUDIOLOGÍA ARGENTINA porque se dieron dos conquistas trascendentales en el camino del reconocimiento y la jerarquización de la profesión: en primer lugar, el Ministerio de Educación oficializó el ingreso de la Carrera de Fonoaudiología al artículo 43 de la Ley de Educación Superior. res. n°161/2020 (16/04/2020) y coronando el año se logró la tan ansiada ley de ejercicio profesional de la fonoaudiología: ley 27.568 sancionada en la sesión de Diputados del 07/10/2020.

Ambos sucesos – especialmente la Ley- fueron entusiastamente apoyados y festejados por el colectivo fonoaudiológico, desde los más variados rincones del país, a través de las redes sociales.

Pero paradójicamente, al poco tiempo y con la misma vehemencia, se escucharon quejas o reclamos porque los supuestos beneficios para la profesión no se reflejan en el quehacer cotidiano del ejercicio profesional y no han solucionado sus históricas situaciones conflictivas: ejercicio de la profesión sin titulación universitaria, intrusismo, falta de delimitación de incumbencias, necesidad de derivación y diagnóstico médico previo a todas nuestras prácticas,

egreso de profesionales sin el título de grado de Licenciatura, etc. En el caso específico de la Ley pienso que las entidades la anunciamos con bombos y platillos, pero no supimos transmitir con claridad sus alcances e implicancias a corto, mediano y largo plazo. Tal vez por esto los profesionales, que no estaban en el tema, en la urgencia del día a día solo miraron algunos aspectos de la ley y dieron por sentada la inmediata vigencia en todo el país de lo que entendieron como sus necesarias y beneficiosas derivaciones.

Este artículo busca clarificar los alcances y beneficios de la Ley N°27.568 comenzando por explicar su construcción, esbozando sus conquistas y planteando los desafíos para el futuro.

### **La construcción**

Hay que resaltar que todas las conquistas y los hitos trascendentales de nuestra profesión, solo fueron posibles como fruto de las gestiones y esfuerzos de los propios profesionales de la fonoaudiología. En especial de algunos que conforman una rara subespecie, que parece escasa aunque no en vías de extinción y se distribuye por todo el territorio nacional; son esos profesionales que además de ejercer la fonoaudiología, dedican parte de su tiempo y energía para abocarse, en muchos casos en forma desinteresada y ad honorem, a trabajar en las distintas Instituciones Académicas, Científicas y Gremiales, nacionales, jurisdiccionales y provinciales, responsabilizándose de gestiones para elevar el reconocimiento y cimentar el marco regulatorio del ejercicio profesional. Uno, entre tantos ejemplos, son los profesionales que históricamente han conformado y conforman FACAF - Federación Argentina de Colegios y Asociaciones De Fonoaudiólogos.

FACAF es una Asociación Civil fundada el 1º de noviembre de 1994 que nuclea entidades de distintas jurisdicciones de todo el país y que en la actualidad (febrero 2022) está conformada por:

ASALFA Asoc. Arg. de Logopedia, Foniatría y Audiología (entidad propulsora de la creación de FACAF), AFONCOR (Corrientes), AFOCHA (Chaco), COFSE (Santiago del Estero), COFER (Entre Ríos), CFC Colegio de Córdoba, CFSJ (San Juan), CFS (Salta), CFRC (Rio Cuarto Córdoba), COFOMI (Misiones), CoFoLaR (La Rioja), CODEFO (San Luis), ASOLOFAL (Rosario) y ColFoCa (Catamarca); todas entidades llevadas adelante por los asociados o matriculados que conforman sus comisiones directivas.

*La ley 27.568 de ejercicio profesional de la Fonoaudiología* fue propulsada por FACAF junto a otras 2 entidades: ASALFA y AFOCABA (Asociación de Fonoaudiólogos de la Ciudad de Buenos Aires). No es posible nombrar aquí a los auténticos artífices de la ley que son las personas que integran las comisiones de estas tres entidades para evitar injustos olvidos, aunque estos desinteresados dirigentes merecerían un justo reconocimiento.

La construcción de la Ley registra algunos hitos importantes:

- 2016: ASALFA, FACAF, AFOCABA y la UBA consultando al Ministerio de Salud de la Nación trabajaron intensamente el primer proyecto de ley de ejercicio profesional de la fonoaudiología que presentó la Diputada Gabriela Albornoz en la Cámara de Diputados Exp. 8070-D-2016. El proyecto no generó controversias ni dificultades, pero no superó el ámbito de la Comisión de Salud y perdió estado parlamentario el 10 de diciembre del 2017.

- 2018: Sin doblegarse ante la adversidad FACAF - con gestiones especiales de las delegadas por ASALFA- junto a AFOCABA insistieron con un nuevo proyecto que patrocinó en SENADORES el legislador por Jujuy y presidente de la Comisión de Salud: Dr. Mario Raymundo Fiad. Ref. legislativa S486/18 FIAD: - *proyecto de ley sobre ejercicio profesional de la fonoaudiología*.

En forma paralela, también en representación de FACAF el Co-

legio de Córdoba realizó gestiones ante la diputada Ma. Soledad Carrizo, que ingresó un proyecto similar en diputados: - *ejercicio profesional de la fonoaudiología. Regimen-*, ref. leg. 3438-D-2018.

El proyecto de Senadores fue el que prosperó en su trámite parlamentario y durante el año se analizó y trató en el seno de la *comisión de salud y en las Comisiones de justicia y asuntos penales y de legislación general con trámite favorable*.

- 7 de noviembre de 2018: En el Salón Frondizi del Edificio Alfredo Palacios *se debatió y aprobó* en comisiones el *proyecto de ley 486/18 ejercicio profesional de la fonoaudiología*.

- 17 de Julio 2019: Se obtiene la *media sanción de senadores*. Redoblando esfuerzos con los legisladores de sus jurisdicciones, las entidades consiguieron que el proyecto se incluyera y aprobara en el orden del día de la Sesión Plenaria del Senado.

- Agosto 2019: El proyecto ingresó a la Comisión de Acción Social y Salud Pública de Diputados presidida por el diputado por Tucumán Dr. Pablo Raúl Yedlin, pero no fue tratada porque la campaña electoral y otros proyectos políticos insumieron la atención de los legisladores.

- Marzo 2020: el año inició con las vicisitudes de la pandemia de COVID-19 y un panorama muy desalentador: si no se conseguía que el proyecto fuera aprobado antes del 10 de diciembre todos los esfuerzos de los tres últimos años se desperdiciarían con la pérdida de estado parlamentario del proyecto y se volvería a fojas 0. ¡Era muy difícil lograrlo, pero no ganó el desánimo! Desde todas las entidades involucradas se hicieron gestiones y entrevistas virtuales con asesores y diputados de la Comisión de Acción Social y Salud Pública presidida por el Dr. Yedlin, y luego con la Comisión de Legislación General presidida por la diputada Cecilia Moreau, consiguiendo finalmente la aprobación de ambas comisiones.

- 24 de septiembre 2020: Todos esperábamos la aprobación de

nuestra ley incluida en el orden del día de la sesión en recinto, pero nuevamente sufrimos una gran desilusión por la suspensión de su tratamiento en una bochornosa y escandalosa jornada parlamentaria.

• 7 de octubre del 2020: ¡Finalmente se hizo realidad la *ley 27.568 de ejercicio profesional de la fonoaudiología!*. En esta histórica sesión además de la aprobación unánime, asistimos orgullosos a las exposiciones de apoyo de 9 diputados de distintas jurisdicciones y bloques que manifestaron el reconocimiento cálido y respetuoso a la gran labor de todos los colegas que significan y dignifican la profesión en todo el país.

• 26 de octubre del 2020: La Ley es promulgada por el Poder Ejecutivo. Decreto 825/2020 CABA.

• 27 de octubre del 2020: Se publica en el Boletín Oficial.

A febrero del 2022 solo resta que el Ministerio de Salud culmine su reglamentación, proceso en el que FACAF, ASALFA y AFOCABA están participando realizando gestiones y haciendo propuestas.

La construcción de la Ley demandó un planeamiento estratégico y perseverante de las tres entidades propulsoras, muchas gestiones para generar consensos, simpatías y apoyo, así como alguna acción enérgica cuando la situación lo requería. ¡El camino no fue fácil! Para la contribución de FACAF el acompañamiento mutuo que nos prodigábamos entre los colegas dirigentes de las catorce entidades miembro alivianó la tarea permitiendo alcanzar el objetivo.

### **Las conquistas:**

Cuando hablamos de conquistas de la Ley no nos referimos al sentido estricto de *ganar un territorio o posición mediante operación de guerra*, aunque esto parece el deseo y reclamo de algunos profesionales, sino a *ganar, conseguir algo, generalmente con esfuerzo, habilidad o venciendo algunas dificultades*. Apuntamos a la conquista

de una nueva posición y para entender esto hay que tomar cabal conciencia de la posición en la que estábamos antes de que se sancionara la Ley.

En primer lugar, NO TENÍAMOS Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología.

Con la Ley 27.568 pudimos conquistar *un marco general regulatorio* que establece las bases y determina *el alcance y naturaleza de la participación de los Profesionales de la Fonoaudiología en la sociedad*. En otras palabras, la ley establece *qué es un profesional fonoaudiólogo en la república argentina*, y lo proclama para los profesionales de la Fonoaudiología, para el resto de los profesionales de Salud, para la ciudadanía argentina y para el resto del mundo. Esto indudablemente es *“Conquistar una posición”*.

Los Estados modernos ejercitan la responsabilidad de verificar las capacidades técnicas y el ejercicio ético de las profesiones a través de marcos regulatorios, y en Argentina, tal como sucede en los países desarrollados, *una profesión no adquiere su estatus como tal hasta que el Estado lo formaliza a través de su legislación*. Curiosamente no teníamos conciencia colectiva de carecer de una Ley, mucho menos de necesitarla, aunque otras profesiones de la salud ya habían cimentado hace tiempo su estatus jurídico profesional gestionando y propiciando leyes que contemplan las particularidades de sus disciplinas. Es el caso de los Psicólogos (Ley 23277-1985), los Trabajadores Sociales (Ley 23377-1987), los Licenciados en Nutrición (Ley 24301-1994), la Kinesiología y Fisioterapia (Ley 24317-1994), los Terapistas Ocupacionales (Ley 27051-2014) y la Musicoterapia (Ley 27153-2015).

En nuestro caso no es que hubiera un vacío legal, sino que hasta ese momento a nivel nacional estábamos alcanzados por la Ley 17.132 de la Medicina, Odontología y actividad de colaboración de las mismas (1967) que nos mantenía en un lugar inadmisibles de

*“auxiliares o colaboradores” diametralmente alejado de la realidad del ejercicio profesional y del reconocimiento social arraigado. Esta ley: 1) habilitaba únicamente para “la medición de los niveles de audición” y la “Enseñanza de ejercicios de reeducación o rehabilitación de la voz, el habla y el lenguaje a cumplirse por el paciente” 2) regulaba con la misma jerarquía al profesional universitario que “al Reeducador Fonético; Técnico en Fonoaudiología; Auxiliar de Fonoaudiología o similares”, 3) indicaba que los fonoaudiólogos “podrían actuar únicamente por indicación y bajo control médico, dentro de los límites de su autorización.” 4) no contemplaba el ejercicio en el propio consultorio “podrán actuar exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico habilitado”. 5) Tampoco habilitaba para brindar servicios directos a los pacientes: “Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a profesionales.”*

Indudablemente quedaban fuera del marco jurídico la gran mayoría de las prestaciones y prácticas de complejidad creciente, así como las variadas modalidades de atención que se han ido incorporando en nuestro ejercicio profesional cotidiano. Entonces: ¿Podríamos decir que llevar adelante estas prácticas era una ilegalidad? En cierto modo sí, aunque por ventura en muchas jurisdicciones existen desde hace muchos años regulaciones jurídicas adecuadas con leyes provinciales de ejercicio profesional y/o de colegiación. Además, estas prácticas están en general respaldadas por los “alcances del título” que indican las actividades, para las que resulta competente un profesional en función del perfil del título y constituyen el marco desde el cual se establecen las incumbencias. Por eso es altamente deseable que se vaya afianzando lo que establece el art. 43 de la ley en cuanto al control sobre los planes de estudio de las universidades, los contenidos curriculares básicos, los criterios de intensidad de la formación práctica y el establecimiento de las

actividades profesionales reservadas exclusivamente para la Fonoaudiología, ya que las currículas universitarias vigentes son bastante dispares y no siempre consignan explícitamente todas las áreas y prácticas en ejercicio.

### **¿Cuáles son las conquistas de la ley?**

Muchos puntos de la ley son una conquista, aunque en algunas jurisdicciones que tienen muy buenas leyes de ejercicio profesional estos logros fueron ya alcanzados desde hace mucho tiempo. El texto de la ley es claro enumerando cada una de ellas, por lo que no debe dársele una interpretación personal a lo que está establecido en su letra y espíritu.

### **Hay algunas conquistas para resaltar:**

- Amplía el alcance de nuestras prácticas adecuando las mismas a la realidad: *“Art 2°- promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana”*
- Especifica y realiza un reconocimiento inédito de campos de actuación históricamente desarrolladas por los profesionales como son el área Vestibular y la Fonoestomatología.
- Establece que el ejercicio profesional de la fonoaudiología queda reservado exclusivamente a aquellas personas que posean Título de Grado Universitario.
- Amplía el abanico de modalidades de ejercicio habilitando para ejercer en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma autónoma o dependiente, en instituciones privadas o públicas.
- Reconoce la potestad para ejercer jefaturas de servicios
- Sienta las bases para el reconocimiento de Especialidades por



parte del Ministerio de Salud.

### **¿Por qué estas conquistas no se efectivizan de inmediato?**

Por varias causas que trataré de enumerar, despejando la ilusión de que la Ley brindaría soluciones inmediatas:

1) Porque el Ministerio de Salud no ha finalizado la reglamentación. Por ello sus disposiciones están aún sujetas a matizaciones o precisiones que puedan derivar de la reglamentación. Así mismo, aunque esta especificará cómo debe implementarse, no garantizará la implementación de la ley.

2) Porque una ley no subvierte de un día para otro el orden anterior y se mantiene “*el principio de irretroactividad*”, esto significa que las leyes regulan para el futuro, sobre los hechos y actos que se produzcan a partir de su vigencia, pero no vulneran los derechos adquiridos bajo las leyes anteriores salvo que la ley lo enuncie expresamente. Establecer cuál es la ley que debe regir un determinado asunto, cuando un hecho se origina bajo la ley antigua pero sus efectos o consecuencias se producen bajo la nueva ley, va a ir generando la necesidad de creación de mecanismos de resolución de distintas situaciones, en especial porque toda la ley se refiere al ejercicio de la fonoaudiología por parte de Profesionales con Título de Grado Universitario, mientras que nuestro colectivo profesional en actividad en las distintas jurisdicciones es muy heterogéneo en su formación y titulación.

3) Y la razón más importante: porque en Argentina las leyes nacionales de ejercicio profesional de las profesiones de Salud solo son un marco general regulatorio del ámbito nacional pero no rigen efectivamente en ninguna jurisdicción, ni siquiera en CABA. Esto es así porque en nuestro país, la regulación del ejercicio profesional en salud es potestad de las diferentes provincias. En otras palabras,

la Ley debe ser adherida Total o Parcialmente por una jurisdicción para que los profesionales que se desempeñan allí sean alcanzados por ella.

El proceso de adecuar la realidad de cada provincia para poder adherir a la ley llevará su tiempo y mucho más compatibilizar la situación del colectivo fonoaudiológico de todo el país que es muy variada y heterogénea porque mientras que hay provincias que ya tienen regulado el ejercicio profesional de la Fonoaudiología e incluso delegado en los Colegios de Ley la facultad de matrícula y controlar el ejercicio profesional, otras se mantienen adheridas a la ley 17.132 de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración admitiendo que el ejercicio profesional prácticamente se autorregule con mayor o menor eficacia por usos y costumbres locales. Así mismo, mientras que algunas provincias hace décadas que solo consienten el ejercicio fonoaudiológico a profesionales con título universitario, otras aún admiten que se ejerza con títulos terciarios.

Al día de hoy ya hay provincias que han adherido a la Ley, pero aún no han reglamentado su implementación mientras otras están evaluando las condiciones de adhesión.

Pero tenemos que entender que es el inicio de un proceso que llevará su tiempo.

### **¿Cuáles son los desafíos que nos plantea la Ley 27.568?**

El mayor desafío es probablemente que los profesionales y entidades estemos a la altura de las circunstancias, nos apropiemos de nuestra ley y la resguardemos propiciando que se vaya implementando en todas las jurisdicciones. Que la respetemos y la hagamos respetar con convicción y firmeza, sin exigir drásticas medidas o sanciones para los profesionales, entidades o jurisdicciones que estén en proceso de adecuación a sus normas. Que no le demandemos que genere cambios si no que la utilicemos individual y colectivamente

como herramienta de cambio, que la concibamos como una herramienta para facilitar, dinamizar y enmarcar reglamentariamente distintas problemáticas de nuestro quehacer:

- Afirmando a la Fonoaudiología en su estado actual de desarrollo en cuanto a su formación universitaria, sus campos de intervención y sus interacciones en equipos de trabajo.

- Guiando la adecuación de las reglamentaciones vigentes para que el ejercicio profesional de la fonoaudiología se pueda armonizar en todas las jurisdicciones, dando la posibilidad a las autoridades competentes de las distintas provincias y a las asociaciones y colegios de fonoaudiólogos de realizar adhesiones totales o parciales a la ley para el ejercicio profesional de grado universitario.

- Estableciendo en todas las jurisdicciones las especialidades de la profesión, armonizando a nivel federal los criterios y reglamentaciones de reconocimiento de las mismas.

- Facilitando y dinamizando la actuación y el rol del fonoaudiólogo entre las profesiones de salud y en los equipos interdisciplinarios. Entendiendo que el respeto por los profesionales y las profesiones, con sus particularidades, especificidades y campos compartidos o complementarios y la resolución de discrepancias del ámbito profesional, solo puede hacerse dentro de un claro marco legal.

- Fortaleciendo las muchas y variadas gestiones con los organismos y autoridades nacionales, en tanto estos se rigen por marcos legales del ámbito nacional. Como es el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud que regula a las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga y determina las prestaciones de salud o las ART, la Agencia Nacional de Discapacidad, etc.

En definitiva, el desafío es que nos apropiemos de la ley conociéndola y concibiéndola como lineamientos sobre los cuales debemos llevar a cabo la labor, así como los derechos y responsabilidades de quienes ejercemos la profesión.

## Referencias bibliográficas

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Resolución 161/2020 RESOL-2020-161-APN-ME. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/228013/20200420>

Ley 27568 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 07-oct-2020 EJERCICIO PROFESIONAL DE LA FONOAUDIOLOGIA <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=343561>

Decreto 825 / 2020 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) EJERCICIO PROFESIONAL DE LA FONOAUDIOLOGIA LEY 27568 - SU PROMULGACION <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-825-2020-343562>

Ley 17132 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) ARTE DE CURAR EJERCICIO DE LA MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ACTIVIDADES DE COLABORACION 24-01-1967 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429>

La aplicación del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y el derecho transitorio por CAROLINA DELL' OREFICE, HERNÁN V. PRAT 1 de Octubre de 2015 [www.infojus.gov.ar/IdSAIJ:DACF150522](http://www.infojus.gov.ar/IdSAIJ:DACF150522) <http://www.saij.gob.ar/carolina-dell-orefice-aplicacion-nuevo-codigo-civil-comercial-nacion-derecho-transitorio-dacf150522-2015-10-01/123456789-0abcdefg2250-51fcanirtcod>

Ministerio de Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Regulación del ejercicio profesional <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/formacion/regulacion-ejercicio-profesional>

Organización Panamericana de la Salud: Mera Jorge et al. La

certificación de los profesionales médicos en la Argentina, Ministerio de Salud, Comisión Nacional Salud Investiga, 2007, pág.

### **Datos de la autora**

**Inés Elena Olloquiegui de Machao** es Fonoaudióloga UMSA Universidad del Museo Social Argentino (1980) y es Licenciada Fonoaudióloga (Complementación Curricular) Facultad de Medicina UBA (2005). Se ha desempeñado como fonoaudióloga en el ámbito público y privado en la ciudad de Gualguaychú Entre Ríos desde el año 1980. Ejerció actividades docentes en Institutos de Formación Terciaria: Profesorado de Sordos, de Nivel Inicial y de Enseñanza Especial y en Capacitación a docentes en actividad. Ocupa la Secretaría de Asuntos Gremiales y Legales del Colegio de Fonoaudiólogos de Entre Ríos CoFER desde 2010 y es delegada del CoFER ante FACAF desde el año 2011. Ejerce la Presidencia de la Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos FACAF (una de las entidades propulsora de la Ley 27.568), desde el año 2016.



# Nuevos desafíos curriculares para la Fonoaudiología argentina.

**Gabriela Barkats Von Willei**

*“La Universidad debiera insistirnos en lo antiguo y en lo ajeno. Si insiste en lo propio y lo contemporáneo, la Universidad es inútil, porque está ampliando una función que ya cumple la prensa”.*  
Jorge Luis Borges

En los últimos cincuenta años, el Sistema de Educación Superior argentino ha sufrido numerosas y visibles transformaciones. Se expandió y se diversificó, modificó su normativa, y complejizó sus formas de gobierno y de regulación. Estos cambios responden a intereses locales, y decisiones que los sucesivos gobiernos a cargo del Estado fueron tomando, así como a intereses foráneos, por parte de los organismos internacionales de crédito. Aun frente a estas presiones las universidades argentinas han sabido sostener su autonomía.

Una breve descripción de cómo está compuesto el Sistema Educativo Superior en la Argentina permitirá desentrañar lo que ocurre actualmente con la formación de los profesionales fonoaudiólogos y echar luz sobre qué significa que la Fonoaudiología haya ingresado a la nómina de profesiones incluidas en el artículo 43. Una vez comprendido el contexto se expondrán una serie de reflexiones sobre aquellos desafíos que se le presentan a las carreras de Fonoaudiología de ahora en más.

## **El Sistema Educativo Superior en la República Argentina. Las universidades y el aseguramiento de la calidad.**

La Ley N° 24.521, conocida como la Ley de Educación Superior (en adelante, LES), fue sancionada en 1995, rige para todas las universidades e institutos universitarios, estatales o privados auto-

rizados, y para los institutos de educación superior de jurisdicción nacional, provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de gestión estatal o privada. Es decir, el Sistema Educativo Superior está conformado por el subsistema universitario y el subsistema no universitario, antiguamente llamado terciario, hoy llamado simplemente superior.

La diferencia entre los dos subsistemas de educación superior radica principalmente en que las universidades conservan su autonomía, es decir que determinan su propia forma de gobierno, su oferta educativa y otorgan los títulos a quienes egresan, mientras que los institutos superiores de formación deben responder a la cartera educativa jurisdiccional. Ambos subsistemas se someten a distintos mecanismos de regulación, no obstante, también existe una diferencia en cuanto al grado de autonomía y de participación de estos subsistemas en los procesos de evaluación, mecanismos de control, y sistemas de acreditación. Mientras que las universidades llevan procesos de evaluación particulares sobre la institución y sobre los planes de estudio, los institutos de formación superior responden en conjunto a las autoridades jurisdiccionales y a los órganos de regulación. Además, el subsistema de formación superior responde a un marco normativo especial para la formación técnico profesional compartido con la educación media.

En el sistema universitario, la evaluación y la acreditación de las instituciones y de las carreras, tanto de grado como de posgrado, consiste en un proceso complejo y participativo, en el cual las universidades cumplen con una etapa de autoevaluación y luego son sometidas a la evaluación externa por parte de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), que depende del Ministerio de Educación nacional. La evaluación de la calidad en la educación universitaria constituye uno de los temas claves en la agenda internacional, pretende afianzar el vínculo entre



el Estado, las universidades y la sociedad civil, y se orienta a mejorar la calidad de la formación. De esta forma, se garantizan ofertas curriculares competitivas, movilidad de estudiantes y profesores, acuerdos de cooperación internacional, financiamiento internacional para la producción de conocimiento, entre otros beneficios.

Antes de hablar del artículo 43, es importante señalar algo con relación al artículo 42 de la LES, y es el hecho de que, según este artículo, en la República Argentina, los títulos universitarios con reconocimiento oficial certifican la formación académica recibida y habilitan para el ejercicio profesional respectivo en todo el territorio nacional, sin perjuicio del poder de policía sobre las profesiones que corresponde a las provincias (en el caso de la Fonoaudiología, la regulación de la profesión está delegada en los colegios profesionales). Los conocimientos y capacidades que tales títulos certifican, así como las actividades para las que tienen competencia sus poseedores, son fijados y dados a conocer por las instituciones universitarias, debiendo los respectivos planes de estudio respetar la carga horaria mínima que para ello fije el Ministerio de Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades. En otros países, la formación universitaria no posee este mismo carácter, todo egresado de una carrera de grado debe cumplir con otros requisitos como, por ejemplo, aprobar un examen de certificación para poder ejercer su profesión.

Por lo antedicho, resulta necesario establecer alguna forma de control sobre aquellas profesiones cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes. Es así como en el artículo 43 de la LES se establece que el Ministerio de Educación determine con criterio restrictivo, y en acuerdo con el Consejo de Universidades, la nómina de aquellos títulos correspondientes a las profesiones que mediante su accionar, y a partir de una formación deficiente, pudieran perjudicar a la pobla-

ción. Por este artículo también, se establece la necesidad de delimitar y explicitar las actividades profesionales que sean reservadas exclusivamente para tales títulos, al tiempo que requiere que se respeten una serie de requisitos, como que los planes de estudio cuenten con los contenidos curriculares básicos, los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca la cartera educativa, en acuerdo con el Consejo de Universidades, y que cada plan de estudios sea acreditado particular y periódicamente por la CONEAU, o por entidades privadas constituidas con ese fin, debidamente reconocidas (actualmente no hay ninguna otra). En resumen, las profesiones incluidas en el artículo 43 solo podrán conformar ofertas curriculares que hayan sido aprobadas por el Ministerio de Educación, y acreditadas por la CONEAU.

Las acreditaciones otorgadas por la CONEAU tienen una extensión máxima de seis años, o de tres años si requiere algún plan de mejoras. Finalizados esos plazos, debe volver a presentarse a una acreditación. Es decir que ninguna universidad podrá ofrecer una carrera del artículo 43 que no haya sido objeto de evaluación y acreditación.

### **Inclusión de la Fonoaudiología a la nómina de profesiones incluidas en el artículo 43**

La Comisión Interuniversitaria de Fonoaudiología de Universidades Nacionales de Gestión Pública y Privadas (CIFUNyP), se conforma por las Unidades Académicas Nacionales, públicas y privadas que dictan la carrera de Fonoaudiología. Se trata de una acción colectiva que comenzó en el año 1987, de docentes y autoridades de Fonoaudiología de universidades públicas y que luego, en septiembre de 2006, incorporó a instituciones universitarias de gestión privada. Al momento de la inclusión al artículo 43 se hallaba integrada por Universidad Nacional de San Luis (UNSL), Uni-

versidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Rosario (UNR), Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad del Salvador (USAL), Universidad Aconcagua. Con posterioridad, se integraron: Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE) y Universidad FASTA (de la Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino).

La CIFUNyP se propuso desde sus inicios garantizar la excelencia académica de las carreras de grado vinculadas a esta área. Dicha comisión se ocupó de elevar el pedido para la inclusión de la Licenciatura en Fonoaudiología en la nómina de carreras correspondientes al artículo 43, y desde allí se iniciaron las acciones para definir sus actividades reservadas y luego, los estándares para su evaluación y acreditación, en acuerdo con el Consejo de Universidades.

Haber sido incluida en dicha nómina, a finales del año 2019, representa un avance que aporta una inestimable herramienta para luchar contra el intrusismo que sufre la profesión, y regularizar la situación de heterogeneidad de ofertas educativas. En palabras de Ernesto Villanueva (2006, p.25): “En la medida en que aumenta el grado de visibilidad e identificación sociales del organismo encargado de la supervisión de la calidad académica en el país, la posibilidad de un mercado de títulos ilegales queda bloqueada antes de que ella misma tenga lugar”. Los efectos de estas medidas no podrán observarse en lo inmediato, pero el proceso tampoco se llevará demasiado tiempo. Es necesario observar estos cambios en perspectiva amplia y compleja, el siguiente apartado se enfocará sobre esta situación.

### **El problema de la Fonoaudiología y sus ofertas curriculares en Argentina**

La Fonoaudiología argentina cuenta con una historia algo breve, si se toma en cuenta que las disciplinas que le dieron origen pueden considerarse varias veces centenarias. Aun así, en este breve tiempo,

ha logrado forjar una formación de alto nivel dentro del Sistema Educativo Superior. Pero, como es sabido, aún frente a esta evolución, y frente a la gran demanda de profesionales fonoaudiólogos en todo el sistema de salud nacional, y en algunos esquemas de educación de algunas provincias, existe una gran deuda con respecto a la oferta universitaria pública para la formación de fonoaudiólogos en nuestro país.

Solo ocho provincias cuentan con carreras de fonoaudiología universitaria, si se toman en cuenta ofertas públicas y privadas. Esta situación ha llevado a que en el resto de los distritos de nuestro país el desarrollo de la profesión se haya vinculado a la formación superior no universitaria. La multiplicidad de formaciones y la disparidad de titulaciones expone a la profesión a una serie de inconvenientes, puesto que se hace difícil llevar un control y el cuidado que la formación de tan noble profesión requiere. Los colegios profesionales y los ministerios de salud provinciales se enfrentan a grandes complicaciones cuando los egresados de los institutos de formación superior, no universitarios, solicitan su matrícula o su inserción en determinados ámbitos laborales, o para acceder a la formación de posgrado (Laplacette, 2013). Tal mixtura de niveles imposibilita también el escalafonamiento de los profesionales fonoaudiólogos en la carrera hospitalaria.

En este caos semi controlado es que tienen espacio para surgir ofertas oportunistas de formación incompleta, como lo son los cursos de Auxiliar en Fonoaudiología, que pretenden sacar provecho del desconocimiento del público frente a estos temas para instalar una forma más de beneficiarse inescrupulosamente. Esta evolución del sector puede ser vista como el resultado de la acumulación histórica de decisiones y estrategias adaptativas producidas en distintos sectores sin un marco que les otorgue consistencia (Laplacette, 2013), y es por ello por lo que un evento como la inclusión de la

profesión en la nómina de las carreras del artículo 43, resulte de tanta importancia y trascendencia.

La reciente sanción de la Ley N° 27.568 (2020), de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, viene a dar otro marco normativo en el mismo sentido:

Condiciones de ejercicio.

Artículo 3°- El ejercicio profesional de la fonoaudiología queda reservado exclusivamente a aquellas personas que posean:

1. Título de grado de fonoaudiólogo, licenciado en fonoaudiología, licenciado fonoaudiólogo, otorgado por universidades públicas o privadas reconocidas por autoridad competente.
2. Título equivalente expedido por universidades extranjeras, debidamente convalidado o revalidado en el país.

Nuevamente queda demarcado el espacio de formación que requiere esta profesión para su despliegue epistemológico y práctico.

Todos estos cambios en el sentido normativo estimulan a pensar en los siguientes pasos que las carreras de fonoaudiología deben dar, para alcanzar la excelencia académica, y en sintonía con el perfil de profesionales que se pretende formar.

### **Desafíos curriculares para la Fonoaudiología argentina de cara al futuro**

Las unidades académicas que se encuentren dictando carreras de Fonoaudiología se enfrentarán, en breve, a un proceso de evaluación para la correspondiente acreditación, por lo que se deberían encontrar en un momento de autoevaluación, actualización y reformas, en el mejor de los casos. Asimismo, los proyectos curriculares nuevos para la formación de fonoaudiólogos que pudieran presentarse de ahora en adelante deben ser aprobados por la CONEAU y por el Ministerio de Educación desde el inicio; por lo tanto, ya

deben ser concebidos con base en las condiciones que imponen los estándares, ya que éstos actúan como el instrumento de evaluación al cual serán sometidos dichos proyectos. Ante tal circunstancia, se presentan una serie de retos y desafíos que la comunidad académica y profesional vinculada a la Fonoaudiología deberán tener en consideración, puesto que las respuestas y las soluciones solo pueden emanar desde la propia Fonoaudiología. Se impone a la conducción de los proyectos curriculares promover las acciones y estrategias necesarias para constituir y sostener equipos docentes idóneos para los desafíos que se avecinan.

### **Sobre la formación docente**

Lleva mucho tiempo y esfuerzo formar recursos humanos en salud, y más aún si se piensa en formar formadores de profesionales de la salud. Para ser docente de una licenciatura se requiere contar con un título de licenciado en primera instancia, y para ser docente de una carrera perteneciente a la nómina de profesiones incluidas en el artículo 43, será necesario contar con la experticia suficiente en la especialidad que el espacio curricular convoque, pero, además, será aconsejable que estos docentes cuenten con formación de posgrado, ya sea vinculada a la especialidad que se dicte o vinculada a la docencia. No se trata de un requisito obligatorio, sino de una legítima condición exigible para un formador en el contexto de una carrera de interés público.

En el pasado, la experiencia y la idoneidad de las fonoaudiólogas pioneras permitió abrir los primeros cursos formales de fonoaudiología; en esos tiempos urgía la transmisión del conocimiento que se había desarrollado. Hoy en día la fonoaudiología requiere de muchos recursos didácticos y pedagógicos, así como sociales y políticos, para dar un marco académico que pueda contener la vasta amplitud de conocimientos y prácticas que se necesitan desarrollar

para formar profesionales, con seguridad y calidad.

Es responsabilidad de las unidades académicas proporcionar todas las oportunidades de formación y abrir los correspondientes llamados a concurso para los cargos docentes, así como incentivar a la investigación y a las tareas de extensión. Pero es de resaltar también que se hace más necesario aún que los docentes se involucren y se comprometan con la producción del conocimiento y la vinculación con la comunidad.

Volviendo al tiempo presente de la formación académica, y luego de un tiempo de crisis impuesto por la pandemia por COVID-19, el sistema educativo enfrenta hoy otras preocupaciones en cuanto a la formación de los docentes universitarios, como la posibilidad de incluir otros escenarios, otras formas de enseñar y de aprender.

### **La investigación y la producción del conocimiento**

Las universidades argentinas son percibidas en muchas ocasiones por el público como transmisoras del conocimiento, sin embargo, su función es la de producir el conocimiento que transmiten. La Fonoaudiología argentina tiene una deuda al respecto, puesto que son escasas las unidades académicas movilizadas por la investigación. No se trata solo de investigar para conocer más, o para mejorar las prácticas. Se trata de desarrollar un espíritu de curiosidad, un sentido crítico, un hábito de revisión y actualización constante. Hacer de la propia práctica investigativa un escenario de aprendizaje, tanto desde el punto de vista formal como en la formación continua.

Es importante comprender que la fonoaudiología se debe a sí misma investigar y reflexionar sobre la propia práctica profesional, y también sobre la actividad académica, sobre la actividad docente con miras a la formación de futuros profesionales, y sobre su propio currículo, para mantenerlo vivo, atento a las posibles innovaciones y actualizaciones que el campo profesional requiera. Reflexionar so-

bre la propia tarea, investigar, escribir y publicar sobre ella es una forma de visibilizar no solamente a la profesión, sino todas sus potencialidades.

### **La formación continua**

Resulta indiscutible que la formación de grado no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente (Galli, 2020), la falta de percepción que tienen los profesionales de la salud acerca de la necesidad de actualizar sus prácticas habituales, la alta presión asistencial, y la demanda de los pacientes sobre determinado tipo de prestaciones se convierten en barreras para la formación continua y la actualización profesional (Fernández-Pérez, 2014; Cochrane en Galli, 2020). Podemos añadir a esta serie de dificultades, la escasa oferta de programas de especialización y maestrías específicas para fonoaudiólogos. No obstante, existen numerosos cursos de capacitación y actualización, cuyo valor radica en el acto de compartir vivencias profesionales entre colegas. Se trata de talleres, cursos y jornadas, congresos, grupos de estudio y de lectura crítica, ateneos de casos, revisiones de historias clínicas, publicaciones narrativas, publicaciones científicas, y todo aquel espacio en el que se pueda ejercer el aprendizaje a lo largo de la vida (*Lifelong learning*).

Las diplomaturas, las llamadas certificaciones y los programas de actualización aportan una formación interesante, nutrida y actualizada sobre temas puntuales, y en algunos contextos obtener una diplomatura también beneficia al profesional desde el punto de vista de su currículum, pero cabe aclarar que esto no representa una especialización en sí misma. Este tipo de cursos adquieren mayor prestigio a partir de la reputación de las instituciones que los cobijen, así como del cuerpo docente que lo dicte, pero no siempre se encuadran en ámbitos académicos. Desde el punto de vista del sistema educativo, no se someten a mayor control o regulación. Queda a



criterio del público la valoración que se les otorgue.

Las carreras de especialización, las maestrías y los doctorados son las únicas carreras de posgrado enmarcadas en el artículo 46 de la LES, es decir que son sometidas a la acreditación por parte de la CONEAU. Resulta ineludible pensar entonces en que se requiere de una mayor variedad de especialidades, no solamente para formalizar las prácticas especializadas, sino para dotar de competencias investigativas y actualización a quienes las desarrollan.

En definitiva, la formación continua debe ser una preocupación de todo profesional, pero también lo debe ser de quienes gestionen unidades académicas y puedan promover, no solamente la apertura de carreras de postgrado, sino sostener además una relación con sus egresados a fin de que estos hábitos se sostengan.

### **Perfil del egresado**

El perfil del egresado es una declaración de compromiso por parte de la Universidad, acerca de lo que el estudiante va a lograr o a adquirir durante su etapa de estudio y formación. Comprende conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores que le permitirán desarrollarse en su vida profesional. Se trata de aquellas capacidades que, adquiridas por aprendizaje y no por desarrollo natural, debería tener el egresado para dar respuesta a las necesidades y tendencias que la ciencia y la tecnología del campo laboral en el corto, mediano y largo plazo le demanden, y que guarden siempre pertinencia con su disciplina y las necesidades de su comunidad (Arnaz, 1981; Hawes y Corvalán, 2005).

Si bien el perfil del egresado es muy particular de cada proyecto curricular puesto que se vincula a la misión y al plan estratégico de la Universidad que lo albergue, el hecho de contar con acuerdos y consensos acerca de ciertas competencias centrales, entre distintas unidades académicas permite erigir cimientos más sólidos para las

nuevas generaciones de profesionales.

Como se mencionara anteriormente, los estándares a partir de los cuales se van a llevar adelante los procesos de acreditación de las carreras de Fonoaudiología, son fijados por el Ministerio de Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades, pero fueron propuestos y consensuados por la CIFUNYP, evento que denota a las claras que no se puede hacer crecer una profesión sin una construcción basada en el esfuerzo colectivo y colaborativo. Dichos estándares reflejan el acuerdo sobre aquellas competencias básicas con las que debe contar un profesional fonoaudiólogo.

El perfil del egresado de cada plan de Fonoaudiología, en el siglo XXI, debe reflejar entonces, no solo aquella promesa institucional de formación en determinadas competencias, sino que debe incluir también aquellas competencias que ya han sido consensuadas por la comunidad profesional y académica de Fonoaudiología, dando respuesta a las necesidades de la comunidad.

### **Consideraciones finales**

La Fonoaudiología argentina está viviendo un momento tanto de tensiones como de oportunidades, por lo que se merece también un momento de introspección; debe reconocer los recursos con los que llega a esta instancia y pensarse en perspectiva compleja para poder dar respuestas pertinentes a un contexto también complejo y que la incluye. En este escenario, a la comunidad académica le tocó asumir la responsabilidad de participar activamente en los espacios de construcción colectiva, repensar las prácticas educativas, y resignificar las formaciones para lograr los cambios que eran necesarios (Campra, 2021).

Cualquier política, determinación o medida adoptada influye sobre la realidad estudiantil y laboral de grupos muy numerosos de personas, puesto que cualquier acuerdo que se pretenda hacer

para modificar o influir sobre la articulación de los subsistemas de educación superior, deben ser suscriptos por un enorme número de instituciones para que el impacto de estos se cristalice en la práctica concreta (Quiroga, 2017). Por eso, también es necesario abrir un debate franco y conciliador sobre el futuro de los fonoaudiólogos no universitarios, y sobre aquellos universitarios que no hayan alcanzado el grado de licenciados. Cabe ahora ocuparse de armonizar estas medidas con la situación actual, logrando así un consenso y una oferta educativa a la altura de las circunstancias (Barkáts Von Willei, 2020).

El acceso a la formación universitaria pública debe ser garantizada por el Estado, como bien expresa la Ley de Educación Superior. Y es elección de las universidades abrirse a recibir estas sugerencias, que en definitiva le permiten ampliar y diversificar la oferta educativa, con el doble beneficio de descomprimir la demanda de las carreras tradicionales y acercarse más a las necesidades de la comunidad, sin perjuicio de su autonomía.

La formación continua y de posgrado permite mantener a los profesionales actualizados y preparados para toda contingencia que requiera de ellos, y es por ello por lo que se hacía necesario asegurar las titulaciones de grado en el cuerpo profesional.

## Referencias bibliográficas

Arnaz, J. A. (1981) Guía para la elaboración de un perfil del egresado. *Revista de educación superior*, 10(4), 1-7.

Barkáts Von Willei, G. (2020) La formación de los profesionales fonoaudiólogos en la Provincia de Buenos Aires [Trabajo Final Integrador]. Especialidad en Docencia de la Educación Superior. UNLAM

Campra, M. C. (2021) Aportes para repensar las prácticas fo-

noaudiológicas. En Ithurralde, Claudia et al. Formación en fonoaudiología social y comunitaria. Laborde Editor. Rosario. Fernández-Pérez, J. A. (2014) Educación médica continua y desarrollo de una profesión. La percepción de los actores. Revista de Educación y Desarrollo, 28, 21-35.

Galli, A. (2020) Educación Médica. Saberes, desafíos y reflexiones. Edición del autor. Libro recomendado por la Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM). CABA.

Hawes, G. y Corvalán, O. (2005) Construcción de un perfil profesional. Proyecto Mecesup Tal, 101, 13-33.

Laplacette, G., Dure, M. I., Cadile, M. C., Faccia, K., Cavalieri, H., Suarez, N., Mazzitelli, M. A., Saulo, H. (2013) Educación profesional de los técnicos de la salud en Argentina: formación superior terciaria y universitaria. Revista Argentina de Salud Pública, 4(16), pp.16-17.

Quiroga, S. (2017) El sistema nacional de reconocimiento académico de educación superior: Aproximaciones desde lo normativo y lo curricular. Hologramática. Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ. 26(2) 155-173.

Villanueva, E. (2002) El sistema argentino de evaluación y acreditación universitaria

[Ficha]. Fuente: Centro de documentación. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Nacional de Mar del Plata.

UNESCO (2009) Conferencia Mundial sobre Educación Superior 2009. Las nuevas dinámicas de la educación superior y de la investigación para el cambio social y el desarrollo. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Paris.

Ley Nº 27.568, de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología (2020).

Ley Nº 24.521, de Educación Superior (1995).

### **Datos de la autora**

**Gabriela Ma. Barkats Von Willei** es Licenciada en Fonoaudiología (UBA). Docente de la carrera de Lic. en Fonoaudiología (UBA). Docente del Departamento de Salud (UNLaM). Especialista en docencia de la Educación Superior (UNLaM). Estudiante de la Maestría en Gestión de la Educación Superior (UNLaM). Estudiante del Doctorado en Políticas y Gestión de la Educación Superior (UNTREF).



## Cambio curricular en fonoaudiología

**Ana Clara Isaías y Ma. Carolina Campra**

En la actualidad, la reforma curricular en las Instituciones de Educación Superior (IES) es un objetivo obligado en la agenda universitaria, las mismas deben reconfigurarse constantemente a través de una reingeniería que les permita ser capaces de transitar hacia las sociedades del conocimiento. (Castro et al, 2016)

La Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas - UNR realizó la última revisión del Plan de estudios en 2017 -Resolución N° 1709/2017- (Escuela de Fonoaudiología, 2017) aunque la misma no modificó sustancialmente los objetivos educativos ni los espacios curriculares vigentes desde 1985. (Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, & UNR, 1985)

Cabe destacar que las teorías curriculares se constituyen en marcos ordenadores que sistematizan las distintas orientaciones sobre las formas de pensar el currículum y sobre los códigos que lo estructuran. Por esto, su propósito es fundamentar la práctica docente mediante explicaciones racionales, conceptualizarla y darle significado, al tiempo que contribuyen a justificar las decisiones y acciones que se tomen (Avendaño, 2021).

Para las teorías tradicionales, el currículum guía las prácticas vinculadas a los aprendizajes, modalidades de enseñanza y métodos, mientras que las teorías críticas buscan responder preguntas sobre los modelos de escolarización, los contenidos y habilidades a ser enseñados. Además, reflexionan sobre cuáles deben ser las finalidades de la educación: ¿adaptar a los niños y a los jóvenes a la sociedad tal como existe o prepararlos para transformarla? ¿Prepararlos para la economía o para la democracia? (Da Silva, 1999).

Por su parte, las teorías pos-críticas cuestionan lo que se debe

considerar conocimiento, con lo cual, en este punto, la discusión deja de ser pedagógica para pasar a al terreno de una reflexión epistemológica.

Estas posturas intentan mostrar que las desigualdades impactan en el currículum, lo que genera falta de “justicia curricular” (Connell en Da silva, 1999). Son diversos los factores por los que es necesario resituar con mayor complejidad a la justicia en el campo educativo:

(...)la desilusión ante las promesas incumplidas de la escolarización masiva, el persistente fracaso escolar en modelos comprensivos, nuevas formas de exclusión social, las insuficiencias de las prácticas compensatorias, las demandas de reconocimiento de las identidades y las diferencias, la individualización, etc. (Bolívar, 2011, pág. 11)

De acuerdo a Bolívar (2011), estos factores permiten visibilizar variadas dimensiones de la injusticia tales como la económica (exige una redistribución), la cultural (requiere un reconocimiento) y política (precisa de representación). “Lo justo ya no puede seguir identificándose con un universalismo homogeneizador, pues exige ser compensado con el reconocimiento de contextos y culturas” (Bolívar, 2011, pág. 11). Asimismo, se comienza a manifestar una dimensión que está vinculada a las desigualdades de las relaciones afectivas de amor, cuidado y solidaridad, frecuentemente acalladas. Se hace prioritario tener en cuenta todas las dimensiones referidas a la justicia social en el campo de la Educación.

En el mismo sentido, las desigualdades son marcadas y están vinculadas a factores económicos, sociales, culturales y sociales (el género, la edad, la salud, la educación, el empleo, los grupos de referencia, la región de procedencia, etc). Consecuentemente “tratar igual a los desiguales promueve desigualdad” lo que obliga a poner en marcha acciones o estrategias que construyan la igualdad de oport-



tunidades en el derecho a aprender: construir currículas con justicia cobra sentido en las sociedades democráticas. La vida universitaria representa un microsistema de la ciudadanía al mismo tiempo que “realimenta, reconfigura y transforma los espacios externos al ámbito educativo, como la familia, el campo laboral y la comunidad en su conjunto” (de la Cruz Flores, 2016). Además del derecho a aprender, la justicia curricular está intrínsecamente relacionada con el valor y con el sentido que los aprendizajes generan para la gestión de la autonomía y la participación activa en las esferas públicas y privadas de la sociedad contemporánea.

En síntesis, las diferentes posturas que se sostengan y se elijan, definen los conceptos de una determinada teoría, las cuales organizan y estructuran la forma de ver la “realidad” (da Silva, 1999) y definen de algún modo hacia donde se orienta el “recorrido” curricular.

Según Connell (1997) se pueden mencionar tres principios de la justicia curricular que pueden guiar los procesos de construcciones y diseños curriculares orientados en la dirección de la justicia social:

1. *Los intereses de los menos favorecidos.* Desde los más necesitados de la sociedad, y no solamente desde la perspectiva económica.
2. *Participación y escolarización común.* Los sistemas educativos preparan a los futuros ciudadanos para la participación en una democracia. Es base de un currículum común para todos los estudiantes, como una cuestión de justicia social.
3. *La producción histórica de la igualdad.* La igualdad es un concepto dinámico, siempre se está produciendo y modificando y así debe modificarse en la currícula y analizarse en el devenir de la producción histórica a lo largo del tiempo. Así forma, los criterios contrahegemónicos y de ciudadanía participativa se pueden considerar como elementos de un mismo proceso histórico. (Connell, 1997, pág. 5)

En la trama curricular conviven aspectos culturales, tales como conocimientos, valores, creencias, costumbres, hábitos, actitudes, que son incorporados al currículum, tanto a través de los aspectos formales como informales, que lo convierte en práctica concreta.

Además, el campo de las teorías curriculares involucra aspectos histórico - sociales: ya que éste puede ser visto como una respuesta a lo que la sociedad plantea a la educación en tanto demanda histórica, social y política. En este sentido, el currículum aparece como una propuesta pedagógica que se articula con proyectos políticos-sociales, que son sostenidos e impulsados por diversos grupos de poder (Vera, 1997).

Según Marrero Acosta (2010), el currículum es el resultado de un largo proceso de codificación histórica, política, cultural, económica y administrativa. La transformación del currículum desde la esfera técnico-política a la práctico-pedagógica requiere, entre otras cuestiones, de la mediación de los docentes. Lo que enseña el profesorado es el resultado de un proceso de “re significación” de ideas, condiciones y prácticas disponibles en la cultura, que se hacen más o menos visibles y viables en un contexto situacional de interacción e intercambio de significados.

Esta transposición transcurre a su vez en un contexto institucional, con determinadas normas de funcionamiento y lógicas administrativas, signado, además, por una política curricular. Sin embargo, existe una tensión entre lo que viene dado desde las instituciones educativas y la invención, espontaneidad, innovación tecnológica del maestro. (Marrero Acosta, 2010) Por su parte, Ivor Goodson (1995) nos invita a pensar el currículum como artefacto social, en tanto puede ser concebido para propósitos humanos deliberados, de modo que sintetiza el proyecto político educativo de una sociedad en un momento histórico determinado (Ivor Goodson, 1995 citado por Avendaño, 2021).

Desde el surgimiento del currículum como campo profesional específico, han emanado teorías, estudios e investigaciones sobre este tema. Los profesores de todas las épocas y lugares estuvieron involucrados, de una u otra forma, con el currículo (Da Silva, 1999). Sin embargo, el modo en que los docentes se comprometen con el desarrollo curricular varía dependiendo de las racionalidades que ellos asuman.

Se coincide con el hecho de que las transformaciones son sociales y no dependen de un grupo de docentes con iniciativas particulares. Por ello, los docentes reclaman a las instituciones tiempos y espacios de trabajo compartido, para poder tomar las daciones vinculadas a los cambios curriculares de manera colectiva. Es decir que, lo que da forma y sustancia al estilo crítico es la idea de una comunidad, participativa y democrática, dedicada a reflexionar sobre sí misma, y comprometida con el desarrollo de la educación (Carr y Kemmis, 1998 en Trillo).

Los procesos de cambio curricular de la Licenciatura en Fonoaudiología involucran a toda la comunidad de la Escuela de Fonoaudiología: docentes, graduados, estudiantes y no docentes. Todos/as los/as actores/actrices inmersos/as en la organización curricular pueden aportar a un trabajo cooperativo. De este modo se puede desarrollar nuevo conocimiento aprovechando las fortalezas de cada sector, con la intención de conseguir una formación acorde a las necesidades epocales (Castro et al, 2016).

Por nuestros días, ocurren al menos dos variables que es urgente tener en cuenta. En primer lugar, los nuevos horizontes epistemológicos dados por el propio paso del tiempo en el que trascurren la evolución de las sociedades y sus necesidades: la virtualización de la sociedad, la nueva era digital y de conectividad de los aprendizajes, posibilita y obliga a repensar nuestros conceptos de educación. Además, para potenciar la creatividad, la innovación, el trabajo

colaborativo y distribuido, laboratorios de experimentación, así como, formas de traducción del pensamiento, a través de nuevas aplicaciones en las tecnologías de la información y la comunicación, lo que nos inserta en un marco más amplio de habilidades para la globalización y para la emancipación social (Castro et al, 2016). Y, en segundo lugar, los faltantes en el actual Plan de Estudios, necesarios para lograr una educación justa y de calidad, capaz de formar personas que actúen clínicamente en libertad y con pensamiento crítico, comprometidas con las comunidades y su derecho a la salud en todas sus dimensiones. Para esta última premisa, es indispensable fortalecer las acciones prácticas en terreno en cada uno de los trayectos de la carrera y en todos sus niveles de prevención: Promoción y Prevención, Detección, Diagnóstico y Recuperación, y Rehabilitación. La investigación científica por su parte, merece ser fortalecida y ocupar un lugar importante ya que es reconocida en el seno de las universidades como el eje desde el cual las disciplinas pueden actualizarse, reformarse, compartir conocimientos y refundarse si fuera necesario a la luz de los nuevos avances. La Fonoaudiología de 1985 fue pionera en sus especificidades fundamentalmente en relación a las áreas de la voz y de la audición, 37 años después ha logrado construir saberes propios y compartidos, profundidad en cada una de las áreas asumidas, y se ha desplegado ampliamente en diferentes campos a través de sus diversas funciones. Es necesario abandonar lo que ya es obsoleto para dar paso a lo logrado para consolidar en las nuevas generaciones los saberes actuales y otorgar la posibilidad de un mayor desarrollo conjuntamente con otras disciplinas. Según Torres Santomé:

(...) las transformaciones de las disciplinas ocurren fundamentalmente, como resultado de dos tipos de situaciones: una mayor delimitación y concreción dentro de los contenidos tradicionales de un campo disciplinar ya establecido, o también

como fruto de una integración o fusión entre parcelas de disciplinas diferentes pero que comparten un mismo objetivo de estudio. Esta segunda forma conlleva la toma de contacto, o al menos una mínima interacción entre disciplinas diferentes. (Torres Santomé, 1998, pág. 30)

La interdisciplina es fundamental en una currícula integrada o global, puesto que existen conocimientos que se comparten y corren el riesgo de ser replicados tantas veces sin capacidad de visibilizarlo de manera compleja. “Cada día es más visible y, con frecuencia, criticado por el alumnado, un importante solapamiento en los contenidos que se imparten e investigan en asignaturas pertenecientes a departamentos o áreas de conocimiento distintas. (Torres Santomé, 1998, págs. 42-43). La interdisciplina es además la posibilidad de darle totalidad a la práctica frente a los problemas sociales nacionales e internacionales para lograr la comprensión y ofrecer respuestas ajustadas a la complejidad de los problemas en salud. “La interdisciplinariedad viene jugando un papel importante en la solución de problemas sociales, tecnológicos, científicos, al tiempo que constituye decisivamente a sacar a la luz nuevos u ocultos problemas que análisis de corte disciplinar no permiten vislumbrar” (Torres Santomé, 1998, págs. 44-45).

En el caso de la currícula de la Licenciatura en Fonoaudiología, cabe profundizar los diálogos inter y trans disciplinares en el marco de propuestas pedagógicas integrales. Estas podrían fortalecer a su vez, las instancias de formación práctica integral desde los primeros momentos de su trayecto educativo.

El desafío de nuevos diseños en los Planes de Estudio con Justicia Curricular, la interdisciplinariedad, y una visión local, nacional y transnacional, a la altura de las necesidades de las poblaciones es hoy lo que debe ocupar un lugar primordial en las Universidades. Torres Santomé refiere que:

(...) crear esta conciencia global conlleva abandonar las perspectivas eurocéntricas. No basta con atender o circunscribir esta problemática en un único campo disciplinar, tradicionalmente la geografía, o llegar incluso a convertir estos temas en asignatura independiente... comprender la interdependencia de las culturas y pueblos del planeta obliga también a planificar y desarrollar selecciones de contenidos interdisciplinares. (Torres Santomé, 1998, pág. 53)

La aceptación del mundo como un sistema interdependiente obliga a tener presente en los análisis a todas las partes. Asumir este posicionamiento epistémico y filosófico está expresamente vinculado a la necesidad del aprendizaje de un análisis coherente por parte de los/as estudiantes en donde se pongan en juego los valores, el compromiso y los recursos que el alumnado necesita aprender a someter a análisis de coherencia sus propios valores y compromisos.

## Referencias bibliográficas

- Avendaño, F. (2021). Teoría curricular. Seminario de Doctorado en Educación. Cohorte2. FHyA. Rosario.: UNR.
- Bolívar, A. (2011). Justicia social y equidad escolar. Una revisión actual. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, vol. 1, Nro. 1., 9-45.
- Castro, S. et al (2016) La calidad de la educación en las instituciones de educación superior bajo una nueva reforma curricular. *Boletín virtual- diciembre- Vol 5- 12 ISSN 2266- 1 5 3 6.* (86- 95)
- Connell, R. (1997). Escuelas y justicia social. Madrid: Morata.
- Da Silva, T. (1999). Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del currículum. Belo Horizonte: Autentica.
- Escuela de Fonoaudiología (2017) Texto ordenado Plan de Estudios de la Licenciatura en Fonoaudiología. Resolución CS N° 1709/2017
- Marrero Acosta, J. (2010). El currículum que

es interpretado. ¿Qué enseñan los centros y los profesores y profesoras? En Gimeno Sacristan, J. Saberes e incertidumbres sobre el currículum. (págs. 221- 245). Madrid: Morata.

Torres Santomé, J. (2008). Diversidad cultural y contenidos escolares. Revista de Educación Nro. 345., 83-110.

Vera, T. (1997). El currículum como proyecto integrador. Rosario: Homo Sapiens. Obtenido de [https://www.academia.edu/9094608/Capitulo\\_4\\_El\\_curr%C3%ADculum\\_como\\_proyecto\\_integrador](https://www.academia.edu/9094608/Capitulo_4_El_curr%C3%ADculum_como_proyecto_integrador)

## Datos de las autoras

**Ana Clara Isaías** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR) y doctoranda en Educación (FHyA, UNR) con experiencia en docencia universitaria e investigación. Profesora Titular de Metodologías de la Investigación, carrera Licenciatura en Fonoaudiología.

Trabajó en el Hospital de niños Zona Norte en clínica del lenguaje y fue secretaria del Comité de Docencia en Investigación. Miembro FOIN y CIFUNyP.

Co- Directora del posgrado “Abordaje Interdisciplinario de la Discapacidad” y Vice directora de la Licenciatura en Fonoaudiología, FCM, UNR.

**María Carolina Campra** es Licenciada en Fonoaudiología. Se desarrolló en el área de cuidados integrales y terapias complementarias. Docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología. Profesora Adjunta de la cátedra Introducción a la Salud Pública. Directora de cursos de posgrado. Docente de una materia electiva de la FCM. Directora de la Escuela de Fonoaudiología y Miembro CIFUNyP. Maestranda en Salud Pública.





# La gestión como conducción de procesos institucionales. Toma de decisiones y planificación

**Ana María Garraza**

*El campo del saber de la Fonoaudiología es la Comunicación Humana e involucra sus procesos de adquisición, desarrollo y sus alteraciones. El cuerpo de conocimiento fonoaudiológico se constituye a través del estudio de las dimensiones integradas de voz, audición/ vestibular, lenguaje, habla y fonoestomatología, considerando específicamente las acciones que hacen a su ejercicio profesional, promoción, prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, orientación, asesoramiento, investigación, extensión y acciones en gestión institucional, en los contextos de salud, educación, laboral, legal, artístico y social.<sup>1</sup>*

Esta definición, nacida en el seno de la Comisión Interuniversitaria de carreras de Fonoaudiología de Gestión Pública y Privada (CIFUNyP) y aprobada por las estructuras del Gobierno Nacional para la inclusión de la carrera en el artículo N.º 43 de la Ley de Educación Superior, incluye claramente a la gestión institucional como actividad específica de la disciplina. El crecimiento y la jerarquización que la Fonoaudiología ha desarrollado en los últimos años han permitido que sus integrantes puedan asumir roles en estructuras de conducción, quizás impensadas en otras etapas de la historia.

En el caso de la Universidad Nacional de San Luis, la creación de la Facultad de Ciencias de la Salud, decidida por la Asamblea Universitaria en el año 2012, constituyó un hito histórico en la institución. En esta unidad académica convergieron las Licenciaturas

---

<sup>1</sup> Comisión Interuniversitaria de carreras de Fonoaudiología de gestión pública y privada (CIFUNyP)

en Fonoaudiología, en Enfermería y en Nutrición, y se sumaron meses después la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Entre los años 2013 y 2016, se llevó adelante el proceso de normalización que permitió la elección de autoridades de manera directa y con la participación de los cuatro claustros: docente, estudiantil, no docente y de graduados, en 2016. Por primera vez, asumió la conducción de una facultad una licenciada en Fonoaudiología.

Los desafíos se presentaban como complejos y profundos: una unidad académica muy joven, en una institución con una enorme historia, suponía realizar, por un lado, innovaciones y propuestas que valoricen las disciplinas integradas y, por otro, conformar un sistema abierto en el que la comunidad de pertenencia se reflejara en sus intereses y necesidades.

"La realidad está, de allí en más, tanto en el vínculo como en la distinción entre el sistema abierto y su ambiente. Este vínculo es absolutamente crucial desde el punto de vista epistemológico, metodológico, teórico, empírico". (Morin, 2007. P: 44-45)

La gestión institucional de una facultad implica un aprendizaje continuo que incluye la definición en proceso, de los objetivos de corto, mediano y largo plazo, así como el conocimiento cabal de los recursos para poder alcanzarlos, tarea nada fácil en una organización nueva que debe enfrentar dificultades internas y externas, conocidas, previsibles y también imprevistas. La gestión comprende una planificación estratégica que exige un proceso dinámico; las acciones no pueden circunscribirse a la formulación de planes determinados; por el contrario, implica un reajuste permanente entre medios, actividades y fines para incidir en una realidad que está en permanente transformación.

A pocos meses de concluir el segundo mandato de esta gestión en el *decanato*, en una mirada retrospectiva, se puede realizar un balance que incorpora logros y de la misma manera, objetivos no

alcanzados.

Así es que los dos ejes principales propuestos en el proyecto de facultad son por un lado, la real y profunda integración académica, de investigación y de extensión entre las cuatro carreras que la componen y, por otro, la puesta en acción efectiva y real de la participación en la comunidad de pertenencia para aportar en la solución de problemáticas sociales, especialmente de los sectores más vulnerables.

Sobre estos dos ejes se sienta la propuesta en las diferentes áreas de la gestión institucional.

Desde el punto de vista *académico*, trabajar en la facultad que más estudiantes posee ha sido un desafío extraordinario, desarrollando transformaciones de paradigmas desde las actividades de los ingresantes, al diseñar junto a las asignaturas específicas, un curso transversal sobre *salud como derecho social*. Del mismo modo, las modificaciones de *los planes de estudio* otorgan continuidad en los cambios conceptuales propuestos. En el espacio de posgrado, la continuidad de la carrera *Doctorado en Fonoaudiología* y la creación de una carrera de cuarto nivel, la *Especialidad en Salud Pública y Ambiente*, concibiendo una formación interdisciplinaria que intente dar respuestas a los retos que las actuales condiciones del planeta nos exigen. En las áreas *administrativa, infraestructura y general*, las necesidades de ampliar los espacios de prácticas de todas las carreras y de acrecentar la planta docente y no docente han sido objetivos permanentes que aun resultan difíciles de alcanzar de manera óptima. Con el propósito de integrar conocimientos, desde el ámbito de *ciencia y técnica*, el intercambio constante entre las investigaciones básicas y aplicadas constituye un anhelo que procura la coherencia en la transversalidad de los conocimientos. La *extensión universitaria* es una dimensión que interpela a las instituciones de educación superior, concibiendo las acciones con la sociedad como

recíprocas y no como unidireccionales. En este sentido, los *convenios interinstitucionales* con diferentes asociaciones de la comunidad han constituido espacios para de participación activa desde las *becas y pasantías*, tanto para estudiantes como para profesionales.

Una consideración especial merece la conformación de la Cátedra Libre “Salud colectiva y salud comunitaria del buen vivir; subsanando desigualdades”, que contribuye tanto en las actividades del ingreso universitario, como en acciones interinstitucionales, formulando transformaciones en términos conceptuales y, fundamentalmente en las prácticas disciplinares y comunitarias.

“Hay una interrelación estrecha con la dimensión política, tanto en el sentido de la redistribución del poder para la toma de decisiones, como en cuanto a la implementación de las estrategias en contextos determinados”. (Matus, 2015. P: 26)

Las características de esta postura demandan una coherencia entre los intereses de los participantes y los lineamientos generales de las instituciones; una centralización normativa pero una descentralización de las tareas adscriptas a cada área de trabajo; plantean la tendencia a la innovación en coherencia con modelos teóricos dinámicos y la integración en un proyecto institucional político global; exigen una valoración de todas las acciones y sectores; requieren que la labor contenga flexibilidad y creatividad y la concepción de trabajo en equipo es su base más importante.

Para adherir a esta concepción de gestión, no se puede perder de vista que las instituciones universitarias están atravesadas necesariamente por las vicisitudes de la historia del país. La autonomía relativa caracteriza a la educación superior argentina y la planificación -parte esencial de toda gestión- depende de las asignaciones presupuestarias y de los lineamientos generales en cuanto a políticas públicas que el estado nacional define.

Además, desde el año 2020, un contexto global de pandemia

condicionó la vida de la humanidad y las universidades tuvieron que reformular todas las actividades para continuar garantizando el *derecho a la educación*. En el caso de las responsabilidades de gestión, las líneas de acción se centraron en dos aspectos: hacia sí mismas, las modificaciones que otorgaran continuidad a las actividades académicas, de extensión e investigación; hacia la sociedad, las acciones que contribuyeran activamente en la calidad de vida de la población. Por lo tanto, sin dudar, y entre otras iniciativas, la Facultad de Ciencias de la Salud conformó los equipos de voluntariado que participan en la campaña de vacunación más grande e importante de la historia.

Esta experiencia reciente deja huellas en todas las instituciones, interpelando de diversas maneras, las estructuras y su funcionamiento, variando los propósitos que originalmente han sostenido su existencia. Esto es, porque el impacto generado por la situación epidemiológica ha permitido repensar los modos de operar dentro del sistema educativo. Las crisis otorgan oportunidades de crecimiento, de profundización de los lazos de solidaridad y de vinculación genuina, un anhelo que atraviesa a quienes integran las universidades y que posibilita su auténtica concreción.

“La complejidad de la relación orden /desorden/ organización surge, entonces, cuando se constata empíricamente, que fenómenos desordenados son necesarios en ciertas condiciones, en ciertos casos, para la producción de fenómenos organizados, los cuales contribuyen al incremento del orden”. (Morin, 2007. P: 93-94).

Las decisiones adoptadas desde el equipo de gestión de la facultad y de la universidad permiten corroborar que los fenómenos perturbadores que convulsionan aún a la sociedad confieren precisiones, exigencias y confusiones que, finalmente, pueden conceder una transformación positiva. En ese sentido, el compromiso asumido con la comunidad en su conjunto implicó la profundización de la

participación de todos los componentes de la institución, aportando desde cada lugar para la continuidad del derecho a la educación y una participación real y efectiva en garantizar el acceso a la salud. Docentes, nodocentes y estudiantes no escatimaron esfuerzos para lograr esos objetivos; para comprobar que la mejor línea de acción siempre es el trabajo colectivo.

“...sabemos muy bien que aquello que adquirimos como conocimiento de las partes reentra sobre el todo. Aquello que aprendemos sobre las cualidades emergentes del todo, todo que no existe sin organización, reentra sobre las partes. Entonces podemos enriquecer al conocimiento de las partes por el todo y del todo por las partes, en un mismo movimiento productor de conocimiento...”. (Morin, 2007. P:107)

Cabe entonces interrogarse, como conclusión provisoria, si existe la capacidad de reordenar saberes y prácticas, líneas de acción y generación de propuestas que incorporen nuevas enseñanzas y experiencias para la construcción de una gestión más amplia, más diversa y en articulación real con la comunidad de pertenencia. Las condiciones actuales de las instituciones, el país y el mundo así lo demandan.

## **Referencia bibliográfica**

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>º</sup> edición ed.). Barcelona: Masson.

Attwood, T. (2000). *El síndrome de Asperger. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

Azcoaga, J. E. (1983). *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*. Buenos Aires: Paidós.

Belinchón, M. (2000). *Situación y necesidades de las personas*

- con trastorno del espectro autista en la comunidad de Madrid. Madrid: Martin Macias.
- Bodoc, L. (21 de 07 de 2021). Ministerio de Cultura Argentina. Obtenido de Youtube: <https://www.cultura.gov.ar/liliana-bodoc-10798/>
- Bruner, J. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza S.A.
- Carcovich, L. (2005). Estudio descriptivo sobre la relación entre la edad del paciente con Trastorno Generalizado del Desarrollo y/o Espectro Autista, al momento de la primera preocupación de los padres y el tipo de trastorno que presenta. Tesina , Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario., Rosario.
- Espeleta, M. (1996). *El Lenguaje en Niños y Adolescentes* . Rosario: UNR.
- Fejerman, N., Arroyo , H., Massaro, M., & Ruggieri, V. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Frith, U. (1991). *Autismo* . Madrid: Alianza .
- Gerard, G., & Dugas, M. (1992). *Autismo: Cuidados, Educación y Tratamiento*. Barcelona : Masson .
- González Menéndez, A. M., Williams , G., & Pérez-González , L. (2003). Tratamientos eficaces para el autismo. En P. Á. Marino, J. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez , & I. Amigo Vázquez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* . Madrid : Pirámide.
- Grandin, T. (1997). *Atravesando las puertas del autismo*. Buenos Aires : Paidós.
- Hobson, P. R. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*.

Madrid : Alianza .

Levin, E. (2003). Los niños de la otra escolaridad. En E. Levin, Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo (pág. 235). Buenos Aires: Nueva Visión.

Luria, A. (1995). Conciencia y lenguaje. Madrid: Aprendizaje Visor.

Matus, C. C. (2015). Salud Comunitaria desde la perspectiva de la comunidad. CABA: Nuevos Tiempos.

Morin, E. (2007). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Rivière, A., & Martos, J. (1997). El tratamiento del Autismo como Trastorno del Desarrollo: principios generales. En A. Rivière, & J. Martos, El Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas (pág. 26). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Rivière, A., Marthos, J, & Valdez, D. (1984). Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Madrid: Alambra.

Rutter, M., & Schopler, E. (1984). El Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento. Madrid : Alambra .

Stanton, M. (1998). Convivir con el autismo. Barcelona: Paidós.

Valdez, D. (2005). Evaluar e intervenir en autismo. Madrid: A. Machado Libros S.A.

Vigotsky, L. S. (1988). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores . Barcelona: Crítica Grijalbo.

Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós.



## Datos de la autora

**Ana María Garraza** es Licenciada en Fonoaudiología, Especialista en Docencia Universitaria, completó los cursos de la Maestría en Educación Superior. Es alumna regular del Doctorado en Fonoaudiología, carreras de la UNSL. Se desempeña en la Docencia Universitaria desde el año 1988, en todas las categorías del Estatuto Universitario, en la actualidad, como Profesora Titular. Actualmente es Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de San Luis y es Directora del PROICO Promoción y Prevención en Fonoaudiología en Centros de Salud de la Provincia de San Luis. Posee la Categoría III, en el Programa Nacional de Incentivos a Investigadores.

Estuvo detenida durante más de siete años, entre 1976 y 1983, durante la Dictadura Cívico Militar, al igual que toda su familia. De esa experiencia, ha producido testimonios orales y escritos. Libros: “Huellas. Memorias de la Resistencia. Argentina 1974 – 1983”, “Las Esquinas de la Vida”, (Ambos publicados por la Nueva Editorial Universitaria, UNSL). Es una de las 200 autoras del libro web *Nosotras en Libertad*, sobre las experiencias de vida posteriores a la prisión dictatorial de las mujeres sobrevivientes de la cárcel de Villa Devoto. Presentado en el año 2021. Se desempeñó como Directora de Derechos Humanos de la Municipalidad de San Luis, entre 2013 y 2015.



## **Desafíos para la formación de profesionales de la fonoaudiología en el área de la voz**

**Ma. Alejandra Santi y Andrea Romano**

A pesar de ser una carrera muy joven, la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas-UNR ha crecido en pocas décadas, lo que significa un gran progreso en todas las áreas en la formación de nuevos profesionales y en la llegada a la comunidad a través de actividades de extensión e investigación. Las mismas se extienden, comparten y discuten en otros países, permitiendo saberes superadores y colaborativos a nivel mundial en el área de la voz (Romano y Santi, 2021).

Por otra parte, podemos reflexionar sobre nuevos desafíos en la formación de profesionales en la clínica, investigación y extensión en el campo de la fonación. Los cambios socio-culturales permiten repensar los abordajes de la voz y la comunicación, y los procesos de enseñanza-aprendizaje en relación con las necesidades de la sociedad. ¿Qué contenidos deben ser reformulados, repensados, incorporados o descartados? A continuación se plasman algunos retos a enfrentar en el incipiente cambio curricular.

### **Telepráctica o teleasistencia en vocología**

Producto de la pandemia por COVID 19, las prácticas fonoaudiológicas se tuvieron que adaptar para poder continuar con la asistencia a pacientes. Ante la contingencia sanitaria, fue imperioso buscar herramientas para dar respuesta a la realidad que estábamos viviendo. Este contexto permitió vivenciar la necesidad de formar a los futuros profesionales en la evaluación virtual, en el diseño y la

aplicación de sesiones a través de la telepráctica o teleasistencia.

Si bien existen muchas barreras en la evaluación y tratamiento virtual, además de un vacío legal que las regule, es un abordaje sumamente útil en caso de que el paciente no tenga la posibilidad de una atención presencial. La falta de acceso a un profesional que atienda patologías vocales es sumamente común en localidades pequeñas: el paciente se ve obligado a viajar y muchas veces no puede sostener el tratamiento. En efecto, la atención virtual llegó para quedarse, siendo así de importancia preparar a los estudiantes para que tengan las herramientas necesarias para desenvolverse en su futuro profesional también bajo esta modalidad.

### **La voz abordada en la práctica de manera transdisciplinar**

Lo transdisciplinario rebasa los límites de lo interdisciplinario. Tiene como intención superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina). Se inventó en su momento para expresar, sobre todo en el campo de la enseñanza, la necesidad de una feliz trasgresión de las fronteras entre las disciplinas, de una superación de la pluri y de la interdisciplinariedad. Es un proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para estudiar problemas desde perspectivas múltiples con vista a generar conocimiento (Pérez Matos y Quesada, 2008, p.16).

En el área de la voz, la exploración visual de la laringe la realiza el médico otorrinolaringólogo o el cirujano de cabeza y cuello, para estudiar la morfología del principal órgano de la fonación. Al ser la voz un objeto de estudio multidisciplinar, lo ideal es la evaluación

en forma conjunta con el vocólogo, sin embargo, generalmente esta consulta precede a la fonoaudiológica (Santi, 2021). El poder “leer” lo que pasa en una laringe se enriquece cuando se “mira” desde los ojos de ambas disciplinas y donde las indicaciones de muestras sonoras durante el procedimiento se imparten también pensando en el entrenamiento o terapéutica que se realizará en fonoaudiología posteriormente. Así, el procedimiento no sirve sólo para diagnóstico, sino que se convierte en una herramienta que colabora con las intervenciones futuras. Poder ver qué emisiones favorecen un mejor contacto de los pliegues vocales por ejemplo será aliado del terapeuta de la voz.

En el año 2021, se aprobó el proyecto de adecuación del examen de aptitud física para la carrera (Escuela de Fonoaudiología, expediente 11961/2021); que actualizó las normativas previas del reglamento de evaluación funcional de la audición, voz y habla para los ingresantes a la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario. En el mismo, se genera un espacio de prácticas estudiantiles, sumándose otra instancia de acercamiento al quehacer fonoaudiológico en la prevención vocal. Si pensamos al abordaje de la voz en conjunto con el médico otorrinolaringólogo, sería sumamente enriquecedor abrir este espacio de prácticas a los estudiantes de ciencias médicas también. La retroalimentación entre estudiantes de ambas carreras fortalecería vínculos, potenciaría el proceso de enseñanza-aprendizaje de ambos y naturalizaría la realización de estas evaluaciones en forma conjunta y compartida.

Una evaluación completa de la fonación debe incluir además del examen laríngeo, la evaluación perceptual y acústica realizada por el profesional fonoaudiólogo y la autovaloración de la misma aportada por el paciente.

El análisis acústico tiene un lugar de importancia en la clínica e

investigación de la voz eufónica y patológica. El acondicionamiento de los consultorios del Instituto de la Escuela de Fonoaudiología que cuenta con espacios sono-amortiguados, sumado a la compra de los equipos apropiados para el desarrollo de la actividad (computadoras, placas de sonido externa, micrófonos de curva plana) permitirá realizar a los estudiantes una capacitación más intensa y “realista” desde el inicio la carrera; no solo en la clínica fonoaudiológica sino también en la investigación.

### **Potenciar la práctica clínica de los estudiantes**

Punto clave para un buen aprendizaje en el entorno clínico en el área de la voz es potenciar la práctica, “el hacer”, ampliando las actividades realizadas en el primer ciclo de la carrera de autoexploración, habilidades audio-perceptuales y córporo-vocales también con prácticas en el ciclo superior. Así, el rol playing y la simulación de situaciones vocales serán aliados para los estudiantes, hasta que se enfrenten con la persona a la cual van a entrenar y por último, a quien van a rehabilitar.

En los últimos años de la carrera, los estudiantes ya tienen un recorrido que les permite hacerse y contestar preguntas que movilicen, que rompan los esquemas previos y que hagan dudar sobre los conocimientos que poseemos.

Se pretende una transformación de la docencia universitaria en la que el eje fundamental no sea la enseñanza sino el aprendizaje. Un proceso de formación que se justifica no tanto en la oferta que se hace (la enseñanza) sino en cuanto a los resultados efectivos que cada estudiante alcanza (aprendizaje). Proceso de aprendizaje que, además, no se produce en abstracto o centrado en los contenidos propios de cada disciplina sino que ha de hacerse tomando en consideración el proceso que sigue cada aprendiz para apropiarse del conocimiento y el contexto

en que dicho proceso se produce (Zabala, 2011) (Zabala Vidie-  
lla, 2011, p. 48).

### **Fomentar el crecimiento del semillero de investigadores en el área de la voz**

Es necesaria mayor participación de alumnos en trabajos de investigación como becarios en proyectos docentes. A partir de estas instancias, se estimula la necesidad del trabajo clínico en base a evidencias científicas, y así, además de colaborar con los equipos aprenden cómo realizar su trabajo de tesina para la obtención de su título y futuros proyectos. El encanto para que los estudiantes investiguen es hacer que los trabajos de investigación, tesinas, etc. no queden en la biblioteca sino que se puedan presentar también en congresos, jornadas y publicaciones científicas trascendiendo los muros de la facultad.

Una arista para la investigación es continuar con la adaptación y validación de protocolos al español de Argentina. El complejo proceso de valorar el estado de salud o enfermedad en la práctica clínica individual no exige necesariamente el uso de escalas o cuestionarios, a diferencia de la investigación. Para utilizar con garantía un protocolo, es necesario comprobar que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, etc. Toda la comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. La mayoría de los cuestionarios se desarrollan en países de habla inglesa, pero aún para su uso en otros países con el mismo idioma, se debe considerar a qué poblaciones se aplicará, si las mismas provienen quizás de diferentes corrientes inmigratorias, etc., para comprobar su validez y evitar sesgos sistemáticos al aplicarla en un estudio. La adaptación transcultural de un cuestionario para su uso en un nuevo país, cul-

tura o idioma requiere que se establezca su fiabilidad y validez para alcanzar la equivalencia entre la versión original y la nueva. Cuando se pretende que las dos versiones de una escala en idiomas distintos sean comparables, hay que aportar pruebas de la comparabilidad de los instrumentos (Santi, Romano y Montenegro, 2020).

Hasta la actualidad, se han validado en el área voz para el español Argentino el Índice de discapacidad vocal pediátrico (VHIp) (Carrera Fernández, Gabaldon Massé, Wilder, Preciado, Rodriguez, 2019) y la Escala de discomfort del tracto vocal (EDTV) (Santi, Romano, Dajer et al., 2018). Esta última, producto de un proyecto de investigación de docentes de la cátedra de Metodologías para la Eufonía y colaboradores de Brasil y Reino Unido. Se refuerza la necesidad de preservar las propiedades psicométricas de los protocolos para análisis perceptual, acústico, y de autoevaluación; para medir y contrastar resultados con investigaciones a nivel mundial (Romano, Santi, 2021).

### **Inclusión de la atención fonoaudiológica por dificultades vocales en Unidades de Terapia Intensiva**

El fonoaudiólogo inserto en los servicios de salud cuando existen dificultades vocales y no sólo deglutorias, por ejemplo en pacientes post-intubados y personas con traqueotomía, potencia la asistencia humanizada, ya que las intervenciones repercuten en la comunicación, calidad de vida, cognición, deglución y en la protección de vías aéreas.

No se debe segregar áreas, el trabajo vocal en hospitalización es de suma importancia: se debe considerar a la persona de forma integral, respetar, colaborar, entender y escuchar a los profesionales del equipo de trabajo, también tener en cuenta la autopercepción del sujeto, la importancia que tiene su voz para él. La voz es esencial para la comunicación efectiva, y es parte del derecho del paciente.



La atención de los trastornos en la voz no es una atención de lujo ni una tendencia (Estavillo Morante, 2001), al contrario, refleja la importancia de la fonación como medio primario de comunicación.

### **Desarrollo de la incumbencia del fonoaudiólogo como perito en el área de la voz**

La identificación forense de hablantes a través de la voz es un área que ha avanzado exponencialmente en los últimos años, y que en Rosario aún no se practica. El fonoaudiólogo informa la probabilidad de que las muestras de voz de una persona no conocida (evidencia, dubitada) corresponden o no a la voz de una persona que es conocida (indubitada, sospechoso) (Gurlekian et al., 2018). Para este análisis, debemos brindar herramientas sobre las pericias que realiza el fonoaudiólogo a partir de las características de la voz, considerando el análisis perceptual, e instrumental semi automático o fonético-lingüístico y automático. Desarrollar la incumbencia del fonoaudiólogo como perito requiere formación específica en estudios forenses y sus diferentes exigencias desde el punto de vista disciplinar y jurídico.

### **La voz con perspectiva de género**

Hasta hace unos años, no se dudaba en la clasificación vocal de acuerdo al sexo como voz femenina y masculina, con sus estándares y características particulares de cada una. Asimismo, se denominaba feminización o masculinización de la voz a la “terapéutica” en personas que se identificaban con una voz del sexo opuesto. Se priorizaba el sexo al género. O sea, las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen como varón o mujer a los seres humanos, al conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que las diferentes sociedades asignan a las personas de forma diferenciada como propias de

varones o de mujeres. El género, en cambio, es una construcción sociocultural que varía a través de la historia y se refiere a los rasgos psicológicos y culturales y a las especificidades que la sociedad atribuye a lo que considera “masculino” o “femenino” (Hendel, 2017).

Transcurrimos en una transición donde se están deconstruyendo estereotipos vocales, clasificaciones binarias como normal vs. patológico, femenino vs. masculino, y nos posicionamos en la diversidad de voces, nuevas significaciones para no replicar estructuras estigmatizantes. Así, van surgiendo preguntas que nos invitan a la reflexión: ¿existe una realidad vocal o multiplicidad de las mismas, y que pasa con realidades inusuales? ¿Qué es lo esperado dentro de la norma? ¿Cuál es el límite de lo que está dentro y fuera de ella? ¿Tenemos tendencia a patologizar? ¿Cómo incluir estas realidades vocales en investigación cuando todas las escalas y parámetros de clasificación están basados en la tipificación binaria femenino vs. masculino?

Concluyendo, se pretende con este escrito movilizar la reflexión sobre las prácticas en el área de la voz. También, una mirada hacia desafíos a futuro que permitan jerarquizar el área de la voz y la profesión, incentivando la continuidad del ejercicio profesional basado en la evidencia científica, en investigación y extensión a la comunidad a través de actividades de promoción y prevención.

## Referencias bibliográficas

Carrera Fernández, Gabaldon Massé, Wilder, Preciado, Rodríguez, Índice de discapacidad vocal pediátrico: traducción, transculturalización y validación al Español-Argentino REVISTA FASO AÑO 27 - Nº 2. 2020, p 44-48.

Escuela de Fonoaudiología. Adecuación del examen de aptitud física para la carrera de licenciatura en fonoaudiología Expe-

diente cudi: 11961/2021.

Estavillo Morante, M. C. La voz: recurso para la educación, rehabilitación y terapia en el ser humano. En Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, N° 42, 2001, pp. 67-75). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404206.pdf>. Acceso: 05/01/2020

Gurlekian, J. A., Univaso, P. and Martínez Soler, M.: Protocolo para pericias forenses de voz. 2018. Research Gate, DOI: 10.13140/RG.2.2.22133.88801

Hendel L. Perspectiva de género. Comunicación infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Unicef Argentina. 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/comunicaci%C3%B3n-infancia-y-adolescencia-gu%C3%A1-para-periodistas>

Pérez Matos NE, Setién Quesada E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa. Acimed. 2008; 18(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352008001000003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008001000003)

Romano A y Santi M.A. (2021) Laboratorio de la voz: avance y jerarquización del área en las últimas décadas. En: Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles. Escuela de Fonoaudiología Facultad de Ciencias Médicas UNR. Fervil impresos.p 155-160

Santi, M.A. (2021) Tesis Doctoral. Carrera de Doctorado en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.

Santi, M.A., Romano, A. K., Dajer, M. E., Montenegro, S. y Mathieson, L. Vocal Tract Discomfort Scale: Validation of the Argentine Version. En J Voice. pii: S0892-1997(18). 2018, pp. 30294-7. DOI: 10.1016/j.jvoice.2018.08.004.

Santi M A, Romano A K y Montenegro S. Aplicación de la

Escala de disconfort del tracto vocal en detección, diagnóstico y terapéutica de la voz. Rev Fac Cs Méd UNR. Vol. 1: 2020. pp. 149-153.

Zabala Vidiella A. (2011) La práctica educativa. Cómo enseñar. Barcelona, 2011 ed. Graó

### **Datos de las autoras**

**Andrea Karina Romano** es Licenciada en Fonoaudiología. Docente investigadora de las cátedras de Metodologías para la Eufonía y Talle I (Área voz) de la Licenciatura en Fonoaudiológica (FCM, UNR). Evaluadora (área voz) en los Exámenes de aptitud Fonoaudiológica (FCM, UNR). Autora de variadas publicaciones y disertaciones nacionales e internacionales.

**María Alejandra Santi** es Doctora y Profesora en Fonoaudiología. Docente investigadora de la cátedra de Metodologías para la Eufonía de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). Autora de variadas publicaciones y disertaciones nacionales e internacionales.

# La identidad Fonoaudiológica. Desafíos y proyecciones en la universidad

**Claudia Díaz**

*“Estamos convencidos de que la Universidad no debe actuar a tientas ni respondiendo esporádicamente a sus propias carencias. Debe involucrarse con una profunda actitud ética, identificando claramente los problemas y demandas reales, coordinar dentro de la comunidad, las acciones correspondientes, reorientando y recreando, en forma articulada, las actividades de Docencia e Investigación. Al mismo tiempo, tendrá que observar los resultados logrados en los distintos escenarios de intervención y el impacto en la formación de profesionales con compromiso social”*  
Cecchi, Néstor y otros (2009)

Más allá de las complejidades epistemológicas al definir qué es y representa un/a fonoaudiólogo/a, puede concluirse que la comunicación es la dimensión más abarcativa y determinante de la Fonoaudiología. Nos referimos a la comunicación interpersonal, humana: la comunicación como interacción social. La comunicación es un fenómeno interrelacional y complejo que complejiza también los encuadres y definiciones en torno a la Fonoaudiología. Si la complejidad conceptualmente es un conjunto de principios que ligados unos a otros nos dan una visión integrada del universo físico, biológico y antroposocial, la Fonoaudiología al trabajar sobre ese campo debería tener también esta mirada integral e integrada. Dentro de esta confluencia es donde se define su recorte propio, su propio campo y desde allí su identidad. Esa formación multi e interdisciplinar se transforma en un abordaje característico de ejercicio profesional, lo que representa un gran desafío. La comunicación supone

siempre una interacción entre partes, es un fenómeno humano que se concibe desde varias dimensiones. La Fonoaudiología en su trabajo para el bienestar comunicativo y la salud comunicativa de las personas está orientada a mejorar este aspecto de la vida en todas sus dimensiones: física, mental, emocional y social cubriendo necesidades en todos los niveles y diversidades.

La formación y el trabajo fonoaudiológico son constitutivamente interdisciplinarios. Su campo del saber y sus ámbitos de trabajo son multidimensionales, por lo tanto, su abordaje debe ser integrador. Esa integración clara y dinámica debe proponerse desde los espacios académicos, los de formación y debe continuar en los de ejercicio profesional. La complejidad conceptual es uno de los factores con los cuales contamos para gestionar el acercamiento a una realidad que se produce, individual y socialmente. Este tejido interdisciplinario, absolutamente enriquecedor, es a la vez complejo. En él muchas veces aparecen límites difusos, confusos, campos compartidos, espacios disputados. Disputas legítimas y de las otras. Ese entramado de perspectivas y saberes que sostiene una carrera académica y una profesión conforman, en cada caso, un tejido único que constituye la identidad. La identidad es el marco y la herramienta para crecer como cuerpo disciplinar, como profesión, para afianzarse en el campo académico y para profundizar nuestras prácticas. Es por aquello por lo que nos van a conocer en la comunidad a la que pertenecemos. Y es por esta identidad reconocida que nos transformamos en importantes agentes sociales de cambio en nuestro medio.

La construcción de identidad es colectiva y se realiza desde el reconocimiento de nuestras historias, saberes, recorridos, formaciones, también por nuestras investigaciones y nuestro ejercicio profesional concreto y real. Las instituciones de formación académica y las de regulación de ejercicio profesional interrelacionados

representan fundamentales ejes vertebradores de identidad. Desde el primer acercamiento a una Unidad Académica con la intención de iniciar los estudios circulan cuestionamientos e inquietudes en torno a las características de la Fonoaudiología y los requerimientos en su formación. *¿Qué debemos conocer y aprender para ejercer la profesión? ¿Para qué y por qué abordamos esos contenidos? ¿Varían a lo largo del tiempo? ¿Cómo y con qué enfoque debemos realizar nuestras prácticas? ¿En qué contextos son necesarias?* Visibilizar estos y otros cuestionamientos resulta un ejercicio colectivo esencial en cualquier profesión, imprescindible para actualizar visiones y enriquecer propuestas formativas, de investigación y de inserción laboral. Muchas veces las ciencias construyen sus objetos, sacándolos de su contexto, analizándolos unidimensionalmente. Desde sus inicios en Latinoamérica, la Fonoaudiología se ha transformado obedeciendo a diferentes paradigmas y en este trayecto diverso ha encontrado variaciones epistemológicas que impactaron e impactan en la conformación de su cuerpo de conocimientos.

Al remontarse a los inicios detectables de nuestra profesión en la Argentina, resulta interesante encontrar una presentación del año 1939 en el Congreso de Sociología y Medicina del Trabajo: el escrito titulado “Higiene de la voz profesional”. Un trabajo interdisciplinario relacionado con la prevención, la educación, la salud colectiva y la salud laboral donde se perfila la creación de un campo nuevo. Es un antecedente fundacional que define caminos en la configuración de una identidad profesional: elabora colaborativamente estrategias preventivas en salud para atender a demandas poblacionales y laborales. Tanto los espacios donde se forman fonoaudiólogos/as como los ámbitos de nucleamiento profesional colectivo deben ser permeables a las demandas sociales, ya que su presencia concreta y simbólica impacta en el desarrollo social y cultural de los territorios a los que pertenecen. Ese registro aporta a la organización de los

trayectos formativos concluyendo en graduados/as en Fonoaudiología con compromiso social y, por ende, a la construcción de una sociedad más igualitaria. Es imprescindible trabajar y reflexionar sobre las posiciones epistemológicas y metodológicas para investigar procesos y resultados en Fonoaudiología buscando interactuar, cuestionar, redefinir sobre la base de saberes sólidos y actualizados, que representen los fundamentos y principios reales de la actividad profesional que orientan las prácticas, instalar un punto de inflexión sobre el ejercicio, las prácticas, los contextos y la formación en Fonoaudiología: una verdadera reflexión epistemológica. Como fonoaudiólogo/as se trabaja en los procesos comunicativos- expresivos de las personas. Para ello contamos con conocimientos anatómo fisiológicos y psico-emocionales relacionados con la audición, la emisión de la voz y la producción del habla. También cómo se organizan como lenguaje a través de un código aprendido y se condicionan en interacción con otros, en un contexto social. Por eso también debemos conocer las disciplinas que confluyen en la realización de esas interacciones.

“Los problemas de investigación en salud son tan complejos que requieren diversos modos de ser abordados; en especial cuando detrás del problema a estudiar se descubre la influencia de componentes culturales, de comportamientos o de creencias, se precisan diseños flexibles que permitan al investigador comprender la realidad y el entorno donde se produce” (Candrea y Paladino, 2005).

El paradigma biomédico acompañó el surgimiento de la Fonoaudiología en diversos países y regiones, aunque también la Educación Especial y la Psicología ejercieron una gran influencia como es el caso del origen en la Provincia de Buenos Aires. El paradigma biomédico tradicional es insuficiente y reduccionista desde la perspectiva fonoaudiológica y en el área de la salud se fue abriendo paso hacia modelos biopsicosociales, que reconocen una mayor comple-



alidad en la naturaleza de las personas y en los procesos de salud y enfermedad. Los paradigmas como moldes o modelos de comportamiento profesional estructuran enfoques estratégicos disciplinares. En la formación, investigación y en las prácticas fonoaudiológicas el enfoque desde una mirada compleja que además de la perspectiva biológica fisiológica enlace las perspectivas sociocultural y sistémico- ecológica contribuye a construir nuestra identidad profesional y especificidad en el área de conocimiento. El método de la complejidad busca no sólo explicar, sino también comprender, no sólo distinguir y analizar sino también articular y organizar. Desde esta perspectiva epistémica podemos valorar la realidad en un mundo donde los contextos físicos, biológicos, psicológicos, lingüísticos, antropológicos, sociales, económicos, ambientales son recíprocamente interdependientes. También el paradigma sistémico - ecológico se interesa por identificar los procesos de desarrollo humano a partir de la interacción entre las características individuales y los factores de los contextos dónde interactúa. No se trata de sumar la dimensión social a las dimensiones biológica y psicológica, la operación conceptual necesaria es mucho más compleja. Implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva y desde estas matrices definir la identidad fonoaudiológica.

“Al querer plantear un solo modelo de salud occidental, se pretende uniformizar la diversidad cultural de nuestros territorios, donde la salud es comprendida como la vida íntegra, no solamente una parte del cuerpo que hay que reparar, seccionar y medicalizar. De esta forma se pretende devorar lo diverso para que sea digerido de acuerdo a las normas vigentes...” (Amacho Hinojosa, 2011).

Es imprescindible que los trayectos formativos propongan proyectos interdisciplinarios de investigación, de extensión, prácticas que puedan llegar a todos los sectores de cada región y constituir relaciones entre universidad y comunidad donde la experiencia de

los y las fonoaudiólogo/as logre introducirse hacia un campo social muy importante ya que todas las etapas humanas están mediadas por la comunicación: la vida social y cotidiana, la dinámica familiar, la escolaridad, la inserción laboral, sumada a esos ámbitos la función alimentaria, decisiva también en los ciclos vitales de las personas. Se requieren más fonoaudiólogo/as en centros públicos de salud y educación. Pero eso solo no basta, también es necesario posibilitar otro tipo de propuestas de intervención profesional, comunitarias, sociales, en APS que implican estrategias diferentes construidas desde la formación, integrar acciones con equipos interdisciplinarios que se empiecen a constituir desde el mismo seno de la Universidad. La responsabilidad social de los/las fonoaudiólogos/as se equipara al resto de trabajadores/as de la salud, pero se adentra, entre otras áreas vitales, en un terreno profundamente humano y comunitario: la forma de relacionarse entre las personas.

Sin embargo, estamos convencidos de que aún es oceánico lo que queda por hacer. Al interior de la Universidad hay tensiones que aún no se han planteado ni siquiera desde posturas discursivas, por considerar que no están dentro de sus misiones. Una de ellas, -central desde nuestro punto de vista-, está vinculada a la formación ética de los estudiantes. Proponemos “transparentar” los valores que subyacen en las prácticas pedagógicas, conscientes de que muchas veces refuerzan una concepción individualista, acultural y ahistórica del estudiante. Se debe revisar, esclarecer y transformar la desenseñanza de valores de solidaridad, equidad, justicia y verdad. Se trata, en suma, al decir de F. Vallaey, de la construcción de un nuevo “ethos” dentro de la Universidad (Vallaey, s/d). Otra de las tensiones que debe resolver la Universidad, radica en reflexionar, desde la situación académica, la posibilidad de realizar intervenciones comunitarias, por su valor irremplazable en el aprendizaje de los estudiantes. Hoy vemos que, a pesar de intentos alentadores y

experiencias que constituyen ejemplos realmente transformadores, en la mayoría de las Universidades aún predominan prácticas aisladas, poco sostenibles en el tiempo, con escasa formación de los participantes, con débil apoyo institucional y sin la vinculación imprescindible con los aprendizajes académicos... (Vecchi, Lakonich, PérezRotstein, 2009)

La universidad y las instituciones de carácter colectivo constituyen herramientas potentes para este propósito relacionado con la construcción de sociedades más justas e inclusivas asumiendo la responsabilidad histórica y social de ofrecer el conocimiento construido y compartido a la comunidad. Estas son acciones construidas en redes y desde una identidad situada, sólida, reconocida y autónoma.

## Referencias bibliográficas

- Amacho Hinojosa, V., (2011) ¿Por qué “interculturalidad contrahegemónica” en salud?. Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8505>
- Cándreva, A. y Paladino, C., (2005) Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo. Universitas Psychologica. ISSN:1657-9267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740107>
- Cecchi, Néstor Horacio, Lakonich, Juan José, Pérez, Dora Alicia Rotstein, Andrés (2009) El compromiso social de la universidad latinoamericana del siglo XXI: Entre el debate y la acción IEC-CONADU ISBN: 978-987-24464-3. Serie Universidad <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ieconadu/20100317010331/2.pdf>
- Fronidizi, Risieri (1958), La Universidad y sus misiones, en Publicación de Extensión Universitaria, Instituto Sociológico, N.º 88, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. (2005).

Morin, E (1994). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Vallaey, F., (2014). LA RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA: UN NUEVO MODELO UNIVERSITARIO CONTRA LA MERCANTILIZACIÓN. Revista Iberoamericana de Educación Superior, V (12),105-117. ISSN: Recuperado de:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299129977006>

### **Datos de la autora**

**Claudia Díaz** es Licenciada en Fonoaudiología (U.N.L.P). Coordinadora Carrera Licenciatura en Fonoaudiología – FTS – UNLP. Profesora Titular en Fundamentos de la Fonoaudiología – Lic Fonoaudiología. FTS UNLP. Profesora Titular en Educación y Entrenamiento de la voz y el habla - Carrera de Fonoaudiología FTS – UNLP. Miembro del Comité Científico - Revista Científica Colegio de Fonoaudiólogos Regional La Plata. Integrante del proyecto de Investigación: Trayectorias colectivas en los modos de producir la discapacidad: espacialidades, temporalidades y sentidos, radicado en Instituto de estudios de Trabajo Social y Sociedad – IETSyS. Profesora de la Cátedra de Neurolingüística en el Instituto Superior de Formación Docente N.º 9. Dirección de Educación Superior. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

# **Feminización y profesionalización de los estudios superiores. Aproximaciones sobre la historia de la fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario**

**Antonela Ferrero**

El presente artículo intenta esbozar algunas conceptualizaciones necesarias acerca del proceso de feminización en los estudios superiores en general, y de la carrera de Fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario en particular, desde una perspectiva feminista de la ciencia.

## **Generización de los estudios superiores**

La educación superior a lo largo de la historia ha jugado un papel sumamente trascendente en la consolidación de estructuras igualitarias de oportunidades entre varones y mujeres en el ámbito de la formación académica.

A partir de un decreto en el año 1877 se autoriza a las mujeres a cursar estudios universitarios instándolas a seguir carreras "femeninas", como se calificó a aquellas profesiones marcadas por una vocación asistencial vinculadas a la atención de mujeres (parteras y obstetras) y niños/as. Dichas "elecciones", sustentadas en la lógica patriarcal bajo la asignación de atributos "naturales" a las mujeres asociados a la maternidad y tareas de cuidado, consolidaron los estereotipos de género que en este caso han servido (y continúan) para ocultar el sexismo. El sexismo como sistema ideológico toma como referencia lo masculino y subordina a las mujeres a partir de la diferencia sexual influyendo de esta manera en el imaginario colectivo,

afectando las acciones de las personas a partir de la expresión de desigualdades y relaciones de poder asimétricas entre ellas.

Antes de la Reforma Universitaria de 1918, la vida institucional circulaba alrededor de las decisiones de un círculo cerrado de varones que gozaban del privilegio de heredar familiarmente el cargo o bien ser elegidos a dedo por el Gobierno, impartiendo conocimientos alejado de las ciencias, impregnados de connotaciones religiosas.

A partir de la Reforma Universitaria de 1918, el movimiento estudiantil universitario cambió la historia de la educación superior en la Argentina, logrando la democratización del gobierno universitario, la promoción de la ciencia, la libertad de pensamiento y la autonomía. Si bien las mujeres no aparecen en las primeras planas, por esos años ya llevaban tres décadas en la Universidad y habían logrado importantes avances: pudieron egresar y además organizarse para enfrentar las dificultades que se les presentaban a la hora de ingresar a la universidad. Eran tiempos difíciles para las mujeres, los discursos y prácticas sociales vigentes las consideraban seres inferiores, incapaces y susceptibles de estar sometidas a tutela masculina.

Fue hacia fines del siglo XX que el acceso femenino a la universidad considerado “masivo” en muchas de las carreras por un lado incrementó la feminización de la matrícula universitaria, y por otro consolidó la conformación femenina en las áreas sociales, humanísticas y de la salud, tal como fue el caso de la Fonoaudiología.

### **Género y ciencia: importancia en la producción científica**

A lo largo de la historia se ha caracterizado a la mujer en general como un ser irracional y dominado por las pasiones. Se consideraba que las capacidades de racionalidad, abstracción y universalización no le pertenecían “por naturaleza” a las mujeres, con lo cual “naturalmente” las mujeres tampoco serían aptas para producir nin-

gún tipo de conocimiento válido. Esta generización de la ciencia fue estableciendo que sólo las identidades masculinas podían hacer ciencia objetiva, lo que produjo una caracterización de las ciencias como masculinas y otras como femeninas y sexualizó el proceso de pensamiento

Así es como tradicionalmente se les ha negado agencia epistémica a las mujeres justificada en su inferioridad natural en relación con los varones, impidiéndoles a ellas y a otras subjetividades subalternizadas ser validadas socialmente como legítimas productoras de conocimiento.

Frente a esta realidad emerge la epistemología feminista como reflexión sobre la producción de conocimiento, sus metodologías y las teorías científicas. La epistemología feminista surge dentro del marco de la epistemología crítica, relevando la importancia de las variables de sexo y género en la producción del conocimiento y la actividad científica. En ese sentido Evelyn Fox Keller sostiene que el feminismo

(...) trata de ampliar nuestra concepción de la historia, la filosofía y la sociología de la ciencia mediante la inclusión no sólo de mujeres y sus experiencias concretas sino también de aquellos dominios de la experiencia humana que han sido relegados a las mujeres: a saber, el personal, el emocional y el sexual (Fox Keller, 1991).

La lucha personal-política de las investigadoras feministas contribuye a problematizar las experiencias cotidianas en sentido crítico frente a las fuentes de poder, otorgándoles voz en primera persona con deseos e intereses particulares y específicos.

### **Profesiones feminizadas. Articulaciones entre saber y poder**

El conocimiento científico no se produce en forma dissociada de

los sujetos que lo producen sino que se gesta en el seno de condiciones sociales, culturales y económicas que lo determinan históricamente. A este conocimiento situado Donna Haraway lo llamó “objetividad feminista”, donde ciertas experiencias y percepciones del mundo son pasibles de ser incorporadas al desarrollo de la investigación, generándose de esta manera conocimientos parciales sujeta su legitimación a relaciones de poder. En este sentido podemos decir que las profesiones feminizadas refieren a un sujeto histórico definido por condiciones particulares de existencia, donde el género funciona como uno de los factores estructurales y estructurantes que perfilan la posición social, el reconocimiento y el valor de la práctica de una profesión.

Sabemos cuán importante es que una profesión se vea avalada por la construcción de una disciplina científica propia, ya que le permite generar un discurso de legitimidad sobre una parcela del conocimiento y, en definitiva, sobre aquella cuota de la realidad a la que va referido.

Cabe preguntarse acerca de la producción de saberes situados respecto a las profesiones feminizadas en la lógica opuesta al pensamiento androcéntrico.

### **Género y Fonoaudiología: una propuesta estratégica situacional**

La fonoaudiología como oferta académica experimentó diversas categorías: en un principio se constituyó como curso (1960-1970), luego como carrera universitaria (1971-1975) y más tarde fue inserta en el Departamento de Fonoaudiología (1976-1977). Una vez normalizadas las universidades nacionales con el advenimiento de la democracia, se crea la licenciatura en el año 1985.

En sus inicios, la fonoaudiología fue constituida como un sub-campo interdependiente de la especialidad de otorrinolaringo-



logía, restringiendo la autonomía y acotando el saber, el decir y el hacer disciplinar. Cuando la carrera universitaria adquirió un carácter técnico- auxiliar estuvo ceñida a una dependencia de formación y capacitación, como colaboradores del profesional médico. De esta manera se fue estableciendo una relación desigual que sensibilizaba a la comunidad fonoaudiológica debido al control médico sobre las prácticas fonoaudiológicas, avaladas por la Ley N° 17.132 sancionada en el año 1967.

Fue con la sanción provincial de la Ley N° 9981 “Ejercicio profesional de la Fonoaudiología”, promulgada el 12 de diciembre de 1986, junto con la creación de Colegio de Fonoaudiólogos de Santa Fe, que la fonoaudiología logró no sólo ejercer de manera autónoma la profesión sino, además, constituir su propio órgano de control. Este acontecer a lo largo del tiempo fue generando una auténtica toma de conciencia por los propios actores del hacer, y pudieron reconocerse los inagotables conflictos surgidos respecto a la formación y capacitación disciplinar, la condicionada autonomía y, sobre todo, la consolidación de la identidad.

Pero el relato histórico del proceso de profesionalización altamente feminizado de la Fonoaudiología nunca consideró la variable género ni como influyente ni como determinante de sus hitos, y es importante tener en cuenta que incluso en los casos en los cuales el porcentaje de mujeres es mayor, no significa que no subsistan desigualdades de género. El carácter androcéntrico del sistema que da preferencia a los varones frente a las mujeres explica la tendencia de repetición de desigualdades en los diferentes ámbitos en que circulan las fonoaudiólogas. Ante este diagnóstico, el enfoque interseccional permite entender las diversas situaciones de desigualdad y su reproducción institucional por las que ha pasado (y continúa) la Fonoaudiología en los diversos ámbitos: académico, científico, laboral, sindical, entre otros.

### **Identidad fonoaudiológica. Puntualizaciones necesarias**

Es una tarea fundamental seguir avanzando en la reflexión acerca de la feminización del proceso de profesionalización de la carrera de Fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario. La necesidad e importancia de profundizar los estudios sobre diversas trayectorias femeninas en el mundo académico y profesional de la fonoaudiología, favorecería la reconstrucción de su historia desde una perspectiva feminista de la ciencia, pues la Fonoaudiología será mejor entendida mediante el estudio de las características sociohistóricas de gestación y evolución de sus saberes.

Indagar en la forma en que se ha construido su funcionalidad y los pilares en la que descansa, permitirá identificar la configuración de la producción de su conocimiento, pero junto a ello también, algo que es muy importante, su capacidad de resistencia y los porqués de sus luchas.

### **Referencias bibliográficas**

Arias, A. (2018) ( Mujeres universitarias en la Argentina: Algunas cuestiones acerca de la Universidad Nacional de La Plata en las primeras décadas del siglo XX. Trabajo final integrador. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1560/te.1560.pdf> [14/02/22].

Bach, Ana María. (2014). Fertilidad de las epistemologías feministas en Sapere Aude. Belo Horizonte.

Brah Avtar. (2012). Pensando en y a través de la interseccionalidad en Zapata Galindo, García Peter y Chan de Avila (eds.) La interseccionalidad a debate. Actas del congreso internacional

“Indicadores interseccionales y medidas de inclusión parcial en Instituciones de Educación Superior. Berlín.

Connell, R.W. (1997). La organización social de la masculinidad en Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Sgo. de Chile: FLACSO.

Fox Keller, Evelyn. (1991). *Introducción en Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.

Fox Keller, Evelyn. (1985). *Género y Ciencia en Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.

Haraway, Donna. (1991). *Saberes situados: el problema de la ciencia en el feminismo y el privilegio de una perspectiva parcial en Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra

Harding, Sandra. (1998. 1987). *¿Existe un método feminista?* en Bartra, Eli (comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*. México: UAM.

Martin, Ana Laura. (2021). *RUGE, el género en las universidades*. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en [https://utn.edu.ar/images/Secretarias/SAE/RUGE/RUGE-libro-digital\\_El-gnero-en-las-Universidades.pdf](https://utn.edu.ar/images/Secretarias/SAE/RUGE/RUGE-libro-digital_El-gnero-en-las-Universidades.pdf). [15/02/22].

Ogni, Hilda. (2021) *Transversalidad histórica, académica y social en el proceso del desarrollo de la práctica fonoaudiológica y en la construcción de su profesionalización en la UNR en Isaías, Felice, Campra (eds.). Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles*. - 1a ed. – Rosario.

Smith, Dorothy (2012). *El punto de vista de las mujeres: conocimiento encarnado vs relaciones de dominación*, *Temas de Mujeres*. Año 8, N0 8. (Trad. Ana María Bach)

Yanes Abreu, Zenaida (s/d) *Cómo ver el mundo desde el feminismo. Una reflexión sobre la objetividad científica*.

Disponible en [www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/Yanes.pdf](http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/Yanes.pdf)

### **Datos de la autora**

**Antonela Irene Ferrero:** Lic. en Fonoaudiología. Ps. Social. Ed. Popular. Trabajadora de la Secretaría de Formación y Capacitación para la Igualdad del Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad de la Provincia de Santa Fe. Actualmente cursante de la Maestría Poder y Sociedad desde la Problemática del Género. Facultad de Humanidades y Artes UNR. Miembro de la Comisión de Cambio Curricular de la Escuela de Fonoaudiología UNR. Miembro de la Comisión de Género y Diversidad del Colegio de Fonoaudiólogos 2da circunscripción.

# Creación del departamento de acompañamiento pedagógico

**Luciana Francesconi**

Durante el mes de febrero del año 2020 junto a la Secretaría de Políticas Estudiantiles se organizaron encuentros para crear y poner en funcionamiento un espacio que aborde la relación enseñanza aprendizaje, como una vinculación dialéctica, en donde se considere a todas y todos los integrantes de la comunidad educativa de las tres escuelas de la facultad de Ciencias Médicas.

La Secretaría de Políticas Estudiantiles debe acompañar y garantizar el acceso al proceso de aprendizaje de las y los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas.

Es un desafío institucional acoger y respetar la diversidad en la vida académica y profesional, de la comunidad universitaria a la que pertenecemos.

El debilitamiento estructural y progresivo que ha sufrido nuestra facultad en los últimos años, ha creado incertidumbre, y males-tares en todos los claustros. La pandemia COVID nos ha alejado de las aulas, de los encuentros físicos y las charlas cara a cara, por ello, la creación y la puesta en funcionamiento de este departamento es inminente.

La responsabilidad ética, social, cultural, académica y política que media la producción de saberes y fundamenta el quehacer en las ciencias y en las praxis profesionales es el compromiso.

Es de vital importancia la creación de nuevas rutas conceptuales, metodológicas y pedagógicas para generar procesos democráticos, participativos y construcción de ciudadanía universitaria, abordando cambios multi-disciplinares.

Fue necesaria la creación del DAP<sup>1</sup>, por el deber histórico que

---

<sup>1</sup> Se utilizará la sigla DAP, a lo largo del escrito para referirse al Departamento de acompañamiento pedagógico.

nos impone la situación actual de nuestra facultad, para poder proyectarla hacia adelante con un rumbo de armonía donde las y los estudiantes construyan identidades, sean escuchadas y escuchados, acompañadas y acompañados y se intervenga en situaciones emergentes propias de la idiosincrasia diaria del proceso pedagógico que transitan.

Es prioridad identificar, evaluar y afrontar las necesidades y demandas individuales y colectivas, sensibilizando y motivando a la comunidad para que se apropien de ellas e intervengan activamente, en última instancia subsanar dichas situaciones mediante la palabra y el dialogo como única herramienta posibilitadora para resolver los conflictos.

### **Visión**

Recuperar los vínculos altruistas, que movilizaron la lucha por la educación pública y los derechos de las y los estudiantes, a través de políticas inclusivas que garanticen la permanencia del estudiantado en la universidad. Convertir la Facultad de Ciencias Médicas y sus tres escuelas en una institución que albergue amable y armónicamente a nuestra comunidad educativa, respetando las diferencias que subyacen a género, etnia, y discapacidad.

### **Misión**

Abordar integralmente el proceso de enseñanza aprendizaje, involucrando a los cuatro claustros de nuestra institución: estudiantes, docentes, nodocentes y graduadas/os. Colaborar en la transformación de los espacios compartidos generando praxis inclusivas en todas las y los integrantes de las tres escuelas de la facultad de Ciencias Médicas. Ello en miras de formarnos y transformarnos en futuras y futuros profesionales de la salud que valoricen la condición

humana como bien fundamental, en cada una de sus competencias. Potenciar desde múltiples disciplinas, estrategias que generen ámbitos de convivencia saludables, erradicando actos de violencia y discriminación por género, etnia o discapacidad. Interpelar los métodos y técnicas puestas en juego, así como la relación docente-estudiante, los roles asignados, jerarquías, relaciones de poder, estereotipos de género, entre otros, para construir aprendizajes, producir saberes, asegurar la educación continua y promover la circulación democrática de conocimientos para más y mejores prácticas en convergencia con sólidos preceptos morales y compromiso ético con el irrenunciable derecho a la salud, y, con apertura al diálogo participativo y al servicio solidario con el bien común de las comunidades en el orden local, provincial y regional, nacional, latinoamericano e internacional con las que se vincula.

### **Objetivos**

Constituir el DAP como dispositivo facilitador de la integración y articulación entre las y los integrantes de la comunidad educativa.

Indagar, conocer, diagnosticar qué tipo de vínculos se gestan en el proceso de enseñanza aprendizaje, apuntando a fomentar vínculos cada vez más saludables, libres de todo tipo de violencia y discriminación.

Detectar los principales obstáculos que existen en el proceso de enseñanza aprendizaje y proponer herramientas para subsanar las problemáticas emergentes.

Gestar espacios de escucha que atiendan las inquietudes de aquellas/os estudiantes que presenten dificultades en la construcción del aprendizaje pedagógico o estuviesen padeciendo situaciones de violencia, maltrato, abuso o discriminación. Priorizando instancias comunicativas, mediatizadas por el diálogo como única herramienta para mediatizar y resolver los posibles conflictos.

## Fundamentación

“La autoridad en un hogar de estudiantes, no se ejercita mandando, sino sugiriendo y amando: enseñando. Si no existe una vinculación espiritual entre el que enseña y el que aprende, toda enseñanza es hostil y de consiguiente infecunda. Toda la educación es una larga obra de amor a los que aprenden”<sup>2</sup>.

Según la especialista en alfabetización e inclusión, Fernanda Felice (2020), la educación en todos sus niveles, debe considerar la propuesta formulada por el Modelo Social de la Discapacidad<sup>3</sup> y contemplar la salud en todas sus dimensiones (biológica, social, psíquica y racional). Respetar y valorar las diferencias nos permitirá construir un mundo más justo, que garantice la inclusión de todas las personas que integren nuestra comunidad.

La creación de este departamento apunta a resolver problemáticas actuales que recorren las diferentes escuelas de nuestra Facultad. Si bien cada una de ellas tiene particularidades que deben ser abordadas singularmente, nos proponemos trabajar en la integración de las Escuelas de Enfermería, Fonoaudiología y Medicina, favoreciendo espacios de enriquecimiento mutuo que aporten a una mirada interdisciplinar de las Ciencias de la Salud, desde el inicio de la formación.

Si la pedagogía es la ciencia que estudia los procesos metodológicos y técnicos que se aplican a la educación y la enseñanza, realizar un acompañamiento pedagógico implicaría entre otras cosas revisar a los mismos en función de enriquecer el proceso de enseñanza aprendizaje.

Para ello debemos definir como entendemos a dicho proceso.

---

<sup>2</sup> Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria 1918.

<sup>3</sup> El Modelo Social de la Discapacidad concibe a la discapacidad como una característica más, dentro de la diversidad que existe entre las personas, y no como un limitante que define la vida del sujeto, condenándolo a la discriminación y a la exclusión social.



Buscando coherencia con un criterio de salud, que entienda a la misma, como proceso de salud – enfermedad, emergente de un proceso socio histórico, de un sujeto bio -psico – social. Nos proponemos una concepción pedagógica que comprenda al proceso de enseñanza aprendizaje como un par dialéctico indisolublemente ligado, que debe analizarse como estructura compleja que incluye ambos aspectos de la relación en un momento histórico determinado.

Desde estas concepciones, se desprende como tarea de este departamento, andamiar este proceso en un sentido amplio, entendiendo al acompañamiento no solo en el abordaje de la problemática concreta, es decir asistencial, sino en la prevención de obstáculos en el proceso de enseñanza aprendizaje y en la promoción de un pensamiento crítico como parte fundamental del desarrollo del conocimiento científico.

La institución debe revisar no solo los contenidos de las currículas, programas y unidades permanentemente, para mantenerse actualizada, sino que debe rever los modos de transmisión, los valores que de ella emanan, y las concepciones que de estos métodos se desprenden.

Para ello será necesario interpelar los métodos y técnicas puestas en juego en los procesos de enseñanza aprendizaje que se dan en nuestra facultad, así como la relación docente - estudiante, los roles asignados, jerarquías, relaciones de poder, estereotipos de género, etc. analizando que implicancia tiene este interjuego en la formación profesional.

Se apunta como integrantes de una institución educativa pública, laica, democrática, cogobernada, a que nuestras prácticas pedagógicas, puedan ser metódicamente revisadas, analizadas y modificadas, en función de las necesidades de la comunidad en la que van a ejercer nuestras y nuestros egresadas y egresados y con la operatividad necesaria para que las herramientas brindadas a las y los estu-

diantes, además de ser adecuadas a las demandas vigentes de nuestra comunidad, sean efectivamente aprendidas, entendiendo al proceso de enseñanza aprendizaje como la posibilidad de construir conocimientos significativos, no solamente la trasmisión e incorporación de teorías y técnicas.

Se sostiene que este proceso es complejo y a la vez constitutivo de las y los profesionales de la salud, que de nuestra institución egresen. Por eso, debe revisarse integralmente y periódicamente.

A la vez, sabiendo que parte de nuestra función social es la formación en ciudadanía, tenemos la obligación de formar a nuestras/os estudiantes con valores basados en los Derechos Humanos, la no violencia, la sensibilidad, empatía y el compromiso con la comunidad. Esto implica un compromiso no solo declamatorio, sino la búsqueda de que esos valores se vean reflejados en las acciones diarias que acontecen en nuestra Institución, pensando la posibilidad de los proyectos futuros no sobre la realidad existente, si no sobre la realidad que hay que crear.

Si apuntamos a la formación de profesionales con capacidad crítica y transformadora debemos revisar profundamente las concepciones pedagógicas que proponen a las y los estudiantes un rol pasivo de incorporación de saberes, desconociendo como actividad central del proceso aprendizaje, la capacidad cognoscente y creativa.

Si se pretende que nuestras y nuestros egresadas y egresados sean protagonistas del desarrollo del conocimiento científico, ejerzan su trabajo con sensibilidad y compromiso social. Si se fomenta la investigación, el estudio, el trabajo comunitario, la formación permanente, debemos promover un rol activo del estudiantado en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Es prioridad desterrar la educación bancaria que ya señalaba Paulo Freire<sup>4</sup> y que todavía sigue vigente en muchos de nuestros espacios académicos y generar las condiciones para que las y los es-

tudiantes puedan poner en juego sus propios saberes, experiencias, opiniones y debates en la producción del conocimiento.

Desde este espacio se realizarán instancias de diagnóstico y evaluación que permitan profundizar los logros y avanzar en lo que en la actualidad funciona como obstáculo. Las evaluaciones deben ser realizadas por los distintos actores de la comunidad educativa, con particular importancia en la opinión del claustro estudiantil, como destinatario primario de la formación académica.

A partir de las lecturas que se puedan hacer de los diagnósticos y evaluaciones, en articulación con otras secretarías de la facultad, se podrán ir generando las instancias de transformación que de ellas se desprendan.

### **Plan de trabajo**

Elaborar un diagnóstico de las principales necesidades, debilidades y problemáticas del proceso de enseñanza aprendizaje en el transcurso del año lectivo.

Difundir en los diferentes claustros de la institución académica con el fin de dar a conocer la relevancia de la creación y trabajo compartido del departamento, se llevará adelante por medio de las y los representantes docentes de las tres escuelas implicadas.

Articular con instituciones y espacios: en conjunto con las subsecretarías de la facultad se crearán redes de trabajo no solo para direccionar o abordar una demanda existente si no también trabajar sobre la prevención.

Charlas informativas: sostenemos como dispositivo que informarse sobre los derechos y obligaciones que nos competen como

---

<sup>4</sup> Es uno de los destacados pedagogos del siglo XX. Nació en Recife, Brasil en 1921, y muere en San Pablo en 1997. Con el término educación bancaria, hace referencia a que el educador es siempre el que educa, quién sabe y quién piensa, por lo tanto, la educación es el acto de depositar, de transferir, de depositar valores, conocimientos e ideas.

miembros activos de la comunidad educativa es una de las maneras de prevenir situaciones conflictivas.

Talleres pedagógicos para acompañar el miedo a enfrentarse a los exámenes finales y para adquirir herramientas para el ámbito universitario (lectura comprensiva y exposiciones orales).

Intervención en las demandas individuales que lleguen al espacio a través del correo electrónico<sup>5</sup> o personalmente a alguna de las representantes.

Comité responsable del DAP:

María Eugenia Cabral. Escuela de medicina.

Julieta Serrano. Escuela de enfermería.

Luciana María Francesconi. Escuela de fonoaudiología.

Soledad Alfeiran. Psicóloga

Jorgelina Alvarez. Psicopedagoga

Sofía Rañez. Escuela de fonoaudiología

---

<sup>5</sup> Correo del DAP: [acompedfcm@gmail.com](mailto:acompedfcm@gmail.com)

## Referencias bibliográficas

Freire, P. (2018). Cartas a quien pretende enseñar. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Freire, P. (2015) Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Resolución 1572/2020. Departamento de Acompañamiento Pedagógico. (FCM. UNR)

## Datos de la autora

**Luciana María Francesconi** es Licenciada en fonoaudiología y docente de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Se dedica a la clínica del lenguaje y el aprendizaje escolar en niñas, niños y adolescentes. Es integrante del DAP de la facultad. Es parte del equipo de trabajo para la gestión de la escuela de fonoaudiología, con asuntos estudiantiles y acompañamiento de trabajo.



# Escuchar, movilizar, alojar. Una invitación a con-mover nuestras prácticas profesionales e interrogar nuestras experiencias formativas

**Eliana Villar García y Carolina Conditto**

¿Qué tiempo se inaugura a partir de un encuentro? ¿Qué espacios habilitamos para que pueda emerger ‘lo impensado’? ¿Cómo nos disponemos al ‘acontecimiento’ que surge como espacio naciente ‘entre’ un vos y un yo?<sup>1</sup> ¿Cómo podemos, en tanto profesionales de la salud, ser partícipes de una experiencia transformadora que acompañe y aloje a la experiencia del otrx, en lugar de negarla o suprimirla? ¿Qué relación guarda nuestra praxis profesional con nuestra formación de grado? ¿Qué tal si bailamos?

Este es un texto escrito “de” y “entre” dos<sup>2</sup>, y, por lo tanto, es un escrito que nace del encuentro de experiencias, recorridos, deseos y necesidades diversas. Su principal motivación es, a través de algunos interrogantes e ideas salientes, invitar a enactuar<sup>3</sup> otros modos de

---

<sup>1</sup> Para las nociones de espacio ‘entre’ y ‘acontecimiento’, estamos conversando, esencialmente, con los aportes de la filosofía “de la diferencia”, tal como nombró Gilles Deleuze (1925-1995) a una línea de pensamiento originada en la filosofía estoica y que recorre varios autores como Spinoza (1632-1677), Nietzsche (1844-1900) y el propio Deleuze.

<sup>2</sup> Hacer referencia al universo de enunciación de este escrito es un posicionamiento que pondera a la producción de conocimiento como una experiencia situada (Haraway, 1995, p.324) y colectiva. Específicamente, nos interesa resaltar aquí nuestra proveniencia de territorios disciplinares distintos: la fonología, la comunicación social y las artes escénicas.

<sup>3</sup> En diálogo con la corriente fenomenológica (Merleau Ponty, 1908-1961), Francisco Varela desarrolla el concepto de ‘enacción’ en tanto cognición corporizada (Varela, 1997) resulta fundamental para nuestra búsqueda de prácticas integradoras, a la vez que críticas y situadas en nuestro desarrollo profesional y docente.

ser y hacer profesional. Asimismo, nos interpela pensar el vínculo estrecho entre las prácticas que profesamos, con aquellas escenas pedagógicas desde las cuales aprendimos y, también, enseñamos.

En un presente de crisis e incertidumbre generalizada, elegimos abrir preguntas que nos con-muevan y nos animen a seguir explorando. Impera poder divisar horizontes más saludables, cuidados y amables con nuestro ambiente-entorno; así como también poder trazar vínculos que contemplen y surjan desde la diversidad de saberes, de posiciones y de roles implicados en cada situación, clínica, pedagógica o académica, por nombrar las que nos interpelan.<sup>4</sup> Quizá solo se trate de ‘sacudir’ lo que, por cotidiana reiteración, ya ha perdido su sentido<sup>5</sup>. Quizá, solo se trate de re-ritualizar nuestros espacios de trabajo y recuperar la potencia vincular, afectiva y transformadora a la que invita cada encuentro. Quizá sólo se trate de escuchar, movilizar y alojar.

---

<sup>4</sup> Desde perspectivas más contemporáneas, podemos dialogar con propuestas epistemológicas cuyo núcleo otorgado a las diferencias y diversidades en la tarea de producir conocimiento es ineludible; traemos a la Epistemología del Sur (Boaventura Sousa Santos, 2018), donde se habla de construir una “ecología de saberes”, ‘epistemepolíticas’ sin un centro totalizante/colonizador; en La Epistemología Ch’ixi (Silvia Rivera Cusicanqui, 2018), donde se propone creación de taysis, tejidos intermedios con zonas de fricción, y comunidades de afinidad; y en el Feminismo multiespecies situado (Donna Haraway, 2019), donde hay una contundente propuesta de generar parentescos de manera sim-poiética, hacer compost, generar “intimidad entre desconocidos”, en miras a “aprender a vivir y morir en un presente denso” (Haraway, 2019, p.102).

<sup>5</sup> Al hacer referencia a sentido, lo hacemos en su triple acepción: sentido de sentir, sentido de dirección y sentido de significación. Esta “tríada del sentido” es una elaboración propia de la Lic. Gabriela Larreteguy, jefa de cátedra de Comunicación Estratégica I de la carrera de Comunicación Social de la UNR. Tomamos el término producto de intercambios en varios encuentros de trabajo y lo retomamos pese a no tratarse de una categoría conceptual registrada hasta el momento.



### **Primeras preguntas. Apertura del problema e invitación a la mezcla.**

Estamos, indudablemente, en un tiempo que nos llama al movimiento. Nos reconocemos en un tiempo apresurado y con un permanente convite a conectarnos a través de dispositivos tecno-perceptivos, en un trayecto que, inspeccionamos, conlleva a desconectarnos cada vez más de nosotrxs mismxs, de nuestro cuerpo, nuestro tiempo y nuestro entorno próximo. Sostenemos que cada cual desde su ámbito de experiencia puede hacer su aporte, y, quisiéramos proponer aquí, que este aporte contenga el esfuerzo por “descender”<sup>6</sup> del espacio cerrado y aséptico de las certezas (heredadas del racionalismo y positivismo más ortodoxo) en miras a un espacio de mezclas y composiciones. Alimentamos la importancia de una práctica profesional en salud que persiga una ética centrada en los encuentros, la escucha y el registro de lo emergente en tanto territorio fértil desde el cual abonar nuestro quehacer cotidiano. Proponemos un ejercicio profesional en el ámbito de la salud fonoaudiológica –pero extensible a otros ámbitos– que esté “perforado” por otros saberes, que se pregunte, pero, sobre todo que esté “a la escucha” de aquello que germina en el espacio tiempo de encuentro con ese otrx a quien acompañaremos en su singular trayecto.

“No sabemos lo que puede un cuerpo”, escribía Spinoza<sup>7</sup> hace un par de siglos, y la invitación sigue latente en tanto ética, poética y política pasible de ser configurada, cada vez. Al detenernos en nuestras prácticas y ejercicios profesionales, de manera ineludible reparamos en la relación que estas prácticas tienen con nuestra formación en la Universidad. ¿Contamos con herramientas para entrar

---

<sup>6</sup> Cfr.- Castro Gómez, S. (2005)

<sup>7</sup> Baruch Spinoza (Ámsterdam, 24 de noviembre de 1632 - La Haya, 21 de febrero de 1677)

en composición con otros saberes? ¿Cómo es que recibimos estas herramientas? ¿Será que el conocimiento rebasa ampliamente la ‘transmisión’ de saberes como paquetes de información, y el llamado a los cuerpos es, en este tiempo, inevitable? La pregunta por el cómo aprendemos nos reenvía a cómo enseñamos, y ello, a las escenas de transmisión que, indefectiblemente nos marcan y llevamos al quehacer profesional.

### **El Entre y el Acontecimiento. Transformaciones en las intervenciones terapéuticas**

El encuentro con un ser humano y su familia nos invita a la reflexión continua y a la necesidad de tomar un posicionamiento en función de cómo acompañaremos los procesos clínico - terapéuticos. No podemos –ni queremos– eludir la singularidad del sujeto que se presenta a nuestro encuentro, así como el motivo que lo lleva a pedir ayuda, a compartir sus dudas, sus vulnerabilidades, su sufrimiento. Ponderamos la importancia de atender a las particularidades, revalorizar el nombre propio, su historia, el entorno que lo envuelve, aquello que lo distingue e identifica, lo sutil, el detalle. ¿Cómo ignorar ese gesto, ese tono de voz, esa mirada, esas palabras que circulan en cada encuentro? Darnos la posibilidad de sentir y recibir desde una disposición abierta y despejada de prejuicios –o al menos, empezar por reconocer que los tenemos, y registrarlos–, así como evitar encasillar en bien/mal o colocar un rótulo inmediatamente, son desafíos importantes para este tiempo. Abrir las posibilidades a la incertidumbre es apostar a lo posible, e implica, necesariamente, alojar lo singular, lo que sucede con ese ser humano que se nos presenta en cada encuentro. El cuerpo es protagonista no escindido del proceso: registrar nuestros modos somáticos de atención es darle también otro valor a lo que, desde perspectivas más

conservadoras, sería sólo un medio o un canal de expresión.<sup>8</sup>

Tal como venimos planteando en modo general, aquí también se trata de un encuentro, de un ‘entre’ que nace de la singular mezcla entre un vos y un yo. En ello, no podemos rehuir lo propio, y resulta fundamental disponernos a transitar distintos estados, emociones y lenguajes. ¿Cuándo y cómo conectamos con nosotrxs? ¿Qué posibilidades tenemos de poner a trabajar lo que hallamos “aquí”? ¿Qué relación tenemos con nuestra propia salud? ¿Podemos habilitar la reconexión con nuestra propia voz, brindando un lenguaje “auténtico”, desde el corazón, dinámico y expresivo? Es así como, reconociéndonos en nuestra propia singularidad, podemos retomar la pregunta por el encuentro: ¿qué alojamos? ¿Qué estamos dispuestxs a ofrecer? ¿Qué donamos, cómo, y para qué?

El estudio de las ciencias en torno a la salud fonoaudiológica ronda, en su mayoría, a las formas: la forma del habla, la forma del lenguaje; en detectar, diagnosticar y tratar lo no esperado, lo que acontece y dificulta la comunicación. En esto nos preguntamos: si estamos hablando de comunicación, ¿cuándo perdimos el foco? ¿Cuándo fue que la comunicación se redujo al lenguaje, a la voz, al habla, o a la audición? Esta propuesta invita volver al cuerpo en sus múltiples dimensiones, volver a la mirada, a la voz, al abrazo, al

---

<sup>8</sup> Traemos al cuerpo como fenómeno complejo, materia sensible y simbólica al mismo tiempo; objeto de conocimiento e instancia a partir de la cual se conoce. Sostenemos que en el territorio en el que nos estamos moviendo, lo interesante –el sentido– acontece en los cruces, por lo que creemos imprescindible agenciar una concepción de cuerpo y con el cuerpo, que pueda envolver distintos campos del saber. “...el cuerpo trae al centro de la escena tensiones, desplazamientos y ambivalencias que no se dejan reducir a una perspectiva “constructivista” ni a una aproximación “biologisista”, abriendo una zona de intercambios y de transformaciones que desbaratan a la vez todo esencialismo y todo relativismo cultural” (Szurmuk, M. y Robert McKee, I, 2009, p. 69)

encuentro de aquello que nace únicamente sintiendo los vínculos<sup>9</sup>. Arriesgarse a nadar en el mar de la incertidumbre es todo un reto y una apuesta al acompañamiento artesanal, comprometido y amoroso de la clínica fonoaudiológica.<sup>10</sup>

### **¿Y nuestra formación? ¿Cómo aprendemos en la Universidad?**

Pensar a la Universidad supone adentrarse en un modelo de conocimiento específico, y, si bien no podemos afirmar que no ha sufrido transformaciones en las últimas décadas, todavía es posible hacer referencia a la misma como portadora de un modelo arbóreo<sup>11</sup>, tanto por lo que implica su división y compartimentación de saberes en disciplinas, como por su transmisión “alfabética” e incluso por su organización y burocratización departamental.

Posicionadas como docentes de formación de grado en fonoaudiología y en comunicación, exploramos la importancia de integrar

---

<sup>9</sup> Este recorrido en torno a la clínica fonoaudiológica, el posicionamiento frente a la tartamudez y la puesta en valor del sentido amplio de la comunicación humana, está íntimamente ligado y se hace cuerpo para nosotras a partir de lo compartido en la “Fundación para la Tartamudez Rosario” (actualmente “Grupo Comunicación Fluida). Allí, la docente, Fga. y Ps. social María Cristina Peyrone, en su definición de tartamudez revaloriza los viejos conceptos de comunicación preponderando los vínculos, los contextos y el entramado personal y particular que caracteriza a las personas.

<sup>10</sup> Destacamos en tales sentidos, los aportes de la docente y Fga Silvana Perfumo: “...la comunicación fluida es un proceso complejo de interacciones humanas, lingüísticas y discursivas, abarcativo de vínculos y contextos. Se habilita con intencionalidad en sus componentes y se basa en reflexionar, re-significar y vivenciar, a través del diálogo, la experiencia lúdica, la observación, la auto observación para recobrar espontaneidad, autenticidad, libertad, naturalidad, fluidez” (Perfumo, 2021, p. 195).

<sup>11</sup> Recomendamos, para la comprensión de la metáfora del árbol en tanto modelo de construcción de conocimiento en contraposición al modelo rizomático, la lectura de Deleuze, G.; Guattari, F. 1988, p.10-29.

y posibilitar espacios de aprendizaje en los cuales el conocimiento sea también la deriva de un proceso de encuentro nutrido por diversidad y multiplicidad de singularidades. Es menester que nuestros espacios formativos puedan, a través de la escena de transmisión, propiciar encuentros en los cuales, por los lenguajes empleados, por los contenidos propuestos y por la dinámica de trabajo convocada, aporten hacia el fortalecimiento de una sociedad cada vez más empática, sensible y comprometida. El cuerpo, los cuerpos, están requiriendo atención y, cada vez están más “adentro de la escena”<sup>12</sup>.

En este sentido, subrayamos la importancia de invitar a “perforar” los procesos de transmisión en educación superior con materialidades, dinámicas y dispositivos que, en principio, serían provenientes de otros modelos, tales como el arte, la literatura, la danza, el teatro o la música. Se trata de tomar aquello que nos permita restituir la integralidad, lo colectivo y lo diverso en nuestros procesos formativos.

En salud, más aún en fonoaudiología, no debiéramos olvidarnos que somos seres gregarios, sensibles y que los mundos traídos por el lenguaje, serán siempre más amables si están alojados en escenas de amorosidad, cuidado y reconocimiento del otrx en tanto otrx.<sup>13</sup> Insistimos con la metáfora del bailar, puesto que comprobamos que es muy poderosa, más aún cuando deja de ser metáfora para con-

---

<sup>12</sup> Reconocemos que se están incorporando nuevos paradigmas de pensamiento y organización que podrían contribuir a romper con la rigidez de este modelo; pensamiento complejo, decolonial y feminista mediante. La Universidad también puede ser un espacio de encuentro para la producción y creación colectiva de conocimiento, y es aquí donde nos ubicamos. Para ampliar este tema, recomendamos la lectura de Castro Gómez, 2005 y Cabra de Ayala, 2007.

<sup>13</sup> Para ampliar estas nociones de ‘conversar’ en tanto entrelazamiento del lenguajear y el emocionar, así como del amor como emoción que permite reconocer al otro en tanto que otro, ver Maturana, 1997.

vertirse en lenguaje posibilitante, tanto en la enseñanza como en la instancia clínica.

Para concluir, quisiéramos destacar el valor de la comunicación en su dimensión ritual y performativa como parte esencial de todo proceso de aprendizaje y de búsqueda de bienestar; procesos en los cuales la performance de los cuerpos es un ejercicio permanente a construir<sup>14</sup>. Resulta primordial que nuestra casa de estudios pueda habilitar y promover la sensibilidad, el placer, el juego y el arte como parte de la formación y ejercicio del profesional de la salud. Instamos, entonces, a multiplicar las experiencias de composición colectiva que conlleven a la conciencia y registro personal, del otro y del colectivo, así como también, alentamos para estos tiempos y sus instituciones, la implementación de modos diversos/otros a los hegemónicos en la construcción de conocimiento.

Cerramos este capítulo con la llama del deseo encendida y con el anhelo de que pueda devenir llamada, quizá semilla, quizá “desecho compostable”, y así, convidar, una vez más, al movimiento. Esta llamada que convida a ser partícipes, actuantes y responsables de los procesos formativos y clínico terapéuticos, nos ubica en la revalorización del vínculo, y lo hace desde el cuidado y la celebración que implica cada encuentro de cuerpos.

Escribimos y, también nos emocionamos. Entonces, lo decimos: porque creemos que los sentidos de las palabras, de los relatos y de los mundos, están en estrecha vinculación con una raíz corporal-afectiva, y que, al mismo tiempo que los posibilita, los embellece y les otorga la posibilidad de ser transformados.

---

<sup>14</sup> Para pensar lo “performativo”, recomendamos la lectura de Fisher, 2011.

## Referencias bibliográficas

- Cabra de Ayala, N. (2007). ConoSer en la Universidad. En línea en [www.ucentral.edu.co/nomadas/nunme-ante/26-30/.../6-cono-ser.pdf](http://www.ucentral.edu.co/nomadas/nunme-ante/26-30/.../6-cono-ser.pdf)
- Castro Gomez, S. (2005). Descolonizar la universidad (en línea). *Revista de estudios sociales* (26).
- Deleuze, G; Guattari, F. (1988). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: pre-textos.
- De Sousa Santos, B. (2018) *Introducción: Las epistemologías del sur en Meneses M.P, y Bidaseca K. (Coordinadoras) Epistemologías del sur*. En línea.
- Fisher, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Abada Editores
- Haraway, D. (2019). *Seguir con el problema: Generar parentesco en el Chthuluceno*. Bilbao: Consonni.
- Lazzarato, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción (1945)*, Buenos Aires: Planeta.
- Perfumo, S. (2021) *La comunicación fluida. Una perspectiva para la prevención y atención de la tartamudez*. En *Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles*. Rosario: UNR
- Peyrone, M. (2010) *Tartamudez o comunicación incierta y entrapada*. En *La clínica fonoaudiológica. Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico*. Rosario: UNR
- Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Buenos Aires: Tinta limón.
- Szurmuk, M. y Robert McKee (2009), I. *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos*. México, Siglo XXI Editores. / Entrada: cuerpo.
- Varela, F; (1997) *De cuerpo Presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa: Barcelona

## Datos de las autoras

**Eliana Raquel Villar Garcia** es Licenciada en fonoaudiología, diplomada en estimulación temprana. Docente en la cátedra: Metodologías para la Eufonía (Escuela de Fonoaudiología, UNR). Forma parte del grupo Comunicación Fluida - Tartamudez y participó de la “Fundación para la Tartamudez Rosario”. Ha participado como oyente y expositora en cursos y talleres sobre disfluencia y tartamudez. Miembro activo de la Asociación Civil Fórum Infancias Rosario. Co-coordina el proyecto “Cantar, Tocar, Bailar” en la Escuela de Fonoaudiología (FCMed. – UNR).

**Carolina Conditto** es Licenciada y Profesora en Comunicación Social (FCPolit- UNR), Maestranda en Estudios Culturales (CEI-UNR). Bailarina, actriz y docente. Ha participado como Prof. Adscripta en el Seminario “Culturas Cuerpos e Identidades” y en el proyecto de extensión universitaria “¿Y vos de dónde sos?” (FCPolit- UNR). Integra el equipo de gestión de la Dirección de Comunicación Institucional (DiCI) de la UNR. Co-coordina el proyecto de investigación del movimiento desde la danza popular “En abrazo, litoral”. Fue asistente de dirección, producción y coordinadora de espacios artísticos pedagógicos en ámbitos y organismos públicos. Co-coordina el proyecto “Cantar, Tocar, Bailar” en la Escuela de Fonoaudiología (FCMed. – UNR). Es invitada a asistir a Paula Drenkard en el laboratorio/taller “La propia piel. Cuerpo, identidad y lo que se produce con otrxs” durante este ciclo en el CCPE.



# El devenir de las prácticas docentes en tiempos actuales

**Maia Schmuckler**

En los últimos tiempos y con el acontecer de los cambios sociales, económicos y tecnológicos, la Universidad Argentina ha padecido una transformación en donde la actividad docente se ha visto fuertemente impactada; tal es así que como lo señala Marquina (Pierella, 2017, p.5); “las reformas mundiales trasladaron el poder académico al Estado y al Mercado con nuevas configuraciones, cuyas características son la burocratización y mercantilización”.

El ingreso a la Universidad pública es una problemática que viene gestándose desde hace tiempo y ha estado en la agenda tanto de los estudios sobre educación como de los discursos mediáticos. Es habitual que en dichas aproximaciones se destaquen los déficits de la formación secundaria respecto de una de las funciones que históricamente tuvo a su cargo, la de ser una instancia preparatoria para la Universidad. Asimismo, al analizarse la brecha entre dos culturas institucionales diferentes suele enfatizarse la falta de disposiciones de los estudiantes para adaptarse a las nuevas condiciones.

Corriéndonos de estas miradas centradas en lo que ya no ocurre es que en el presente escrito se pretende reflexionar acerca de cómo se resignifica o se reconstruye la función docente tradicional construida históricamente a partir de los desafíos y posibilidades que plantean los nuevos modelos de enseñanza y aprendizaje, pero fundamentalmente, qué nos demanda una nueva generación de estudiantes con una lógica y una cosmovisión del mundo muy particular, una generación que ya no solo son nativos digitales sino que en términos de Gardner (2014) son la “Generación APP”.

Evidentemente este interrogante no puede pensarse si no es en el

devenir del tiempo y de los cambios generacionales.

Una nueva generación de estudiantes, la denominada “generación Ya” ha emergido como consecuencia de los cambios estructurales en el contexto de globalización de la Educación Superior y del desarrollo social y tecnológico. Una generación caracterizada por ser nativos digitales, muy diversos social y culturalmente, conectados y a la vez solitarios, inmersos en una situación de crisis económica, más bisoños y dependientes, pragmáticos en sus estudios y con una gran capacidad para obtener información; como dice Mario Toer (1985) “la dependencia tecnológica hace que sea muy distinta la demanda de fuerza de trabajo intelectual” (pp. 110-111). Por otro lado, los Baby Boomers, nacidos entre 1946 y 1964, es decir, después de la Segunda Guerra Mundial, usan la tecnología para obtener la información que necesitan, mientras que los Millennials la utilizan para sus relaciones. El reconocimiento y la autoexpresión son algunas de las metas que estos últimos quieren lograr a través de las herramientas tecnológicas. La generación anterior considera que las redes sociales y la movilidad tecnológica pertenecen al término “nuevas tecnologías”, al contrario que sus hijos, que las ven como el lugar y el modo de interacción natural.

Evidentemente esta distancia generacional entre docentes y estudiantes trae con cada uno de ellos ciertas huellas, marcas y vivencias propias de su subjetividad que inciden en la representación que cada uno tiene con respecto a los factores que intervienen en cada acontecer del proceso enseñanza – aprendizaje.

La pandemia **SARS-CoV-2** nos arrojó en su primera ola a una virtualidad sin escala, abrumadora. El paso de la presencialidad a estas nuevas plataformas no fue gradual, ni organizado, fundamentalmente porque no disponíamos de las estructuras para desarrollar la práctica educativa de manera plena. Si bien la tecnología ya estaba ahí, disponible, ¿por qué no estaba al servicio de la educación uni-

versitaria?

La construcción de la figura del docente y sus estructuras sin embargo no, si bien el docente universitario lo era en el marco del territorio físico de la universidad, no lo era aun en el marco de la cibercultura (Levy, 2007).

Ante este nuevo escenario educativo, algunos docentes nos enfrentamos al desafío de resignificar nuestras propias prácticas, y así entre resistencias, quizás como respuestas de la herida narcisista que implica entender que lo que se hacía antes ya no funciona, es que se plantean nuevas configuraciones identitarias al tiempo que se producen nuevas relaciones con el saber.

La identidad del docente, entendida como aquellas posiciones que los mismos toman o bien están obligados a tomar, se constituye de múltiples maneras a través del discurso e implica necesariamente un acto de poder y por tanto de exclusión, no hay identidad sin diferenciación (Derrida, 1968). Se trata de un proceso de construcción, y hoy lo que está en pugna es justamente dicha construcción, entonces, ¿cómo pensar a este nuevo sujeto que nos plantean las nuevas tecnologías? Pero más específicamente, ¿cómo se construye este nuevo sujeto a partir de la transformación de su práctica?

El debate no solo está en los modelos de enseñanza y aprendizaje, sino en cómo se percibe este sujeto docente, cómo entiende sus prácticas, cómo produce identificaciones a partir de las nuevas exigencias que plantean los nuevos modelos de enseñanza y aprendizaje. ¿Cuál es entonces el rol docente en la era de la “Generación Ya”? ¿Cómo significan sus prácticas y cuáles son sus resistencias?

Si bien las tecnologías y sus múltiples usos ya estaban disponibles antes de la pandemia, no lo estaban los esquemas de representación que permitían identificarse y re significar la práctica docente. Derrida (1968) plantea que precisamente porque las identidades se cons-

truyen dentro del discurso y no fuera de él, debemos considerarlas como producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos, en el interior de formaciones y prácticas discursivas específicas, mediante estrategias enunciativas específicas. La práctica docente se enmarca dentro de una institución que la contiene, la Universidad, que regula, habilita, sostiene, produce y reproduce estos discursos.

Pensar entonces en la necesidad de construir Identidad significa necesariamente interiorizarse en las profundidades del “ser docente”, en aquellos propósitos más trascendentales del profesor y que generan un compromiso ineludible con la acción pedagógica. Como diría Freire, un profesor se hace “en el cuerpo de las tramas, en la reflexión sobre la acción, en la observación atenta de otras prácticas o de la práctica de otros sujetos” (Freire, 1996, p. 97). Además, agrega “el momento fundamental en la formación permanente de los profesores es el de la reflexión crítica sobre la práctica; es pensando críticamente la práctica de hoy o la de ayer como se puede mejorar la próxima” (Freire, 2004, p. 40).

En virtud de insistir en el rol fundamental que tienen los propios actores acerca del proceso de Enseñanza – Aprendizaje es que quiero citar las palabras de Ana Quiroga:

(...) cada uno de nosotros se constituye en una praxis, en una dialéctica de transformación de sí y de lo real, o sea, en aprendizaje, somos esencialmente no sólo seres sociales sino sujetos cognoscentes. Y somos también en cada aquí y ahora el punto de llegada de una historia social y vincular que puede ser caracterizada como una trayectoria de aprendizajes. Es en esa trayectoria en la que hemos ido construyendo un modelo interno o matriz de encuentro con lo real: hemos ido “aprendiendo a aprender (Quiroga, p. 12).

Como dice Garzon Rayo (2013), es el propio docente quien

construye la docencia, quien con sus prácticas desencadena los procesos de aprendizajes pedagógicos, intersubjetivos, sociales y culturales.

El docente se va configurando en el proceso del aprender a enseñar, proceso que está condicionado por las exigencias del contexto, de las épocas generacionales. Según Serra (2010): “el conjunto de saberes sobre la transmisión que incluimos bajo el nombre de Pedagogía ha tenido la doble misión de describir un campo, pero también de ordenarlo, de instituir unas formas de la transmisión que dejaron de lado otras” (p.2).

A modo de reflexión, podríamos tomar las palabras de Castoriadis (1988):

“...en una época de crisis representacional la única forma de poder reconstruir un sentido es hacerlo a través de una revisión histórica de paradigmas y representaciones que se han ido construyendo hasta ese momento” (p.12). Como lo expresa Serra (2010): “la enseñanza no se reduce a un conjunto de instrucciones bien cumplidas (...) El que enseña pone algo que excede a las reglas del buen enseñar: voluntad según algunos, pasión según otros, obstinación, deseo” (p.5).

No es posible construir identidad docente sin la historicidad. Por ello, si es necesario construir nuevas representaciones del mundo, hay que hacer revisiones profundas en las representaciones que tenemos en los diferentes campos en donde interaccionamos.

## Referencias bibliográficas

Antelo, E (2005) La pedagogía y la época en Serra, M.S. coord. La pedagogía y los imperativos de la época, Bs As: Novedu. Pp 9-19.

Castoriadis, C (1988), Movimientos culturales y transforma-

ción social, en: Revista Letra, Nro 8, Madrid.

Derrida, J. (1968). *La différance*. En Derrida, J., *Márgenes de la filosofía*. Madrid, Cátedra. Edición digital: Derrida en castellano.

Derrida, J. (1981). *Positions*. Chicago: University of Chicago Press.

Gardner, J. y Davis K. (2014). *La generación APP. Cómo los jóvenes gestionan su identidad, su privacidad y su imaginación en el mundo digital*. Barcelona: Paidós.

Freire, P. (1996) *Política y Educación*. 1ª Edición en español. São Paulo. Siglo XXI

Freire, P. (2004) *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. México, Editorial S.XXI.

Garzón Rayo, Orfa (2013), *Apuntes iniciales para pensar – se la subjetividad que se expresa en los procesos de docencia en la educación superior – Facultad de Diseño y Comunicación- Universidad de Palermo – Buenos Aires*.

Lèvy, P. (2007). *Cibercultura. La cultura de la sociedad digital*. Barcelona, Anthropos.

Moscovici, S. Dir. (1994) *Psychologiesociale*. Paris, Nathan

Pierella, M.P. (2017). *Enseñar en la universidad pública argentina. Los desafíos del oficio docente en una época de transformaciones*. Revista Roteiro. Programa de Pós-Graduação em Educação de Universidade do Oeste de Santa Catarina. Brasil. V42 nº1 (pp. 1 a 27).

Pievi, N; Echaverry M, (2005) *Representaciones Sociales sobre la enseñanza universitaria y su re significación en el proceso de formación docente - IV Jornadas de Sociología de la UNLP*.

Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y del aprendizaje de los profesionales*. Barcelona: Paidós-MEC.

Serra, S. (2010). ¿Cuánto es una pizca de sal? Acerca del juego de la transmisión y las reglas de la pedagogía. En Frigerio G. y Diker, G. Educar: saberes alterados, pp.75-82. Buenos Aires: Del Estante.

Quiroga, Ana (1994) Matrices de aprendizaje (Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento) Cap. IV y V. Edición 5. Buenos Aires.

Toer, M. ¿En búsqueda de un nuevo perfil? – Los movimientos estudiantiles en el cono Sur. Nueva Sociedad Nro 76. Marzo- Abril 1985, pp 101-111.

### **Datos de la autora**

**Maia Schmuckler** es Lic. en Fonoaudiología egresada de la Universidad Nacional de Rosario. Docente Jefa de trabajos Prácticos de las asignaturas Ciencias Biológicas; Genética y Embriología y Psicomotricidad de la Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – UNR. Especialista en docencia Universitaria egresada de la Universidad Tecnológica Nacional- Facultad Regional Rosario. Miembro activo del tribunal de ética y disciplina del colegio de fonoaudiólogos 2da circunscripción. Rosario. Co autora de trabajos de investigación presentados en revistas científicas. Se desempeña en clínica con niño/as de la primera infancia en los servicios de Neonatología y Pediatría del Sanatorio Británico de la ciudad de Rosario. Miembro activo de la Asociación Civil Forum Infancias Rosario.





# **La comunicación científica a través del Repositorio Hipermedial UNR: una experiencia desde la Escuela de Fonoaudiología**

**Evelin Paez y Sabrina Codega**

La comunicación vivifica la ciencia y es uno de los principales vehículos hacia la prosperidad, siendo siempre sinónimo de progreso cultural, intelectual, económico y social. Un nuevo conocimiento, una nueva información producto de la ciencia, no está completo hasta que sus resultados sean publicados, recibidos y entendidos por el público al que se destina.

La comunicación científica se puede dar a través de dos canales: un canal informal que, aunque no deja de ser útil, produce poca difusión de la información y un canal formal que es la vía básica que la ciencia utiliza para producir y diseminar la información a través de cauces preestablecidos dados por canales institucionalizados.

Desde hace varios años, se originó un movimiento internacional de Acceso Abierto que promueve el acceso libre y gratuito a la literatura científica, que fomenta su libre disponibilidad en Internet y permite a cualquier usuario su lectura, descarga, copia, impresión, distribución o cualquier otro uso legal de la misma. El autor guarda el control sobre la integridad de su trabajo y el derecho a ser reconocido y citado correctamente. (Repositorio Institucional CONICET digital, 2015) La Ley Nacional N° 26899 y su Resolución Reglamentaria N° 753 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva determina que la producción científico-tecnológica, que sea total o parcialmente financiada por el Estado Nacional, debe ser de Acceso Abierto. Una de las formas de lograrlo

es a partir de la creación de repositorios institucionales en los que se deposita esa producción científica para hacerla accesible sin restricciones y preservarla digitalmente como un bien común para la sociedad de hoy y del futuro.

Ante la necesidad de contar con una vía formal de comunicación para difundir la producción científica, tecnológica, artística y cultural de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) es que, en el año 2016, se crea el Repositorio Digital Institucional de Acceso Abierto<sup>1</sup>. El mismo es un espacio que permite archivar, organizar, preservar y distribuir digitalmente en variados formatos tanto materiales de enseñanza y aprendizaje como la producción científica de investigación y desarrollo de los profesores, profesionales e investigadores de la UNR. Entre ellos se podrían mencionar artículos publicados en revistas, libros y capítulos de libros, comunicaciones y otros documentos presentados en congresos y conferencias, material didáctico, material audiovisual, tesis de grado, tesis de postgrado, informes técnicos y documentos de trabajo que hayan sido evaluados independientemente de haber sido publicados, entre otros.

El material publicado en el Repositorio Hipermedial debe ser producido, financiado o co-financiado por la UNR, es decir que el autor o co-autor pertenezca a una unidad académica de la institución o entre en convenio con la misma. Además, debe resultar de actividades académicas (docencia, investigación y desarrollo, extensión); debe estar completo y en condiciones de archivarse y distribuirse; debe estar en formato digital y que el autor del trabajo haya concedido a la UNR el derecho no exclusivo para la difusión, acceso y preservación de su trabajo en el Repositorio. (Universidad Nacional De Rosario, Res. n° 5425/2017 anexo II, pág. 1)

---

<sup>1</sup> A través de la Resolución N° 1842/2016 del Consejo Superior, la UNR ha dispuesto que el Repositorio Hipermedial UNR funcionará como el repositorio digital institucional de Acceso Abierto de toda la Universidad.

Este espacio digital se organiza en “Comunidades”, que representan a Facultades, Departamentos, Centros de Investigación y otras organizaciones dedicadas a la educación o investigación. En el año 2018, se creó el Equipo de Gestores de Acceso abierto de la Facultad de Ciencias Médicas, conformado por representantes de cada una de las Secretarías y Escuelas que constituyen dicha institución (Resolución Decanal N°6418/2018). Desde entonces, la Escuela de Fonoaudiología cuenta con dos representantes que trabajan junto a los demás miembros del equipo de gestores en la organización y la dinámica de trabajo dentro de la Facultad.

Inicialmente la participación fue en actividades de capacitación brindadas por un representante del Comité de Acceso Abierto de la UNR. También en Jornadas de Intercambio de experiencias con otras facultades de la Universidad. Posteriormente se realizaron reuniones regulares del equipo de gestores para establecer los lineamientos de trabajo y articular la puesta en marcha de la “Comunidad Facultad de Ciencias Médicas”.

Luego de determinar las actividades asignadas a los representantes de cada una de las Escuelas y Secretarías, se inició el trabajo con los docentes, estudiantes y ex alumnos de la Escuela de Fonoaudiología para dar a conocer la importancia de la publicación en el repositorio. Para ello se diseñó material audiovisual que fue difundido a través de los canales oficiales.

Con el objetivo de publicar la producción de nuestra Escuela en la Subcomunidad “FCM - Escuela de Fonoaudiología”, se contactó a ex alumnos que presentaron sus Trabajos de Tesina desde el año 2016 hasta la fecha, con la intención de recopilar dichas investigaciones para ser difundidas.

Con la misma finalidad, a partir del año 2021, se incorporó como requisito para la entrega de las tesinas la firma de la licencia correspondiente y el envío del archivo en formato digital para faci-

litar la carga en el repositorio. La Comisión Asesora de la Escuela de Fonoaudiología resolvió que todas las tesinas sean subidas con un documento adjunto en el que consten las observaciones realizadas por el tribunal evaluador para que, quien consulte este material pueda estar en conocimiento de dicha información.

Si bien el repositorio de la UNR está en funcionamiento desde hace tiempo, las restricciones impuestas por la pandemia por COVID-19 determinaron que todas las plataformas con las que contaba la universidad tuvieran un mayor impacto y cobrarán relevancia para el trabajo a distancia. Específicamente, en la Escuela de Fonoaudiología, la utilización del repositorio significó una herramienta muy valiosa para que las y los estudiantes en proceso de tesina pudieran consultar los trabajos publicados.

La Escuela de Fonoaudiología cuenta con producción científica de gran diversidad y calidad. La posibilidad de visibilizarla en un espacio de acceso abierto facilita el intercambio científico y favorece nuevos vínculos con otros investigadores e instituciones, propiciando espacios de aprendizaje y desarrollo profesional que jerarquicen y difundan aún más la disciplina fonoaudiológica.

## Referencias bibliográficas

Castillo, L. (2001). Introducción a la información científica y técnica. Curso 2001-2002. En: <https://www.uv.es/macas/4.pdf>

Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. (2013) Ley Nacional N° 26899. Repositorios digitales institucionales de acceso abierto. Sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación. Argentina. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/154125/20161116>

Repositorio Institucional CONICET digital (2015). Acceso

Abierto. Secretaría de Gobierno de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. En: <https://ri.conicet.gov.ar/wp/acceso-abierto/>

Universidad Nacional de Rosario (2016). Resolución n° 1842/2016. Rosario. En: [https://bibliotecas.unr.edu.ar/biblioteca\\_virtual/bibliotecas/bioquimicas/images/RCS\\_1842\\_16.pdf](https://bibliotecas.unr.edu.ar/biblioteca_virtual/bibliotecas/bioquimicas/images/RCS_1842_16.pdf)

Universidad Nacional de Rosario (2017). Resolución n° 5425/2017. Rosario. En: <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/12982>

## **Datos de las autoras**

**Evelin Lorena Paez** es Licenciada en Fonoaudiología y Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica de la Fonación de la Escuela de Fonoaudiología de la UNR. Es Representante de la Escuela de Fonoaudiología en el Equipo de Gestores de Acceso Abierto de la Facultad de Ciencias Médicas.

**Sabrina Soledad Codega** es Licenciada en Fonoaudiología. Es auxiliar de primera en la cátedra de Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica de la Fonación y en la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica del Habla. Es Representante de la Escuela de Fonoaudiología en el Equipo de Gestores de Acceso Abierto de la Facultad de Ciencias Médicas.



# **Experiencia de acceso a la salud fonoaudiológica en el Instituto de la Escuela de Fonoaudiología - IUFAR - en articulación con escuelas primarias con perspectiva de derechos humanos y políticas sociales.**

**Ma. Carolina Campra**

*“Una universidad socialmente responsable es aquella que desarrolla una capacidad de gestión ética, que permite la reconfiguración permanente de sus esfuerzos docentes, de investigación y de extensión, para generar profesionales capaces de dar solución a los problemas del mundo actual y personas con un alto nivel de compromiso y ciudadanía global responsable, para su participación en la transformación permanente del entorno familiar, profesional y social.”*  
(Torres Pernaletе & Trápaga Ortega, 2010, pág. 24)

## **Introducción**

El siguiente trabajo monográfico fue presentado como evaluación final del seminario: “Las políticas de salud en el marco de las políticas sociales” de la Maestría en Salud Pública – CEI en el año 2022. Se propone describir el inicio de una experiencia de articulación entre un servicio de fonoaudiología dependiente del Instituto de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas y escuelas primarias de la ciudad de Rosario con un enfoque de derechos sociales. La Pandemia por COVID-19 ha incrementado y ha

dejado en evidencia la necesidad de atención fonoaudiológica de la población, lo cual expone la demanda descubierta frente a la escasa oferta profesional, resultando en un problema de Salud Pública. Respecto a este periodo que azotó al mundo con un virus mortal, Mario Rovere expresó: “ofrece una coyuntura excepcional para pensar y debatir sobre el sistema de salud que tenemos, el que el país necesita y el que nuestro pueblo se merece.” (Rovere, 2021, pág. 22) Ser capaces de tomar los desafíos de una cruda mostración de realidad para transformarlo en diálogo con diversos sectores sociales es uno de los mayores compromisos para los/as actores/actrices de la vida de las instituciones.

### **Salud Fonoaudiológica: ¿derecho potencial o real?**

Existen muchas maneras de promover y preservar la salud y algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario por estar relacionadas a las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen e influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere.

La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios, no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan y la existencia de los propios servicios. (OMS, 2010, pág. 7)

El acceso a servicios de salud, particularmente en la Atención Primaria de la Salud (APS), es un componente central de los derechos económicos y sociales permitiendo avanzar en la garantía de los



derechos a la salud, no solo en términos asistencialistas. En este sentido, la APS es una reforma sanitaria con un enfoque de derechos reconociéndolos mediante la concreción de un mecanismo de priorización sanitaria, ya que “pone a las personas en el centro de las políticas, las empodera, establece una rendición de cuentas que toma la forma de exigibilidad legal, promueve el cumplimiento universal del derecho de un modo específico y mejora la equidad.” (Drago, 2006, pág. 8) Sin embargo, la distancia entre la teoría y la realidad es una brecha muy grande en lo que respecta a la Salud Fonoaudiológica, pues la cantidad de profesionales asignados a la APS en los efectores públicos (tanto de primer nivel como de segundo nivel) es insuficiente en relación a la demanda y a las necesidades de la población. La dificultad en el acceso a servicios de salud es un verdadero obstáculo de los derechos económicos y sociales, debilitando en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad (CEPAL, 2006). Por lo tanto, invertir en recursos humanos en fonoaudiología es fundamental para garantizar el pasaje del derecho potencial al derecho real en la atención fonoaudiológica (Brollo & Campra, 2008). En este sentido, una trabajadora de la Salud Fonoaudiológica afirma: “es fundamental promover la creación de nuevos cargos públicos en el área de fonoaudiología, para que cada profesional pueda llevar a cabo estrategias conociendo en profundidad a la comunidad y abordando las problemáticas comunicativas desde diferentes formas de intervención” (Jasinsky, 2021, pág. 63). Según este autor, son las prácticas profesionales del primer nivel de atención capaces de generar y fortalecer vínculos que legitimen logros en el ámbito comunitario, empoderando a la población para reconocer y construir sus propios parámetros de comunicación saludable.

## La Fonoaudiología en APS

La fonoaudiología tiene por objetivo la comunicación humana y sus alteraciones y abarca áreas muy importantes para el desarrollo de la vida de las personas, las familias y la comunidad: la comunicación, el lenguaje, el habla/fonoestomatología, la voz y la audición/vestibular. También es una disciplina que participa de la APS por estar involucrada dentro de las ocho actividades esenciales descritas en la Declaración de Alma Ata<sup>1</sup>. En el año 1992 las fonoaudiólogas Piccoli, Derman, Menguez Lauberer y Herrera afirmaron, (como fue citado en Villarreal, 1996): “La fonoaudiología es apropiada para participar en APS, porque no necesita instrumentales de alta complejidad ni utiliza medicamentos para sus acciones”. (p. 50)

Para contextualizar la experiencia, es necesario describir algunas características que pondrán este desarrollo en perspectiva. El municipio de Rosario ocupa una superficie total de 178,69 km<sup>2</sup> y su población por distritos se distribuye de la siguiente manera: Distrito Centro 243.650 habitantes (25,69% del total); Distrito Norte 137.883 habitantes (14,54% del total); Distrito Noroeste 170.765 habitantes (18,01% del total); Distrito Sur 146.257 habitantes; Distrito Sudoeste 117.086 habitantes; Distrito Oeste 135.481 habitantes (14,29% del total). (Municipalidad de Rosario, 2018)

De acuerdo con Jasinsky (2021):

De los 51 centros de atención primaria de la salud municipales, que se encuentran en nuestra ciudad, solo la mitad (25) cuenta con la asistencia de colegas. Esta tarea es llevada a cabo por nueve compañeras, por lo cual se debe trabajar con una modalidad matricial, asistiendo semanalmente a entre tres y cuatro centros de salud. (p. 62)

Por lo expuesto, resulta que la cantidad de profesionales fonoau-

---

<sup>1</sup> OMS/OPS/ “Declaración de Alma Ata” – Salud para todos en el año 2000- CapVI- Doc. Oficial N° 173: Washington, 1980, pag 2

diólogos/as en relación a la cantidad de habitantes por distrito y a la cantidad de Centros de Atención Primaria es escasa, teniendo en cuenta que abarca las problemáticas de la comunicación de la vida del hombre/mujer que permitirá el crecimiento, aprendizaje y desarrollo para la vida futura. Dentro de la estrategia de Atención Primaria, la no disponibilidad de recursos humanos genera un bloqueo y un déficit que se vuelve en contra al no poder absorber la demanda que se presenta. Vasallo (2005) reflexionaba sobre este tema de la siguiente forma:

Los problemas en la gestión de los recursos humanos no son menores. Se percibe un progresivo desprestigio de los efectores de primer nivel entre otras cuestiones debido a: reducidos horarios de atención y mal cumplimiento de los horarios; alta rotación de los profesionales, derivando ello en discontinuidad en los días asignados para la atención (es común encontrar profesionales que deben distribuir sus horas contratadas en dos o tres o más centros de salud). (p. 3)

Se ha reflexionado en reiteradas ocasiones y en diferentes estamentos, este faltante de recursos humanos en lo que respecta especialmente a la Fonoaudiología, como si la salud comunicativa estaría relativizada o menospreciada bajo el modelo médico hegemónico en donde el eje central está puesto alrededor de la enfermedad del cuerpo. En contraposición a dicho modelo, la concepción de la salud que contempla los determinantes sociales de la misma, la vida y la muerte toman dimensiones que no solo son biológicas. Por un lado, la falta de atención o consulta fonoaudiológica en tiempo y forma, genera en el/la paciente y su familia, sufrimiento, ansiedad, desmotivación, malestar, desesperación y muchas veces recursos económicos extras de bolsillo (para pagar consultas privadas o transporte para trasladarse a otro lugar donde ser atendido, etc.). Por otro lado, en situaciones en donde la enfermedad avanza, la pérdida de

tiempo para realizar un diagnóstico oportuno fonoaudiológico en los años más importantes del desarrollo de la infancia, puede ser un acto de muerte en vida, ya que pueden perderse funciones cerebrales superiores o quedar secuelas graves que impedirán a esa persona desarrollar sus potencialidades plenamente en la sociedad en la que vivimos. De acuerdo a Romero Pizarro (2004): “El 40% de las habilidades mentales de un adulto se forma en los primeros tres años de vida. En ese momento se estructuran la base de la personalidad, las matrices afectivas, de aprendizaje e inserción social, y gran parte de las condiciones individuales y sociales” (p. 2). Lombarte advirtió el impacto de las consecuencias futuras de la detección tardía y por ende la atención no oportuna: “llevan a dificultades en el aprendizaje, en algunos casos a la deserción escolar y a largo plazo pueden ocasionar problemas en la inserción laboral” (Lombarte, 2005, pág. 6). Queda expuesta de esta manera la necesidad de replantear el derecho a la salud integral y de la salud fonoaudiológica en particular por parte del Estado.

### **La Escuela de Fonoaudiología: mano izquierda del Estado**

Frente a este problema de alta demanda y baja oferta de la atención, las campanas sonantes fueron (y son) las escuelas primarias que a través de sus docentes anunciaron la numerosa cantidad de niños/as con problemáticas en el lenguaje y en el habla que terminan perjudicando el aprendizaje escolar. Esta preocupación se transformó, una vez más, en un llamado desesperado de ayuda hacia la Escuela de Fonoaudiología de la FCM, que termina siendo una de las puertas por golpear ante la búsqueda desesperada de atención para las infancias. En este sentido, y desde la perspectiva de derechos sociales, dicha Escuela se propuso lograr una articulación posible que permita dar algunas respuestas. Saber que el verdadero cambio

para lograr el derecho a la salud es muy profundo, tanto como inabarcable para una institución educativa no logró paralizar una red de microengranajes sociales que contrarrestaran algunas faltas del Estado y convergieran en cubrir alguna de las necesidades de atención fonoaudiológica. Para las instituciones universitarias públicas es una obligación estar atentas a los ajustes que la población manifieste. En tal sentido, Bordieu (2002) expresó:

Me gustaría más que los intelectuales, todos, y todo el tiempo, estuvieran a la altura de la inmensa responsabilidad histórica que les corresponde, y que lo hagan siempre trabajando con acciones; es decir, no sólo con su autoridad moral, sino también con su competencia intelectual. (p. 23)

En el año 2019 se creó el Instituto Universitario de Fonoaudiología Aplicada de Rosario (IUFAR) Prof. Ana M. Baldomá. La puesta en funcionamiento quedó enlentecida durante el periodo de Pandemia, ya que todos los esfuerzos y acciones de la Facultad de Ciencias Médicas estuvieron puestos en la colaboración de asistencia y recursos por COVID-19. Por ese periodo, y vislumbrando la enorme demanda que quedaría de saldo en esta crisis mundial asociada a la gran falta de profesionales en la APS, la Escuela de Fonoaudiología y el IUFAR, sostuvieron acciones para abrir servicio a la comunidad. El poder fáctico de los medios de comunicación, a través de algunas notas periodísticas por diversos medios y redes sociales, generaron un movimiento importante que dio lugar a la puesta en agenda política del espacio que se abría: esta fuerza operó en la dirección de consolidación de convenios y articulaciones posibles. Al respecto Aceves González (2013) analizó acerca de la peculiaridad de los medios de operar como mecanismos de control, límite y/o presión sobre las acciones de los poderes formales generando un poder fáctico “que logra instalar temas en la agenda pública e incluso en la agenda presidencial”. (Aceves González, 2013, pág. 259)

Actualmente, el Instituto cuenta con consultorios para la atención de las diferentes áreas de la Fonoaudiología (lenguaje, habla/fonoestomatología, voz, audición/vestibular) que ocupan en primera instancia las materias prácticas de la Escuela con el objetivo de la formación de las estudiantes de la carrera, sin embargo, en los espacios/horarios que no se utilizaban por dichos tramos curriculares, se abrió paso a diversos proyectos de articulación para atención de pacientes. La puesta en marcha de esta acción de servicio requirió de una fuerte gestión administrativa y legal que acompañó las instancias de funcionamiento adecuadas. La experiencia de prácticas generadas desde el Instituto de la Escuela de Fonoaudiología se sitúa en la articulación Salud - Educación con espíritu crítico y gran responsabilidad social, y se posiciona, al decir de Bordieu (2002) como la mano izquierda del estado:

(...)asistentes sociales, educadores, magistrados y también, algunas veces, profesores y maestros. Ellos conforman algo que yo llamo la mano izquierda del Estado; es decir, un conjunto de agentes que dependen de los ministerios del Estado central. ...Yo pienso que la mano izquierda que el Estado tiene, cree que la mano derecha no sabe nada o peor, que no quiere saber lo que está haciendo la mano izquierda. En todo caso, que no quiere pagar el precio de esto. (p. 2)

Si bien, efectivizar el ejercicio y el goce de todos los Derechos humanos (DDHH) son obligaciones que deben cumplir los Estados, en la actualidad esta mirada canónica y cuasi utópica se está transformando. “Alrededor del mundo proliferan los debates sobre los discursos, las prácticas y los estudios acerca del tema, hasta el punto de que algunos hablan del “fin de los derechos humanos” tal como los conocemos”. (Hopgood 2013, como se citó en Rodríguez Garavito, 2014, p. 9) De acuerdo a De Sousa Santos (2014), a partir de las organizaciones activistas y los académicos surge un intenso

diálogo que pondría en juego a los Derechos Humanos de la forma en que se los concebía en los orígenes del sistema internacional mediados del siglo XX.

Las políticas y las acciones para la salud deben estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que puedan ocasionar problemas. Se trata de una tarea desafiante tanto para quienes toman decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública. (Wilkinson & Marmot, 2003, pág. 1)

Si la salud no está puesta en perspectiva de derechos sociales y económicos contemplando el modo de vivir de la población, se genera inequidad y en ello, exclusión social. En un plano continental, Abramovich (2006) plantea que las democracias latinoamericanas se encuentran seriamente amenazadas por el aumento sostenido de las brechas sociales y la exclusión de vastos sectores de la población de sus sistemas políticos y de los beneficios del desarrollo. El mismo autor (Abramovich V. , 2006) señala: “la exclusión social no se define únicamente por la insuficiencia de ingresos, como la pobreza, sino que se refiere a un conjunto más amplio de circunstancias”. (p. 18.) De acuerdo a Wilkinson & Marmot (2003) los procesos de exclusión social generan miseria y tienen el costo de la vida de la población porque acarrear consecuencias significativas en la salud. El daño a la salud está relacionado a problemas sociales y psicológicos y no solo a la privación material. Consecuentemente, las comunidades más desfavorecidas por este déficit institucional que afecta derechos políticos, sociales y civiles, son los sectores sociales bajo condiciones estructurales de desigualdad y exclusión.

Desde la Reforma de 1918 la función social de la universidad latinoamericana se incorporó a las funciones clásicas de docencia e investigación, refiriéndose a un proceso de articulación entre la

universidad y la comunidad. En este sentido, la Escuela de Fonoaudiología como institución académica universitaria pública y gratuita, asume la pertenencia a la comunidad “siendo consciente de la relevancia del trabajo y el compromiso en su función social, dando prioridad, por razones éticas y urgentes a los sectores más desfavorecidos”. (Tunnermann Bernheim, 2010, pág. 21)

### Referencias bibliográficas

Abramovich, V. (2006). Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de Políticas Sociales. *Anuario de Derechos Humanos* 2006, N° 2. doi:<https://doi.org/10.5354/adh.v0i2.13370>

Abramovich, V., & Pautassi, L. (2006). Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos. Buenos Aires: *Humanos y las Políticas Públicas para Enfrentar la Pobreza* Secretaría de Derechos Humanos, Universidad Nacional Tres de Febrero.

Aceves González, F. (2013). Poderes fácticos, comunicación y gobernabilidad: un acercamiento conceptual. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México, 269.

Báscolo, E., & Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Salud Pública*, 89-104.

Bordieu, P. (2002). *La mano izquierda y la mano derecha del Estado*. Universidad Pedagógica Nacional.

Brollo, E., & Campra, M. C. (2008). Estudio descriptivo acerca de los recursos humanos en Fonoaudiología en Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario en 2007. Rosario.

Campra, M. C., & Brollo, E. M. (2008). Estudio descriptivo



acerca de los recursos humanos en Fonoaudiología en Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario. . Rosario.

CEPAL. (2006). Presentación. En J. L. Machinea, La protección social del cara al futuro: acceso financiamiento y solidaridad. Montevideo.

Chokler, M. H. (1998). Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. . Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Cunill Grau, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. CLAD Reforma y Democracia, 2.

De Sousa Campos, G. (2003). Reflexiones sobre la clínica en equipo de salud de la familia. En M. d. Secretaria de Salud Pública, Investigación en Salud. Vol 6 N| 1 y 2. Rosario.

De Sousa Santos, B. (2014). Derechos Humanos, democracia y desarrollo. Bogotá: Dejusticia.

Drago, M. (2006). La reforma establece una política enfocada desde una perspectiva de derechos. Santiago de Chile: CEPAL.

Escudero, J. C. (2009). Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud / OMS. Medicina Social. Salud para todos, 210.

Fondo Monetario Internacional. (1988). Temas recurrentes en materia de elaboración de presupuesto. En A. Premchand, & A. L. Antonaya, Aspectos del presupuesto público. Washington.

Jasinsky, C. (2021). Intervenciones Fonoaudiológicas para el cuidado de la comunidad. En E. d. FCM, Fonoaudiología Intervenciones y Prácticas Posibles. Rosario.

Lafit, J. (2016). Atención Primaria de la Salud: Una estrategia

- aún posible y deseable en el campo de la salud. La Plata.
- Levin, S. (2014). Las políticas públicas y el género en Argentina: entre el trato y el destrato a las. En S. Levín, O. Blando, M. A. Ingaramo, M. A. Pignatta, & V. Venticinque, Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina (pág. 18). Ecuador: Proyecto Latin.
- Lombarte, S. (05 de 05 de 2005). Escasa inserción del Fonoaudiólogo. Clarín.
- Municipalidad de Rosario. (02 de 07 de 2018). Municipalidad de Rosario. Obtenido de <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/caracteristicas/informacion-territorial>
- OMS. (2010). LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Suiza: OMS.
- OPS/OMS — PNUD — CEPAL. (21 de 12 de 2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo. Obtenido de Fundación FEMEBA: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/el-sistema-de-salud-argentino-y-su-trayectoria-de-largo-plazo-logros-alcanzados-y-desafios-futuros-1a-ed-buenos-aires-42740>
- Resúmenes Entelekia. (12 de 2016). Bourdieu, Campo, Habitus, Sentido Práctico. Obtenido de <https://youtu.be/ZT-Yo25nKukk>
- Rodríguez Garavito, C. (2014). Presentación. En D. S. Boaventura, Derechos humanos, democracia y desarrollo. Bogotá: Dejusticia.
- Romero Pizarro, J. (21 de Julio de 2004). Invertir en la primera infancia. Clarín.
- Rovere, M. (2006). Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Córdoba: El Agora.
- Rovere, M. (2021). Derecho a la Salud y Sistemas Integrados;

Lecciones de la Pandemia. Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 22.

Saforcada, E. (2010). Presentación. En M. Torres Pernalette, & M. Trapaga Ortega, Responsabilidad Social de la Universidad. Buenos Aires: Paidós.

Torres Pernalette, M., & Trápaga Ortega, M. (2010). Responsabilidad social de la universidad. Buenos Aires: Paidós.

Tunnermann Bernheim, C. (2010). Prologo. En M. Torres Pernalette, & M. Trapaga Ortega, La responsabilidad social de la Universidad (pág. 21). Buenos Aires: Paidós.

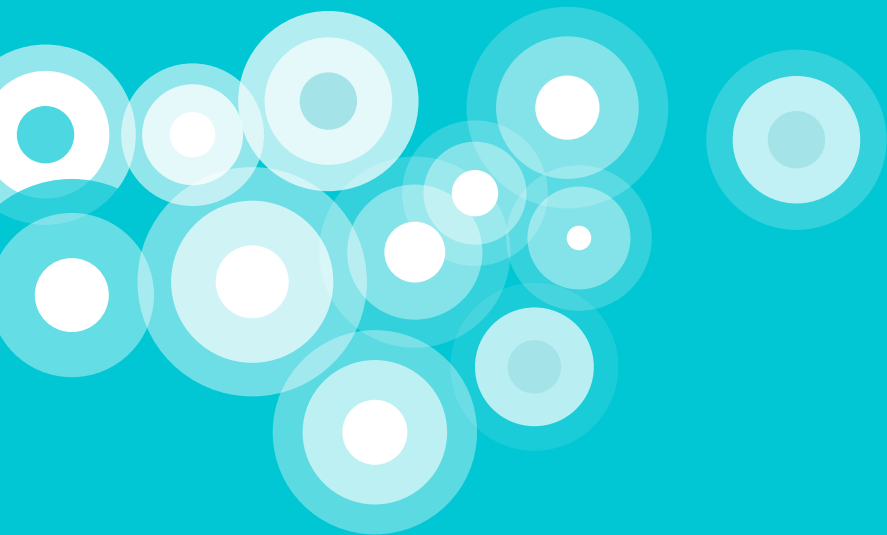
Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 32.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). Determinantes sociales de la Salud: los hechos irrefutables. Obtenido de [https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes\\_sociales\\_de\\_la\\_salud.\\_los\\_hechos\\_irrefutables.pdf](https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf)

### **Datos de la autora**

**Ma. Carolina Campra** es Licenciada en Fonoaudiología. Se desarrolló en el área de cuidados integrales y terapias complementarias. Docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología. Profesora Adjunta de la cátedra Introducción a la Salud Pública. Directora de cursos de posgrado. Docente de una materia electiva de la FCM. Directora de la Escuela de Fonoaudiología y Miembro CIFUNyP. Maestranda en Salud Pública.



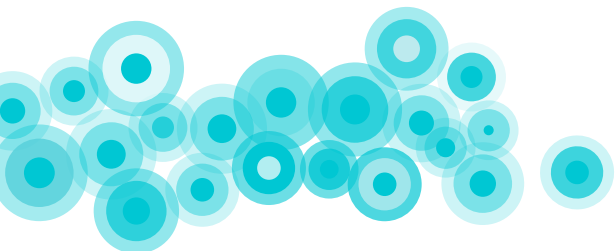


## **Parte V**

# **La fonoaudiología y los avances en la construcción de nuevos conocimientos**

**"Una nueva conciencia empieza a surgir: el hombre, enfrentado a las incertidumbres por todos los lados, es arrastrado hacia una nueva aventura. ... la educación del futuro debe volver sobre las incertidumbres ligadas al conocimiento."**

***Edgar Morin***



# El abordaje de pacientes adultos con acúfenos: síntesis de la evaluación audiológica

**Jimena Muratore**

## Introducción

Acúfeno es el término empleado habitualmente en la literatura científica en español para referirse a un síntoma inespecífico de desorden auditivo caracterizado por la sensación de zumbidos, chasquidos, pulsaciones y otros ruidos en el oído en ausencia de estímulos externos correspondientes y en ausencia de lo que el examinador puede oír con un estetoscopio (World Health Organization, 2022). Internacionalmente se utiliza el término tinnitus. A lo largo del texto ambos términos se emplearán indistintamente.

Existe una gran cantidad de estrategias de manejo que se han popularizado entre el equipo de profesionales que aborda pacientes con acúfenos, pero muchas carecen de evidencia científica que las respalde (Fuller et al., 2017). Por este motivo, distintos países han desarrollado guías clínicas para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones en circunstancias clínicas específicas. El objetivo del presente trabajo es ofrecer una síntesis de la evaluación audiológica propuesta por las guías clínicas para el abordaje de pacientes adultos con acúfenos.

## Metodología

Fecha de búsqueda: 2021 y 2022. Estrategia de búsqueda: tinnitus AND (consensus OR guideline). Base de datos: PubMed. Criterios de inclusión: Sin restricciones de idioma ni temporales. La búsqueda arrojó un total de 251 artículos. Se aplicaron los si-

guientes criterios de exclusión: artículos duplicados y no recuperados, aquellos en los cuáles el tinnitus no era la variable principal o se encontraba dentro de cuadros clínicos más amplios, los que sólo analizaban una única forma de evaluación o de tratamiento, las revisiones teóricas, los estudios de caso o series de casos, los artículos que abordaban exclusivamente tinnitus objetivo, las guías pediátricas, los consensos destinados a ensayos clínicos y los trabajos que no reunían las características de una guía clínica o que habían sido reemplazados por una versión actualizada. A partir de las referencias de revisiones sistemáticas sobre el tema, se incluyeron otras guías clínicas. Los datos extraídos se recopilaron en una planilla ad hoc con variables generales (autor/es, año, país/es de origen) y específicas (audiometría tonal convencional, audiometría de altas frecuencias, umbral de comodidad, umbral de incomodidad, acufenometría: equiparación en frecuencia, equiparación en intensidad, nivel mínimo de enmascaramiento, test de inhibición residual, timpanometría, reflejos estapediales, logaudiometría, logaudiometría con ruido de fondo, otoemisiones acústicas (OEA) transitorias (TE), OEAs producto de distorsión (PD), potenciales evocados auditivos tronco cerebral, evaluación del procesamiento auditivo central y supresión contralateral de OEA PD). Al utilizarse fuentes secundarias no hubo necesidad de aprobación del Comité de Ética.

## **Resultados**

Se incluyeron nueve guías clínicas (ver tabla I).

## **Discusión**

La tabla I es una síntesis de la evaluación audiológica propuesta por nueve guías clínicas destinadas al abordaje de pacientes con acúfenos. Se debe tener presente que los documentos originales fueron escritos en diferentes idiomas (inglés, sueco, neerlandés y alemán) y



traducidos al español. Para que la comparación sea posible, se asimilaron los contenidos a la nomenclatura vigente en Argentina. Cuando la traducción no fue directa, se realizaron notas con observaciones. Se deja a disposición la lista de referencias de las guías incluidas para consultas.

La tabla I evidencia que ciertas pruebas clínicas gozan de consenso absoluto, mientras que otros exámenes son sugeridos por algunas guías y no por otras. La novedad radica en que, desde 2014 a la actualidad, algunas guías han comenzado a no recomendar prácticas que son rutinarias en la atención de pacientes con acúfenos.

Tunkel et al. (2014) no recomiendan la realización de la acufenometría ni del test de inhibición residual ya que no los consideran útiles para fines diagnósticos, para guiar una intervención ni para evaluar los resultados de la misma.

Henry, Zaugg y Schechter (2015) no recomiendan evaluar el reflejo estapedial en pacientes con tinnitus debido a que suelen presentar tolerancia reducida al sonido.

La guía propuesta por la Nederlandse Vereniging voor Keel – Neus – Oorheilkunde en Heelkunde van het Hoofd – Halsgebied (2016) no recomienda la equiparación en frecuencia y en intensidad del tinnitus. Si bien reconoce que estas pruebas pueden ayudar a explicar el síntoma, sostiene que su reproducibilidad es baja.

La directriz propuesta por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020) no recomienda la búsqueda de los umbrales de incomodidad ni la prueba del reflejo estapedial, así como tampoco la realización de pruebas psicoacústicas en pacientes con acúfenos. El comité acordó que la prueba del reflejo estapedial y las pruebas de niveles de sonoridad incómodos pueden ser innecesarias, desagradables y potencialmente dañinas ya que pueden exacerbar el tinnitus y aumentar la angustia. A su vez, sostiene que los resultados de estas pruebas no afectarían la forma de abordaje,

ya que el enfoque principal del manejo del tinnitus es disminuir la angustia asociada al síntoma. Por otro lado, el comité reconoció que la búsqueda del umbral de incomodidad puede ser útil para otros fines (por ejemplo, para la adaptación de audífonos), pero señaló que debe usarse con precaución. En cuanto a la realización de pruebas psicoacústicas, sostiene que pueden aumentar la angustia y alentar a las personas a concentrarse más en su acúfeno y, a su vez, el enfoque continuo en el síntoma puede evitar la habituación. Considerando que muchas estrategias de manejo implican desviar el foco de atención del tinnitus, NICE sostiene que estas pruebas pueden contrarrestar su eficacia.

### **Conclusión**

Se ofrece una síntesis de la evaluación audiológica propuesta por las guías clínicas para el abordaje de pacientes adultos con acúfenos, a la cual se llegó después de una cuidadosa consideración de la evidencia disponible. Teniendo en cuenta que la búsqueda de los umbrales de incomodidad, la medición del reflejo estapedial y la acufenometría pueden estar siendo utilizadas de manera rutinaria, repensar su valor diagnóstico puede resultar en un cambio en la práctica clínica. A su vez, la ausencia de directrices para la mayoría de los países podría explicar las variaciones existentes en el abordaje de pacientes con tinnitus a nivel internacional. Se requieren recomendaciones nacionales para asegurar una oferta homogénea y óptima sin desconocer que la existencia de una guía clínica local no anularía la responsabilidad de tomar decisiones adecuadas a las circunstancias particulares de cada paciente y su familia.

### **Referencias Bibliográficas**

Biesinger, E., Del Bo, L., De Ridder, D., Goodey, R., Herraiz, C., Kleinjung, T., Lainez JM, Landgrebe M., Langguth B.,

Londero, A., Paolino, M., Questier, B., Sanchez, T., Searchfield, G. (2009). Algorithm for the Diagnostic and Therapeutic Management of Tinnitus. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://tinnitusresearch.net/index.php/for-clinicians/diagnostic-flowchart>

Cima, RFF, Mazurek, B., Haider, H., Kikidis, D., Lapira, A., Noreña, A. & Hoare, DJ. (2019) A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. *HNO*, 67(1), 10-42. <https://doi.org/10.1007/s00106-019-0633-7>

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (2021) S3-Leitlinie, Chronischer Tinnitus (AWMF-Register-Nr. 017/064). Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-064.html>

Nederlandse Vereniging voor Keel – Neus – Oor heel kunde en Heelkunde van het Hoofd –Halsgebied. (2016) Richtlijn Tinnitus. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cbo1s2\\_o3TIJ:https://www.vgct.nl/stream/definitieve-richtlijn-tinnitus-okt-2016.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cbo1s2_o3TIJ:https://www.vgct.nl/stream/definitieve-richtlijn-tinnitus-okt-2016.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar)

Fuller, TE, Haider, HF, Kikidis, D., Lapira, A., Mazurek, B., Noreña, A., Rabau, S., Lardinois, R., Cederroth, CR, Edvall, NK, Brueggemann, PG, Rosing, SN, Kapandais, A., Lugaard, D., Hoare, DJ & Cima, RFF (2017). Different teams, same conclusions? A systematic review of existing clinical guidelines for the assessment and treatment of tinnitus in adults. *Frontiers in psychology*, 8, 206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00206>  
Henry, JA, Zaugg, TL & Schechter, MA (2005) Clinical Guide for Audiologic Tinnitus Management I: Assessment. *American Journal of Audiology* 14, 21–48. [https://doi.org/10.1044/1059-0889\(2005/004\)](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2005/004))

Henry, JA, Zaugg, TL, Myers, PJ, Schmidt, CJ, Ribbe, C., Edmonds, K. & Thielman, E. (2015) Adult tinnitus management clinical practice recommendation. Portland, OR: Department of Veterans Affairs.

Idrizbegovic, E., Kjerulf, E. & och övriga yrkesrepresentanter i tinnitusteamet från enheterna Diagnostik, Hörselhabilitering Barn och Ungdom och Hörselrehabilitering för Vuxna (2011) Tinnitus Vårdprogram. Recuperados el 01 de marzo de 2022, de: [https://viss.nu/download/18.391d-994d1757a89d8e83791f/1610100222015/vardprogram\\_tinnitus\\_20111216.pdf](https://viss.nu/download/18.391d-994d1757a89d8e83791f/1610100222015/vardprogram_tinnitus_20111216.pdf)

Ogawa, K., Sato, H., Takahashi, M., Wada, T., Naito, Y., Kawase, T., Murakami, S., Hara, A. & Kanzaki S. (2019) Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of chronic tinnitus in Japan. *Auris Nasus Larynx*, 47(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2019.09.007>

National Institute for Health and Care Excellence (2020) Tinnitus: assessment and management (NICE guideline NG155). Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng155>

Tunkel, DE, Bauer, CA, Sun, GH, Rosenfeld, RM, Chandrasekhar, SS, Cunningham Jr, ER, Archer, SM, Blakley, BW, Carter, JM, Granieri, EC, Henry, JA, Hollingsworth, D., Khan, FA, Mitchell, S., Monfared, A., Newman, CW, Omole, FS, Phillips, CD, Robinson, SK, Taw, MB, Tyler, RS, Waguespack, R & Whamond, EJ. (2014) Clinical Practice Guideline: Tinnitus. *Otolaryngology. Head and Neck Surgery*, 151 (25), S1–S40. doi: 10.1177/0194599814547475

World Health Organization (2022). MC41 Tinnitus. En *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/>  
<http://id.who.int/icd/entity/1089305710>

## Referencias de Tabla

<sup>1</sup> Debido a que en el documento no se despliega la evaluación audiológica, se consultó el artículo: Henry, JA, Zaugg, TL & Schechter, MA (2005) Clinical Guide for Audiologic Tinnitus Management I: Assessment. American Journal of Audiology 14, 21–48.

[https://doi.org/10.1044/1059-0889\(2005/004\)](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2005/004))

<sup>2</sup> Bélgica, Brasil, Francia, Alemania, Italia, Nueva Zelanda y España

<sup>3</sup> Países Bajos, Alemania, Portugal, Grecia, Malta, Francia y Reino Unido

<sup>4</sup> Se sugieren tonos pulsados

<sup>5</sup> Grados de recomendación basados en el manual Minds versión 2.0. El texto de la recomendación se redacta de la siguiente manera: fuerza de la recomendación (1, 2, ninguna) y fuerza de la evidencia (A, B, C, D).

<sup>6</sup> Especialmente en pacientes con tinnitus en altas frecuencias

<sup>7</sup> En casos de pacientes con tinnitus y audición normal en la audiometría tonal convencional

<sup>8</sup> Asimilado de loudness growth (crecimiento de sonoridad)

<sup>9</sup> En casos de sensibilidad frente a los sonidos ambientales fuertes

<sup>10</sup> Si se informa que la tolerancia a la sonoridad es un problema

<sup>11</sup> Se debe tener cuidado al realizar pruebas basadas en la intensidad, particularmente cuando hay fluctuaciones recientes en la intensidad del tinnitus

<sup>12</sup> Para la clasificación de la sensibilidad al sonido o la calibración de los audífonos

<sup>13</sup> Se sugiere utilizar ruido de banda estrecha y tonos sinusoidales

<sup>14</sup> Prueba adicional

<sup>15</sup> Para evaluar los efectos a corto plazo del sonido en el tinnitus

<sup>16</sup> El registro continuo de la impedancia proporciona información adicional en caso de tinnitus pulsátil con sospecha de movimiento pulsátil del tímpano.

<sup>17</sup> Cuando exista disfunción del oído medio, de la trompa de Eustaquio o se sospechen otras causas de pérdida auditiva conductiva que contribuyan al tinnitus

<sup>18</sup> Incluyendo opcionalmente el registro de posibles cambios respiratorios o sincrónicos del pulso

<sup>19</sup> En casos de audición normal en la audiometría tonal convencional y sospecha de disfunción coclear

<sup>20</sup> No ofrecer pruebas de otoemisiones acústicas como parte de una investigación de tinnitus a menos que esté acompañado de otros signos y síntomas

<sup>21</sup> En casos de tinnitus unilateral y/o pérdida auditiva unilateral

<sup>22</sup> Especialmente en el caso de acúfenos unilaterales con hipoacusia

<sup>23</sup> En casos de sospecha de trastornos del procesamiento auditivo central

<sup>24</sup> En casos de sospecha de déficits de inhibición central

**Tabla I. Guías clínicas para el abordaje de pacientes adultos con acúfenos: síntesis de la evaluación audiológica.**

Autor/es	Biesinger et al.	Idrizbegovic et al.	Tunkel et al.	Henry, JA, Zaugg, TL, & Schechter, MA <sup>1</sup>
Año	2009	2011	2014	2015
País/es	Multinacional <sup>2</sup>	Suecia	Estados Unidos	Estados Unidos
Audiometría tonal convencional	✓	✓	✓	✓ <sup>4</sup>
Audiometría de altas frecuencias	✓			
Umbral de comodidad	✓ <sup>8</sup>			
Umbral de incomodidad	✓	✓ <sup>9</sup>		✓ <sup>10</sup>
Acufenometría: Equiparación en frecuencia	✓		No se recomienda	✓
Acufenometría: Equiparación en intensidad	✓		No se recomienda	✓
Acufenometría: Nivel mínimo de enmascaramiento	✓		No se recomienda	✓
Test de inhibición residual	✓	✓	No se recomienda	✓
Timpanometría	✓	✓	✓	✓
Reflejos estapediales	✓		✓	No se recomienda
Logoaudiometría		✓	✓	✓
Logoaudiometría con ruido de fondo		✓		
Otoemisiones acústicas (OEA) transitorias (TE)				
OEA producto de distorsión (PD)	✓			
Potenciales evocados auditivos tronco cerebral		✓ <sup>21</sup>		
Evaluación del procesamiento auditivo central				
Supresión contralateral de OEA PD				

Nederlandse Vereniging voor Keel – Neus – Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd –Halsgebied	Cima et al.	Ogawa et al.	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.
2016	2019	2019	2020	2021
Países Bajos	Multinacional <sup>3</sup>	Japón	Reino Unido	Alemania
✓	✓	✓	✓	✓ <sup>4</sup>
✓ <sup>6</sup>	✓ <sup>7</sup>	1B <sup>5</sup>		✓
	✓ <sup>11,12</sup>		No se recomienda	✓
No se recomienda	✓	✓ 1B <sup>5</sup>	No se recomienda	✓ <sup>13</sup>
No se recomienda	✓ <sup>11</sup>	✓ 1B <sup>5</sup>	No se recomienda	✓
✓ <sup>14</sup>	✓ <sup>11</sup>			✓
✓ <sup>14</sup>	✓ <sup>11,15</sup>			✓
✓ <sup>16</sup>	✓		✓ <sup>17</sup>	✓ <sup>18</sup>
✓	✓ <sup>11</sup>		No se recomienda	✓
✓	✓			✓
				✓
	✓ <sup>19</sup>			✓
	✓ <sup>19</sup>		✓ <sup>20</sup>	✓
				✓ <sup>22</sup>
				✓ <sup>23</sup>
				✓ <sup>24</sup>

## **Datos de la autora**

**Jimena Muratore** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR), estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud (FCM, UNC) y becaria doctoral de CONICET. Se desempeña como ayudante de primera simple en la cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR) y como adscripta en la cátedra Seminario de Audiología y Laberintología (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNC)



# El abordaje de las personas con discapacidad, hacia una clínica ampliada

**Ana Clara Isaias**

## **Introducción**

A lo largo de la historia, han existido distintas miradas sobre la discapacidad, que han determinado diferentes modos de conceptualizarla. En este capítulo se retoman enfoques históricos que permiten comprender las diferentes tensiones entre estos paradigmas y las intervenciones clínicas posibles. (Aguado Díaz, 1995; Palacios, 2008; Rossito, 2012; Palacios y Romañach, 2008; Valencia, 2014)

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) plantea que la Discapacidad es una construcción social y no un atributo de la persona, instalando la discusión en el orden de la diversidad. (ONU, 2006)

Desde esta perspectiva, se busca identificar las barreras que interaccionan con las personas con discapacidad a los fines de lograr la plena inclusión de las PCD. (Boggino y Boggino, 2013- Connell, 2009- Boggino y Boggino 2018- Borsani, 2020, Sinisi 2010, Skliar 2008- Skliar 2014)

Ahora bien, si hablamos de inclusión es porque existe un grupo poblacional que está excluido, que circula por carriles diferenciados (Sempertegui, 2016). Al decir de este autor, la vida de las PCD transcurre en un espacio diferente del “carril central” donde suceden la mayoría de las actividades de las personas sin discapacidad.

En este sentido, la esfera de la salud se constituye en un carril exclusivo- excluyente donde las PCD pasan gran parte su tiempo. ¿Cómo pensar estrategias clínicas no-excluyentes? ¿Cómo diseñar una práctica fonoaudiológica por fuera del modelo medico hege-

mónico?

Por su puesto que no estamos planteando negar del derecho a la salud de las PCD, muchas de ellas necesitan de apoyos médicos y de otros profesionales de la salud, de forma más o menos intensiva. Lo que aquí se plantea es el peligro de generalizar las estrategias sanitarias a todas las esferas de la vida de la persona. De este modo, corremos el riesgo de menoscabar el goce del ocio, el deporte, la cultura, el arte, el turismo, limitando todas estas actividades al ámbito de la habilitación o rehabilitación.

### **Entre el pasado y el presente, la construcción social del concepto de discapacidad**

Al decir de Aguado Díaz (1995) cada sociedad tiene en cada momento histórico determinadas necesidades y valores sociales, en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (diferencia). En este sentido, resulta interesante la cronología que propone Palacios (2008) en relación a las miradas que se han tenido en diferentes contextos respecto de las PCD.

#### **a. EL MODELO DE PRESCINDENCIA**

Tiene su origen en la antigüedad, Grecia y Roma y se proyecta en la Edad Media. Algunas prácticas basadas en este modelo son recuperadas en ciertas ideologías políticas, tales como el nazismo a mediados del siglo XX. Sus presupuestos esenciales tienen que ver, por una parte, con la justificación religiosa de la discapacidad, y por otro, la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. Desde esta mirada, se asume que las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acer-

ca de que la alianza se encuentra rota y que se avecina una catástrofe.

Por otro lado, se parte de la idea de que la persona con discapacidad es un ser improductivo y una carga para sus padres y la comunidad. Este modelo tomó diferentes matices a lo largo de la historia, desde la eugenesia hasta la marginación.

## **b. EL MODELO MÉDICO- REHABILITADOR**

Este modelo asigna causas científicas a la discapacidad, en general con gran énfasis en los componentes biológicos del proceso salud/ enfermedad. Surge a finales del siglo XIX y se profundiza con los avances de la medicina de la posguerra en Europa (Aguado Díaz, 1995).

Por otra parte, se entiende que las personas con discapacidad tienen algo que aportar a la sociedad, en la medida en que sean “normalizadas” previamente. Es decir, busca que la persona logre asimilarse, acercarse lo más posible a la media.

Con la modernidad, se profundiza la institucionalización, la creación de hospitales y manicomios para tratar (separadamente) a las personas con problemas de salud. Con la separación de la Iglesia y el Estado, estas instituciones se separan de la gestión clerical y le corresponde al Estado velar por las personas con discapacidad.

Se comienza a considerar que las personas con dificultades mentales o físicas podían mejorar y por ello eran sometidas a diferentes tratamientos, lo cual resulta superior del concepto de dar asilo, ya que el concepto de rehabilitación se amplía a variables sociales y psicológicas, expandiendo el término original ligado a fenómenos físicos.

Al asignar la discapacidad un origen biológico, se fomentan políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación y, la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación, así como la institucionalización. También se

empiezan a desarrollar instituciones que dan asilo en hospitales u hogares.

Es decir que, desde esta perspectiva la PCD está limitada para participar plenamente de la vida social. Esta suposición implica una identificación de la discapacidad con la enfermedad. El Estado debe poner a disposición de estas personas la asistencia pública, el trabajo protegido, la educación especializada, etc.

Cabe destacar que estas son prácticas que van en contra de la inclusión, ya que lo alejan de experiencias sociales y de aprendizaje en su comunidad, así como de tiempo de calidad con su familia.

### c. MODELO SOCIAL

En la década del sesenta en Europa y Estados Unidos empiezan las luchas de las minorías para reclamar derechos civiles. Empiezan a surgir entonces políticas dirigidas a estos grupos, así como leyes que van en el sentido de la protección y rehabilitación de las personas con diferentes deficiencias.

En este paradigma ubicamos algunos movimientos que aportaron a la construcción del modelo social.

- Movimiento independiente: surge como crítica a la institucionalización y a la excesiva dependencia de ciertas personas con discapacidad a sus familias o a los equipos terapéuticos. Propone que las personas con discapacidad tengan derecho a tomar decisiones respecto a donde y con quien vivir.

- Movimiento social (de las barreras): Influenciado por el movimiento de vida independiente, que tuvo lugar en Estados Unidos, en Europa surge un grupo militante que plantea que la discapacidad no puede circunscribirse a cuestiones de salud. En primera instancia propone que esta problemática debe ser abordada holísticamente. Ellos exigen políticas que protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas, incluyendo la igualdad de oportunidades.

En 2006, como resultado de la militancia de colectivos de personas con Discapacidad, los Estados parte de la ONU firman un tratado internacional que tiene por finalidad garantizar una serie de derechos a las personas con discapacidad, que incluye dentro de este grupo “(...) a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006, p. 4).

Desde esta perspectiva el problema no reside en la persona que tiene una condición física determinada, sino en entorno. Las personas con discapacidad pueden aportar a la comunidad en igual medida que las personas sin discapacidad.

#### **d. MODELO DE LA DIVERSIDAD**

Este paradigma propone salir del concepto de deficiencia que está implícito en los tres modelos anteriores, para pensar en la diversidad.

El término “diversidad funcional” se refiere a personas realizan las actividades cotidianas de manera diferente de la mayoría de la sociedad, por lo tanto, no se trata de personas imperfectas, que debemos arreglar.

Entendemos que las mujeres y hombres con diversidad funcional tienen que ver con sociedades que, siendo intrínsecamente imperfectas, han establecido un modelo de perfección al que ningún miembro concreto de ellas tiene acceso, y que definen la manera de ser física, sensorial o psicológicamente, y las reglas de funcionamiento social. Y que este modelo está relacionado con las ideas de perfección y “normalidad” establecidas por un amplio sector que tiene poder y por el concepto de mayorías meramente cuantitativas (Romañach y Lobato, 2005, p. 3).

Consideramos que ésta constituye una perspectiva superadora; en tanto los modelos anteriores trabajan con fuerza el ámbito de la dignidad jurídica y la han convertido en una cuestión de Derechos Humanos, mientras que este último paradigma enfatiza el ámbito moral de la persona, su dignidad intrínseca como ser humano.

Como venimos planteando, la dimensión histórica de la construcción social de la representación del otro como sujeto con discapacidad, deja sus “vestigios” en el presente. En este sentido, se trata de un pasado presentificado, en tanto reconocimiento de que las actitudes y asignación de lugares sociales excluyentes o inclusivos que se sucedieron a lo largo de la historia pueden seguir teniendo presencia en el momento actual. (Perino, en prensa)

Es decir, podemos encontrar muestras de los diferentes paradigmas en la actualidad; por ejemplo, en ciertas prácticas sociales, en el discurso, en el modo en el que son nombradas las PCD, etc. Las prácticas clínicas no escapan a este fenómeno, y muchas veces muestran la adherencia de los profesionales de la salud al modelo médico de la discapacidad.

Castel (citado en Rattero, 2011) propone tres formas cualitativamente diferentes de exclusión: las vinculadas al exterminio o expulsión; las que se basan en mecanismos de confinamiento o reclusión y, el proceso de “segregar incluyendo”. Este último mecanismo tiene vigencia en la actualidad y consiste en categorizar a una serie de sujetos de manera inferiorizante o subalterna; por lo que la sociedad encuentra formas de que esas personas participen de “ciertos” espacios “controlados” de la vida social (Rattero, 2011).

Por su parte, Skliar (2015) distingue las “diferencias” del “diferencialismo”. Mientras que las primeras nunca podrían ser descriptas como mejores o peores, superiores o inferiores, ya que pertenecen a la vasta complejidad de lo humano; el “diferencialismo” se manifiesta como forma de categorización, separación y disminución de

algunas marcas identitarias que ubican a grupos de personas como “inferiores” a la norma.

¿Cómo diseñar entonces intervenciones clínicas respetuosas de la diversidad? ¿Cómo pensarnos como terapeutas por fuera de las prácticas reparativas?

La primera pista por la que podemos ubicar nuestra intervención es la pensar un “sujeto situado”. En este sentido, podemos contemplar más que sus síntomas comunicativo- lingüísticos, sus particularidades biológicas, psicológicas y cognitivas; todas lecturas necesarias en el abordaje fonoaudiológico, pero no suficientes. Centrar la acción clínica sobre el sujeto concreto, implica además considerar que su cuerpo y su dinámica corporal están marcados por una singularidad, en un contexto dado social específico (De Sousa Campos, 1996- 1997). Esta mirada requiere, además, contemplarlo en su integralidad, como humano, como ser físico y espiritual, sujetado a una cultura determinada, en un momento histórico, etc.

En el caso de las PCD, muchas veces el diagnóstico queda por delante del sujeto, la persona deja de tener un nombre, una identidad, un padecimiento, se convierte en esa categoría médica o clínica... el sujeto se invisibiliza.

Es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo. Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, un canceroso o a un quejoso múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico (De Sousa Campos, 1996- 1997, p. 3)

La segunda clave para pensar en una clínica ampliada es el concepto de interdisciplina.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría

unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas —de época— atravesando distintos saberes disciplinares”. (Stolkiner, 2005, p. 5)

La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa, requiere por tanto de espacios y tiempos compartidos para poder pensar en conjunto las intervenciones posibles. En este sentido, y considerando al sujeto de atención en su integralidad, podremos entramar dispositivos superadores de las propuestas disciplinares... ¿tradicionales?

Los abordajes interdisciplinares se articulan muchas veces en dispositivos interinstitucionales que configuran verdaderas redes, configuraciones con gran potencia para la construcción de estrategias habilitantes en relación a la comunicación y a la constitución subjetiva de las PCD.

Las redes son, antes que nada, formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Las redes son sistemas abiertos y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas. (Rizzo García, 2014, p. 1).

En este caso, las redes se constituyen para dar respuesta a las necesidades de un sujeto que realiza una demanda al sistema de salud: y permiten a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas. Éstas se organizan mediante la estructuración de vínculos entre personas con intereses y preocupaciones comunes y proponen una alternativa a esta forma de orga-



nización que pueda hacer frente a las situaciones de fragmentación y desarticulación que se vive en la actualidad y son únicas de cada situación clínica en particular (Castillo Trigo, 2009).

Ahora bien, estas conexiones exceden el sistema de salud, y se intrincan con otros sectores, para compartir información, cooperar, coordinar e integrar acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población, por lo que muchas veces las redes se inscriben en una lógica intersectorial (Isaias, 2020).

Entendemos la intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (Flacso, 2015 en OPS, 2017). El trabajo intersectorial permite la participación de instituciones de la sociedad civil, tales como bibliotecas, vecinales, clubes u otros espacios donde las personas sin discapacidad circulan, y a las que debieran acceder las PCD. Surgen entonces intervenciones vinculadas a la salud y al ocio; y no necesariamente a la enfermedad/patología, que permiten abordajes integrales y territoriales. Es decir que, este tipo de propuestas apuntan a establecer conexiones entre actores heterogéneos que aportan a la construcción de inter-prácticas<sup>1</sup> en el marco de una clínica ampliada de las PCD (Isaias, 2021- en prensa).

### **A modo de conclusión**

Las PCD han sido objeto de estigmatizaciones a lo largo de la historia, cuyas marcas podemos observar en el presente. El concepto de estigma y el concomitante proceso de estigmatización, acuñado

---

<sup>1</sup> Término utilizado por Stolkiner(2005) Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental I Jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy 7 y 8 de octubre 2005. Posadas. Pp 1.

por Goffman (1963, citado en Ponce de Perino, 2021), indica la pertinencia a un grupo social desvalorizado por cuestiones étnicas, religiosas o de nacionalidad, por cuestiones físicas determinadas o psicológicas tales como carácter, niveles cognitivos y despliegue emocional (Ponce de Perino, 2021).

Los circuitos especializados por donde transcurre la vida de las PCD, aparecen como un mundo paralelo, conformado por espacios segregados, diferenciados de los espacios comunes, donde un grupo de personas -por lo general profesionales de la salud y de la rehabilitación- deciden por ellos, qué hacer, cómo, cuándo, dónde y con quiénes (Sempertegui, 2012).

Estas afirmaciones logran un efecto tranquilizador, ya que se trata de lugares especializados, donde se le va a dar lo que necesitan y van a estar cuidados. El discurso social de la tolerancia tiene esta doble faz: por un lado, se presenta como un manto de protección en relación a la PCD y al mismo tiempo: brinda protección al conjunto social al resguardarlos de una presencia que puede resultar incómoda, amenazante o perturbadora, porque rompen con “el espejismo de la normalidad”. (Skliar, 2002 en Ponce de Perino, 2021)

Sempertegui (2021) utiliza la metáfora de las vías de circulación de automóviles, para ilustrar el proceso de exclusión del que son objeto las PCD. Imaginemos que existe una gran vía - la corriente principal de la vida social- que incluye espacios comunes de recreación, educación, capacitación, las instituciones que nos brindan servicios de salud, culturales, espacios de consumo, de producción, etc. Y, además, a un costado de esta vía central, encontramos un carril selectivo, un carril exclusivo, en el que acontece la vida de la población calificada como discapacitada. Ahí encontramos las Escuelas Especiales, los Institutos Especiales, los Talleres Protegidos de Producción, las Instituciones de Rehabilitación, Centros Educativo- Tera-péuticos, Centros de día, etc.

Como fonoaudiólogos/as formamos parte del sector salud, por lo que debemos tener cuidado de no caer en la trampa; para diseñar dispositivos de abordaje ampliados, pensados como espacios de producción de relaciones que adquieren sentido a la luz de los problemas de cada sujeto, de cada familia, de cada comunidad (Fagioli, 2021).

Estos carriles “diferenciados” ponen el énfasis en variables biomédicas, orientan las practicas a la asistencia de la enfermedad, las que ocupan mucho tiempo de la vida de la persona, incluso llegando a la institucionalización. Esto es una marca del modelo médico, que nos impide pensar en la persona, ya que solo nos permite ver la enfermedad.

Diseñar un abordaje que contemple la complejidad humana, que no la cercene o la limite a su dimensión físico- química; requiere comprender la multidimensionalidad como inherente a los fenómenos comunicativos. Requiere aceptar la incertidumbre (Morín, 1994) y poder ubicarnos en el campo de la duda, del no saber o del “intersaber” (Stolkiner, 2005). Consideramos que todas estas acciones que nos corren del lugar del “saber/poder” pueden ser claves para trabajar por fuera del paradigma médico. Estas reflexiones buscan funcionar como una clave de sol, es decir, como signo que organiza y orienta una serie de prácticas, que se pretenden respetuosas, planteadas desde la horizontalidad y la humildad de todo abordaje humanizado (Rueda Castro et al, 2018).

## Referencias bibliográficas

- Aguado Díaz, A. (1995) Historia de las deficiencias. Escuela libre Madrid: Editorial Fundación Once.
- Castillo Trigo, R. (2009) El trabajo en red. Reflexiones desde la experiencia. Zerbistzuan 46. Abendua. 149-162.

De Sousa Campos (1996-1997) La Clínica del sujeto: por una Clínica reformulada y ampliada en [https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf) (recuperado el 24/01/2022) 1-9

Fagioli, M. (2021) Abordaje clínico en el campo de la discapacidad: un poco más allá de lo disciplinar. Curso de posgrado Abordaje Interdisciplinario de la Discapacidad. FCM UNR. 1er Cohorte. 2021.

Isaias A C. (2020). La conformación de redes en los procesos de Inclusión educativa de niños con Trastornos del Desarrollo. Rev Fac Cs Méd UNR. Vol. 1: pp. 154 a 160.

Isaias, AC. (2021) Intersectorialidad e inclusión educativa de niños con Trastornos del Desarrollo (TD) (en prensa).

Morín, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Buenos Aires: Gedisa.

ONU (2006) Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad. New York.

OPS (2017) Documento conceptual: intersectorialidad concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas en <https://www.paho.org/hq/dm-documents/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf> (recuperado en 24/01/2022)

Palacios, A y Romañanch, J. (2008) El modelo de la diversidad: una nueva visión de la biótica desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). Intersticios. Revista de pensamiento crítico. Nº 2. Vol 2.

Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ediciones Cinca.

Ponce de Perino, E. (2021) Acerca de la visibilidad de las per-

- sonas con discapacidad. Curso de posgrado Abordaje Interdisciplinario de la Discapacidad. FCM UNR. 1er Cohorte. 2021.
- Rattero, C. (2011). La pedagogía por inventar. In H. Spiens (Ed.), *Experiencias y alteridad en educación*. (pp. 161–188).
- Rizo García, M. (2014) *Redes, una aproximación al concepto*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México (2014) en *Diplomatura en Gestión de Salud*. Universidad de Avellaneda. Cohorte 2018— 2019. 1-7-
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005) *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Foro de Vida Independiente. Madrid. en [http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad\\_funcional.pdf](http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf) (recuperado el 24/01/2022)
- Rossito, A. (2012) *Estado de la educación superior argentina a tres años de la ratificación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. *Revista Iberoamericana de Educación*. Nº 59/1. (OEI-CAEU).
- Rueda Castro, L. et al (2018) *Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal*. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002>
- Sempertegui, M. (2012) *El saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas* en Angelino, M y Almeida; M. (comp) *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Paraná: UNER.
- Skliar, C. (2015). *Asking for the difference: questions on inclusion*. *Sophia*, 11(1), 33–43.
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas Nacionales de salud mental I Jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy 7 y 8 de octubre 2005. Posadas. 1-9.
- Valencia, L. (2014) *Breve Historia de las Personas con Discapa-*

cidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos. en <https://rebellion.org/docs/192745.pdf> (recuperado el 24/01/2022)

### **Datos de la autora**

**Ana Clara Isaias** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR) y doctoranda en Educación (FHyA, UNR) con experiencia en docencia universitaria e investigación. Profesora Titular de Metodologías de la Investigación, carrera Licenciatura en Fonoaudiología.

Trabajó en el Hospital de niños Zona Norte en clínica del lenguaje y fue secretaria del Comité de Docencia en Investigación. Miembro FOIN y CIFUNyP.

Co- Directora del posgrado “Abordaje Interdisciplinario de la Discapacidad” y Vice directora de la Licenciatura en Fonoaudiología, FCM, UNR.

# Fonoaudiología social y comunitaria: repensar la formación disciplinar

**Claudia Ithurralde**

## **Introducción**

El campo de acción de la fonoaudiología social y comunitaria fue construido y se sostiene con anterioridad a cierta formalización académica. Puede interpretarse que esta última dio un puntapié inicial en la Escuela de Fonoaudiología con los proyectos vehiculizados a través de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR entre 2007 y 2019.

El cómo aunar teoría y praxis fue desde siempre una preocupación entre quienes integraron los equipos de investigación de dichos proyectos. La propuesta fue indagar en experiencias relativas al trabajo comunitario y avanzar en una teorización acerca de qué podía interpretarse por “fonoaudiología social y comunitaria”.

Este texto trata de recrear las instancias que se llevaron a cabo en la ejecución de tres proyectos de investigación: “Formación en fonoaudiología social y comunitaria” (2007-2011); “Formación en fonoaudiología social y comunitaria: aspectos teóricos y prácticos que definen este enfoque” (2011-2014) y “Formación con perfil social y comunitario en fonoaudiología” (2016-2019).<sup>1</sup>

## **Acerca de la construcción del enfoque social y comunitario al interior de la fonoaudiología**

El contacto con sucesivas poblaciones de estudiantes de Sto.

---

<sup>1</sup> Villarreal, S.; Ithurralde C. (alternaron como Directora/Co-directora en los tres proyectos); Berta, G; Campra, Ma. C; Felice, F; Savio, M. (Integrantes en los 3 proyectos).  
Baldomá, A.: integrante proyectos años: 2007-2010; 2011-2014.  
Ginghini, Ma. F: integrante proyecto años: 2016-2019.  
Saracco, Ma. F: integrante proyecto: 2007-2010

Año de la Licenciatura en Fonoaudiología – UNR (año en el que se cursa el Taller de la práctica pre-profesional), motivó ciertos interrogantes en el equipo de trabajo: ¿cómo propiciar en la fonoaudiología una mirada desde lo social y comunitario? ¿La formación de grado brinda herramientas teóricas y prácticas para abordar problemas de salud complejos que afectan a la comunidad?

Estos cuestionamientos permitieron plantear los objetivos del primer proyecto: establecer un diagnóstico de situación respecto de los marcos disciplinares e interdisciplinares que sustentan un enfoque social y comunitario; reflexionar acerca de las acciones prácticas desde la perspectiva objeto de estudio; integrar contenidos relativos a dicha temática en seminarios electivos para estudiantes, egresados/as fonoaudiólogos/as y de otras carreras del área salud.

Se precisó conceptualizar el término fonoaudiología social y comunitaria, para delinear un cuerpo de saberes teóricos-prácticos, que fueran continentes y posibilitadores del ejercicio de una práctica socio-comunitaria. A la vez, que dieran cuenta del cúmulo de experiencias que podían enmarcarse en esa categoría. Para ello, se revisaron las aportaciones teóricas provenientes de la Psicología Social Comunitaria (PSC) y de la Medicina Social, como así también las contribuciones de algunas colegas (Fabiani, 1994; Piccoli, 1992) pioneras de la perspectiva social en fonoaudiología.

Según Montero (1989), referente de la PSC, la teoría que sustenta las prácticas socio-comunitarias refiere a una práctica surgida “en situación” y “para la situación” y donde el sujeto es comprendido en su contexto.

Siguiendo a Stolkiner y Ardila Gómez (2012), se consideró que el enfoque teórico-metodológico de la medicina social/salud colectiva define los problemas y desarrolla las investigaciones desde un encuadre conjunto analizando también el contexto social en el que se desenvuelven. Asimismo, se tomaron en cuenta los aportes de



Morin (2007) que refieren a lo social y lo comunitario, como así también el enfoque histórico social de Vigotsky (1995).

Se concluyó que la fonoaudiología social y comunitaria, podría considerarse como “un enfoque teórico-práctico específico de la fonoaudiología abocado a la promoción, prevención y atención de los sujetos en su contexto”. (Villarreal et al., 2012, p.49).

El relevamiento de acciones prácticas documentadas desde esta perspectiva a partir de fuentes secundarias (tesinas de la Licenciatura en Fonoaudiología UNR), artículos de revistas especializadas y trabajos presentados en eventos científicos), mostró una escasez de trabajos. En contrapartida, diversas experiencias comunitarias se venían llevando a cabo, pero las mismas no estaban suficientemente documentadas ni contaban con la misma difusión que otras relativas a los diferentes campos del quehacer fonoaudiológico. El contacto con profesionales al interior de la propia disciplina, permitió conocer experiencias en terreno, que tuvieron como escenario algunas prácticas extensivas desde las asignaturas clínicas de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (UNR); las mismas serían analizadas en el siguiente proyecto.

Para cumplir con el último objetivo antes mencionado se organizaron seminarios sobre temática afín a la investigación; los mismos fueron destinados a la comunidad de la Escuela de Fonoaudiología, como así también a otros profesionales de la salud.

### **Avances en la investigación, ampliando la mirada acerca de la formación de grado y las prácticas fonoaudiológicas**

La línea de investigación iniciada se continuó con dos sucesivos proyectos que fijaron nuevos objetivos; entre ellos: conocer si en los espacios de práctica intracurricular, se formulaban estrategias de intervención fonoaudiológica comunitaria. Esto condujo a indagar

acerca de acciones en el marco de la extensión universitaria. Para ello, se revisaron las memorias de cátedra de las asignaturas de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (UNR) y se desarrollaron entrevistas con informantes claves. Fue posible comprobar, a partir de un trabajo de investigación-tesina<sup>2</sup>, las estrategias de intervención fonoaudiológicas comunitarias desplegadas en las diferentes asignaturas a través de actividades de extensión universitaria desde el año 2007 al 2011.

Los resultados muestran que, de un total de 33 (treinta y tres) asignaturas, 17 (diecisiete) realizaron actividades en el eje de extensión. Se desarrollaron, principalmente, “acciones de resolución de problemas de la comunidad” y “actividades de formación de grado teórico-práctico”. Dentro de las primeras, se incluye la acción social como una modalidad de la extensión caracterizada por acciones y actividades que aportan un beneficio a las comunidades de la región y del país. En este sentido, se realiza la atención de pacientes derivados de efectores de salud pública, privada y de escuelas en los consultorios de la Escuela de Fonoaudiología.

Las “actividades de formación de grado teórico-práctico” fueron definidas como actividades de grado mediante la capacitación, prevención, orientación, información y difusión o asesoramiento a la comunidad. De esta manera, es posible complementar con la práctica la formación teórica curricular.

De los cuatro departamentos de la Escuela de Fonoaudiología que nuclean las asignaturas según áreas de conocimiento e intervención, pudo observarse que el Departamento de Clínica y Terapéutica Fonoaudiológica realizó todos los tipos de actividades de extensión universitaria.

---

<sup>2</sup> Pautasso, M.V. y Zambón A. (2013) Estudio descriptivo acerca de las actividades de extensión universitaria realizadas por las asignaturas de la carrera de Lic. en Fgía. (UNR) años 2007-2011. Dicha Tesina fue co-dirigida por dos miembros del equipo de investigación.

Los/as docentes entrevistados/as reconocieron la importancia de las actividades extensionistas, y que las mismas resultan necesarias para que los/as estudiantes desarrollen sus experiencias prácticas estrechando lazos con la comunidad.

Otro de los objetivos del segundo proyecto (2011-2014) fue promover una formación desde la perspectiva social y comunitaria en el grado y posgrado para lo cual se realizó un seminario sobre “Estrategias de Intervención Fonoaudiológicas Comunitarias”.<sup>3</sup>

El tercero y último de los proyectos hizo hincapié en la búsqueda de un perfil socio-comunitario en los/as profesionales de la fonoaudiología. Sus objetivos se orientaron a impulsar dicho perfil en la formación de los/las estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología (UNR), promover la producción de trabajos de investigación-tesinas de la carrera con sesgo socio-comunitario y propiciar la transferencia de intervenciones fonoaudiológicas comunitarias realizadas por egresadas/os en efectores públicos de salud de la ciudad de Rosario.

Se optó por una metodología descriptiva cualitativa y se consideraron dos poblaciones: por un lado, los/las estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (UNR) y, por otro, recientes graduadas que se desempeñaban en centros de salud pública de la Municipalidad de Rosario.

El proyecto fue difundido a través de seminarios y talleres operativos dirigidos a los/las alumnos/as de cuarto y quinto año de la carrera, que se encontraban en la instancia de elaboración del anteproyecto de tesina. Se propuso, asimismo, un espacio para consul-

---

<sup>3</sup> Seminario realizado el día 17/5/2013 en el ámbito de la Escuela de Fgía. Contó con ponencias de diferentes profesionales de la disciplina y de otros del área salud y educación. El encuentro fue grabado y posteriormente publicado para ser distribuido entre las/los participantes y Directores de los Dptos. de la Escuela de Fgía. UNR. Material impreso en 2015. Centro Editor Facultad de Ciencias Médicas, UNR.

tas, la oferta de bibliografía pertinente, y la supervisión (tutoría) de tesinas. Así, se desarrolló el seguimiento de seis tesinas aprobadas correspondientes a doce estudiantes (2017-2019), co-dirigidas por integrantes del equipo de investigación.

Atendiendo a valorar la figura de Paulo Freire como sostén pedagógico del proyecto, se realizó una jornada de debate y reflexión<sup>4</sup>. La misma fue destinada a docentes y estudiantes, que habían hecho su pasaje o se encontraban realizando la práctica pre-profesional; en dicho encuentro se desarrolló la importancia del diálogo y la escucha de todas las voces. Se abordaron las ideas propuestas por Freire acerca de la “lectura del mundo” y la “lectura de la palabra”, el valor de los saberes previos, la singularidad, la historia y la cosmovisión de cada sujeto atravesado por su cultura. Esta modalidad significó que los/las participantes pudieran posicionarse como sujetos críticos, creativos y comprometidos. Finalmente, los/as estudiantes reflexionaron sobre la experiencia pre-profesional y los imaginarios acerca del encuentro con la comunidad, con cada sujeto de la atención y en cada posible intervención.

Por otra parte, y con el objetivo de conocer el impacto de la formación académica recibida en la Licenciatura en Fonoaudiología (UNR) respecto de las prácticas en salud comunitaria, se realizaron entrevistas a cuatro recientes graduadas que se desempeñaban en efectores públicos de salud. El análisis de lo registrado en dichos encuentros dio lugar a la construcción de categorías de análisis: formación, proceso de atención, abordaje interdisciplinario, recursos materiales y espacio físico, producción subjetiva de cuidado, intersectorialidad y particularidades socio-culturales de los sujetos de la atención. (Ithurralde et al, 2018).

---

<sup>4</sup> Jornada: “Círculo de cultura con Paulo Freire: Qué decimos cuando hablamos de formación profesional situada”. La misma estuvo a cargo de la Directora del Instituto Paulo Freire, Fac. de Derecho, UNR, Ps. Y Antropóloga Social Lilians López.

Lo aportado por las graduadas permitió conocer expectativas, fortalezas, debilidades y obstáculos en el ejercicio profesional, contraponiendo lo aprendido en la formación académica con la experiencia del trabajo en el territorio.

### **Reflexiones finales**

Según Freire, los sujetos construyen conocimiento a partir de un profundo intercambio con el medio; su modelo liberador considera a la educación como una actividad crítica que confronta saberes previos con nuevas experiencias y las resignifica. (Campra, 2021).

Por otra parte, Morin (2007) cuestiona la fragmentación de saberes y afirma que el conocimiento progresa principalmente por la capacidad de contextualizar y totalizar.

Surge la necesidad de crear/ consolidar prácticas situadas, en consonancia con currículos flexibles que permitan al estudiante interactuar con su comunidad y reflexionar acerca de las acciones de intervención fonoaudiológicas.

### **Referencias bibliográficas**

Campra, Ma.C. (2021)IX Repensar las prácticas fonoaudiológicas en Ithurrealde, C; et. al (2021) Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria. Un enfoque en construcción.1°. ed. Rosario: Laborde Libros Editor.

Fabiani, B. (1994). El fonoaudiólogo social: un ejercicio posible. Boletín del Colegio de Fonoaudiólogos de la 2da. Circunscripción De la Pcia. De Sta. Fe, (N° 32), 8-10.

Montero, M. (16 al 20 de junio de 1989). Perspectiva de la Psicología Comunitaria en América Latina. [Conferencia] III Conferencia Internacional sobre Psicología de la Salud, la educación y el cambio social. Colegio de psicólogos del Perú.

Cajamarca, Perú.

Iturralde, C. et al. (2018) Praxis fonoaudiológica con formación social y comunitaria Bulacio, L. Ciencia y Tecnología 2018: divulgación de la producción científica y tecnológica de la UNR. 1a ed. Rosario: UNR Editora. Libro digital, PDF.

Morin, E. (2007). La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento. Buenos Aires: Nueva Visión.

Piccoli, E. et al. (1992) Atención Primaria de la Salud. Revista Fonoaudiológica; Tomo 38 N° 2, ASALFA, Buenos Aires, 5-36.

Stolkner, A., Gómez Ardila, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XXIII: 57 – 67.

Vigotsky, L. (1995) Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Ed. Librerías Fausto.

Villarreal, S., et al (2012). Fonoaudiología social y comunitaria: necesidad de la formación desde este enfoque. Revista Metavoces. Año VIII- (N° 14), 47-53.

**NOTA: La autora quiere expresar que el contenido vertido en este capítulo es fruto del trabajo conjunto del equipo de investigación “Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria”.**

## Datos de la autora

**Claudia A. Ithurralde** es Doctora en Fonoaudiología. Especialidad Perturbaciones en la Comunicación Humana) Fac. de Ciencias de la Recuperación Humana, U.M.S.A. Ex Profesora Titular Ord. De “Taller III Práctica Pre-profesional” y Ex Profesora Titular de “Alteraciones del Lenguaje en el Adulto”, Licenciatura en Fonoaudiología, FCM-UNR. Actualmente Integra el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.





## COVIDARIO

### Docentes de la Cátedra de Introducción a la Fonoaudiología

En el año 2020, un contexto particular irrumpió y atravesó la humanidad, al cual no fue ajeno el proceso de enseñanza-aprendizaje, que vio comprometido su desarrollo y derrumbadas las planificaciones propuestas. Este acontecimiento disruptivo nos exigió reinventarnos, entre lo sorpresivo e inesperado, en un intento de afrontar la dificultad aun sabiendo que los resultados podían ser desmotivadores, pues para nosotras también eran tiempos nuevos que nos obligaban a transformarnos, a planificar en la emergencia para poder continuar, ya que nos acompañaba la incertidumbre frente a las consecuencias de lo desconocido. Esta irrupción que nos afectó en nuestras dimensiones: física, emocional, mental y social, nos desestabilizó en nuestra tarea docente e impuso la implementación de recursos virtuales como herramientas para la vehiculización de los contenidos ante el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) primero y el distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO) más tarde.

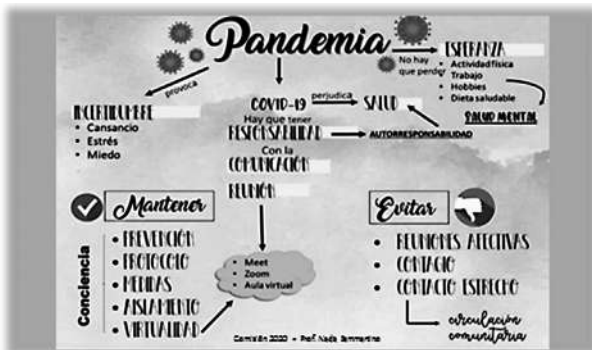
En esta coyuntura, desde la cátedra que integramos, Introducción a la Fonoaudiología, nos sentimos comprometidas y con enorme esfuerzo nos lanzamos a la aventura, desafío y conquista de la virtualidad. De hecho, el compromiso otorgado por sus actores, docentes y estudiantes, se ganó el valor *gold-standard*, pues fue un *aprendizaje compartido en el que no podíamos claudicar*.

Para atravesar ese contexto desde un escenario saludable, la utilización de recursos que permitieran lo interactivo, aunque mediado en el tiempo y lo vincular, aunque gráfico, fotográfico, icónico, o digital, fueron las formas elegidas para transitar productivamente las aulas virtuales. Así fue que, superando nuestras expectativas, sur-

ge el COVIDARIO, confeccionado y presentado por estudiantes de primer año de la cohorte 2020 que cursaron la asignatura Introducción a la Fonoaudiología, perteneciente a la Licenciatura de grado. La actividad estuvo coordinada por las docentes de la cátedra: Patricia Fabiola Capria, Marcela Miola, Nadia Sammartino, Melisa Silva, Marisa Pulizzi y Noelia Raimondo.

De este modo, el manejo de las distintas herramientas virtuales, las habilidades y conocimientos necesarios sobre tecnología impactaron tanto en el dictado de clases como en las formas de evaluar. Por lo tanto, el COVIDARIO representó la instancia de evaluación final cualitativa y virtual, previa a los exámenes finales. Tal como señala el Dr. José Salazar Ascencio (2018), en referencia a intentar abrirnos a una nueva cultura evaluativa que potencie la reflexión pedagógica y se focalicen los aprendizajes significativos.

En consecuencia, acordamos como objetivo principal colocar al estudiante en un rol protagónico y reflexivo de la realidad, en un intento por compensar sentimientos de soledad, frustración, enojo, desesperanza por ellas/os manifestados. Acudimos a la WIKI como favorecedora de una actitud positiva hacia el aprendizaje en la que se habilita y prioriza el trabajo colaborativo. Además nos permitió abordar el proceso comunicativo-lingüístico mediante el análisis de los contenidos desarrollados a lo largo de la cursada.



Creación del Grupo 2 comisión de Prof. Nadia Sammartino (2020)

La propuesta radicó en identificar en el discurso cotidiano que emergió de la compleja realidad, nuevas formas lexicales o expresiones que el impacto del COVID-19, en sus múltiples dimensiones, produjo en la sociedad y en el mundo. Esto generó la necesidad de contar con nuevas denominaciones, ya sea desde la utilización de conceptos existentes, para dar cuenta a nuevos términos o reemplazando concepciones anteriores. Como así también generó el surgimiento de neologismos, que rápidamente fueron incorporados al *uso de la lengua*.



Para la realización de este trabajo colaborativo, propusimos la siguiente dinámica:

- definir roles entre integrantes del grupo.
- explorar, descubrir, reconocer e incluir términos, expresiones nuevas, o bien que se utilizaban anteriormente con otro sentido, y como consecuencia de la aparición del COVID-19, se incorporaron al lenguaje cotidiano.
- seleccionar alguna de estas expresiones y añadirlas con sus respectivas definiciones al Glosario general, configurado en el aula virtual de la materia.

- incorporarlas a la WIKI, en la que, a partir del mencionado trabajo colaborativo permitió ir creando diversos contenidos.

- desplegar finalmente, con la herramienta Padlet (que actuó como pizarra) variadas producciones creativas que permitieron reflejar en forma de muro, su uso actual, comparando similitudes o diferencias, contrastando re-significaciones de las mismas.

Fue así que del entrecruzamiento de recursos educativos virtuales, Glosario/Wiki, las/los estudiantes crearon este trabajo colaborativo, el COVIDARIO, gestado en cada uno de sus grupos de trabajos prácticos de la materia.

Sobre la base de este recorrido, al finalizar esta construcción colectiva y como parte de la formación, invitamos a las/los estudiantes a contarnos en producciones grabadas sus propias valoraciones de la experiencia realizada. Quienes participamos de este esfuerzo compartimos el testimonio y las voces de los protagonistas a través del siguiente enlace y código (QR audio)

<https://soundcloud.com/csmedunr/covidario-experiencias-de-estudiantes-de-fonoaudiologia-faculta-de-ciencias-medicas-unr>



A partir de este proceso planteado de exploración, reflexión y cuestionamiento, cada grupo plasmó su proyecto libremente, reorganizando frases que contenían esta innovación léxica o imágenes que comunicaban, producto de las circunstancias actuales que atraviesa la humanidad (enlace - QR imagen).



<https://padlet.com/capriafabiola/vpw91rv-9bxclz8yy>

Como señalan Borgobello y Espinosa, en relación a los cambios en la educación, su implementación y algunas dificultades que conlleva

van: “Es un camino abierto y a transitar. Quizá se trata de pensar colectivamente cómo diversificar escenarios pedagógicos posibles desde las experiencias vividas”. (Borgobello y Espinosa, 2020, p.36).

Agradecemos a las/los estudiantes participantes por el trabajo realizado y a las autoridades de la Escuela de Fonoaudiología quienes permitieron difundir este proyecto.

## Referencias Bibliográficas

Ascencio, José S. (2018). Evaluación de aprendizaje significativo y estilos de aprendizaje: alcances, propuesta y desafíos en el aula. Universidad de La Frontera, Chile. Publicado en Tendencias Pedagógicas N°31.

Borgobello, A y Espinosa, A. (2020) Enseñanza remota de emergencia: crisis, procesos y cambios en la educación superior. En Costa, F y Garo, S. (comp) Notas de pandemia. Reflexiones, lecturas y experiencias escritas en tiempos de aislamiento social y virtualidad. Rosario: UNR Editora.

Curso Básico Comunidades Nivel 1. Res. 1792/2020. Área de Formación Docente. FCM-UNR.

Curso Avanzado Comunidades Nivel 2. Res. 1793/2020. Área de Formación Docente. FCM-UNR.

Curso Iniciación a la docencia. Tópico: Evaluación en la educación sanitaria. 1/9/2021 y continua. Área de Formación Docente. FCM. UNR.

## Datos de autoras

Patricia Fabiola Capria, Marcela Miola, Nadia Sammartino, Melisa Silva, Marisa Pulizzi y Noelia Raimondo.



# El desarrollo de los significados en la infancia. Aportes de Vygotsky y Luria al campo disciplinar de la fonoaudiología

**Sofía Zoloff Michoff**

*“Todo está en la palabra...(…) Tienen sombra, transparencia,  
peso, plumas, pelos,  
tienen de todo lo que se les fue agregando de tanto rodar por el río,  
de tanto transmigrar de patria, de tanto ser raíces...”  
Pablo Neruda - “La Palabra”*

Este capítulo expone, en líneas generales, el trabajo de investigación final llevado a cabo para la obtención del título de licenciada en fonoaudiología y, a la vez, destaca los aportes de Vygotsky y Luria al campo disciplinar de la fonoaudiología.

Se trató de una investigación de tipo descriptivo y se centró en el desarrollo del significado de las palabras en niños de entre 5 y 12 años radicados en la ciudad de Las Breñas, ubicada al sudoeste de la provincia del Chaco, en el año 2017. Se pretendió estudiar las características del proceso de desarrollo del significado de las palabras en función del sistema de enlaces psicológicos subyacente y su modo de manifestación. Para ello se entrevistó, de manera individual, a un total de 163 niños concurrentes a instituciones educativas públicas, y se aplicó un instrumento de evaluación muy sencillo, basado en el Método de Determinación de Significados o Conceptos de Alexander Luria, el cual constó de ocho consignas verbales en las que se solicitó a cada uno de los niños la definición de ocho palabras seleccionadas teniendo en cuenta el contexto poblacional, siete de ellas concretas (paloma, bicicleta, lápiz, celular, leche, cuchillo y maestro) y una abstracta (amistad).

### **Las palabras permiten ser, estar y representar**

La vida de los seres humanos se organiza en función y alrededor de las palabras que conforman su sistema de comunicación por excelencia, el lenguaje; a su universo interno, el pensamiento; a la vez que permiten representar y entender al mundo que los rodea en la realidad pasada, presente y futura. En palabras de Vygotsky (1995):

(...) con la ayuda del lenguaje, el niño obtiene la posibilidad de liberarse del poder de las impresiones inmediatas, saliéndose de sus límites. (...) puede expresar con palabras también lo que no coincide con la combinación exacta de objetos reales o de las correspondientes ideas. Eso le brinda la posibilidad de desenvolverse con extraordinaria libertad en la esfera de las impresiones designadas mediante palabras (p.403).

Vygotsky (1993) identifica en las palabras a la unión entre lenguaje y pensamiento, ya que identificó en éstas procesos inherentes a ambos fenómenos. Las palabras, por un lado, sirven para designar, representar, sustituir, relacionar objetos, sujetos, actos, cualidades, situaciones etc.; y por otro abstraen sus características esenciales para luego generalizarlas a todos aquellos objetos, sujetos, situaciones, etc. que comparten dichos rasgos principales. A estas generalizaciones el autor las denomina significados o conceptos. Entonces, representación, abstracción y generalización son, por igual, procesos que pertenecen tanto al lenguaje como al pensamiento, y esa conexión se encuentra en el significado de las palabras.

Luria (1984) sostiene que los significados de las palabras son sistemas estables de generalizaciones, iguales para todas las personas. Afirmo que estos sistemas pueden variar en relación al grado de generalización, a la profundidad o al alcance de los objetos por él designados, sin embargo, conservan un núcleo permanente al que denomina sistema de enlaces, entendidos como los procesos psíquicos que subyacen al significado y lo sustentan a lo largo del desarrollo.

Por su parte, Vygotsky (1995) expresa que los significados de las



palabras son dinámicos, están sujetos a un extenso proceso de desarrollo en el cual se modifican, se enriquecen, cambian su estructura, en función de las etapas de desarrollo que atraviesa el niño.

Ambos autores plantean que en el desarrollo de la estructura interna o sistémica del significado (aspecto semántico) de las palabras se suceden tres sistemas de enlaces que lo sustentan. Se trata de una red de conexiones, relaciones, generalizaciones que subyacen o están contenidas en la palabra y manifiestan el conocimiento que un sujeto tiene sobre los objetos, situaciones, etc.

Estos no se dan simultáneamente, sino que se manifiestan en relación a la etapa de desarrollo del pensamiento y la edad alcanzada por el niño. Asimismo, mencionan que el surgimiento de un nuevo sistema de enlaces no implica la extinción del anterior, sino que coexisten en el sujeto, con el predominio de uno de ellos en función de la etapa en la que el niño se encuentre.

Es importante mencionar que Vygotsky (1995) valoró otros aspectos intervinientes en este proceso, al expresar que el desarrollo del significado de las palabras está, también, atravesado por el aspecto socio-cultural entendido como las experiencias sociales y culturales que el niño tiene con el medio social en el que se encuentra inmerso, las experiencias de interacción con los miembros de su familia y allegados, el contenido lingüístico recibido de otros, el nivel socio-económico, la accesibilidad a servicios, a recursos, a instituciones, el nivel de instrucción de sus padres o cuidadores, la escolarización o su ausencia, la época, la estructura poblacional, la geografía, entre otras variables.

Luria (1984) desarrolla de manera precisa los sistemas de enlaces que sustentan al significado de las palabras. A partir de los postulados propuestos por este autor se expondrán algunas respuestas brindadas por los integrantes de la población en estudio.

A edades tempranas las palabras suscitan en el niño las experiencias afectivas por las que éste ha atravesado. Detrás de este sentido

afectivo que se tiene de las palabras se encuentran los Enlaces Subjetivos Intuitivos. Por ello para Melisa (5 años) el cuchillo “es el que te corta el dedo” y, para Areli (5 años) la palabra bicicleta despierta la siguiente respuesta: “No sé andar en bici sin rueditas, no quiero que me lleven en la bici porque tengo miedo (...). Mi hermana me quiere enseñar a andar en bici pero yo me caigo porque no sé andar”. En ambos ejemplos se aprecia la experiencia afectiva que estas niñas han tenido con los objetos que se les ha mencionado.

Más tarde, al comienzo de la edad escolar, entre los 5 y 7 años, en el significado de la palabra se encierran las impresiones concretas sobre la experiencia real, práctica y situacional de los objetos. Entonces, tras el significado real-inmediato o situacional se encuentran los Enlaces Objetivos Reales Inmediatos. Esto se ve reflejado en la respuesta de Ainara (6 años) al ser interrogada sobre el significado de la palabra maestro: “El maestro sirve para enseñarle a las personas, como mi seño Ivana. Enseña las letras, aprender a leer, los números, las vocales”. También en lo que expresa Milagros (7 años) al ser consultada sobre la definición de la palabra bicicleta: “Una bicicleta es para andar, tienen manubrio, pedal, tienen llanta (...)”. O bien al consultarle a Thiago (10 años) sobre la palabra leche, expresó: “La leche es para tomar y viene de la vaca”. En todas estas definiciones es posible advertir información concreta de los objetos tales como su función o utilidad, características y atributos, procedencia, situaciones concretas en las que estos objetos intervienen en la cotidianidad.

El último sistema de enlaces descrito se denomina enlaces Lógico Verbales. En este caso la palabra se encuentra dentro de un sistema de conceptos que se jerarquizan según el grado de generalización que alcancen: macrocategorías, categorías, clases, subclases. Estos comienzan a manifestarse a partir de los 7 u 8 años de edad y se estabilizan en el inicio de la adolescencia. Es por ello que Brian (8 años) puede sintetizar toda la información que tiene sobre la paloma em-

pleando una única palabra: “Es un pájaro”. También se observa en la respuesta de Máximo (10 años) al definir a la palabra bicicleta como “un vehículo”.

Ahora bien, al tratarse de un proceso, estos sistemas de generalizaciones que sustentan a la palabra no se dan de manera pura, sino que se combinan primando uno sobre el otro, lo que revela una transición entre las etapas y una progresión hacia mayores niveles de abstracción. Por ello es que algunos niños brindaron definiciones en las que dos sistemas de enlaces sustentan al significado. Por ejemplo, Thiago (10 años) expresó que la paloma es “un animal vertebrado que vuela”. En este caso es posible identificar la inclusión de la palabra en una categoría y una clase, al mismo tiempo que se menciona un atributo o cualidad principal.

Resulta interesante exponer que en la investigación que se llevó a cabo, algunos niños menores de 8 años (de 5 años el 7,75%, de 6 el 5,3% y de 7 el 14,3%) brindaron respuestas sustentadas por enlaces Lógico Verbales, las cuales son esperables a edades más tardías. Vygotsky (1993), en ese sentido, expresa que los niños, a edades tempranas, comienzan a operar con conceptos (sin aún tener la capacidad de formarlos espontáneamente) que le son proporcionados por los adultos que los rodean y, también, por el contexto escolar.

Por otro lado, las diferencias estructurales entre las palabras concretas (que son aquellas que poseen un referente concreto al cual representar) respecto de la palabra abstracta (conceptos que existen en un plano abstracto) evidenciaron que la progresión de estos sistemas de enlaces se da de manera diferente, ya que las definiciones brindadas por la mayoría de los niños, inclusive los de mayor edad, manifiestan la necesidad de contextualizar a la palabra amistad en situaciones concretas, reales. Un número reducido de niños logró conceptualizar la palabra incluyéndola en la categoría semántica abstracta a la que pertenece.

### **Lo que mostró la experiencia de campo**

Los resultados obtenidos en la población estudiada confirman las conceptualizaciones teóricas desarrolladas por Vygotsky y Luria.

En términos generales se observó que la estructura del proceso de desarrollo del significado, es decir las etapas que deben atravesarse, coinciden con lo planteado por los autores.

La sucesión entre las etapas respeta el orden establecido, en un principio, el contenido detrás de las palabras son las impresiones afectivas, subjetivas que el niño tiene sobre los objetos. En la muestra estudiada se registró que un 15,4% de los niños de 5 años presentó este tipo de enlaces de forma pura, delimitando el fin de dicha etapa. Luego prima la información concreta, real, objetiva y situacional. En este caso, el 100% de los niños entrevistados de entre 5 y 10 años presentaron respuestas sustentadas por los enlaces Objetivos Reales Inmediatos en forma pura, en un 94,4% a los 11 años y en un 94,7% a los 12 años de edad; para, por último, condensar toda esa información en una generalización planteada en conceptos abstractos. En consonancia, se observó un crecimiento significativo en la frecuencia de aparición de los enlaces Lógico Verbales puros desde los 8 años de edad en un 23,8% de los niños evaluados, hasta alcanzar el 68,4 % de los niños a los 12 años.

Se hizo presente la combinación entre los sistemas de enlaces que marcan una transición entre las etapas, en la que un sistema predomina sobre los otros, pero las respuestas se construyen en base a toda la información que el niño tiene sobre los objetos. Por ello es que se encontraron combinaciones de enlaces subjetivos intuitivos con enlaces objetivos reales inmediatos y, estos últimos combinados con enlaces lógicos verbales. Además, se observó que en las respuestas dadas por los niños de todas las edades predominan las formas combinadas de enlaces objetivos reales inmediatos y lógico verbales, de manera creciente desde los 6 años de edad en un 15,8% de los niños evaluados, en un 33,3% de los niños de 7 años, 57,1% en los

niños de 8 años, en un 73,7% en los niños de 9 años, hasta alcanzar el 100% a los 10, 11 y 12 años de edad.

También fue posible apreciar que los significados son construcciones socio-culturales que comparte un grupo de personas para comunicar y representar la realidad. A su vez, este componente socio-cultural se materializa en las diferencias encontradas en las definiciones dadas por los niños a las mismas palabras. Si bien todos conocían y comprendían las palabras presentadas por el entrevistador, la información que eligieron proporcionar estaba ligada a su propia historia, historia atravesada por su círculo social y por la herencia cultural que los impregna, lo que coincide con los aportes realizados por Vygotsky al valorar al componente socio-cultural en el desarrollo.

Se encontró, además, que la palabra abstracta presente en el instrumento ofreció dificultades a la mayoría de los niños al momento de dar su significado, respecto de las palabras concretas. En ese sentido, el 21,5% del total de niños evaluados brindó definiciones imprecisas o inadecuadas sobre la palabra amistad, mientras que el 62,6% del total de niños requirió de contextualizar dicha palabra en situaciones concretas. Solo el 5,0% logró responder con conceptos abstractos.

De este modo, los resultados obtenidos y los análisis realizados en esta investigación significan un valioso aporte al campo disciplinar de la fonoaudiología ya que permiten comprender de qué manera el pensamiento y el lenguaje en la infancia, unidos por el significado de las palabras, transitan, en cierto momento, caminos paralelos implicándose mutuamente. Se trata de un pasaje progresivo y armonioso que comienza en la esfera sensorial y culmina en la esfera racional, dando lugar al pensamiento categorial y a la formación de conceptos.

La posibilidad de los niños de arribar al resultado final estará sujeta no sólo a las capacidades naturales de desarrollo que poseen,

sino también a las complejas relaciones que establezcan con su entorno socio-cultural mediato e inmediato. En palabras de Vygotsky (1995):

Detrás de todas las funciones superiores y sus relaciones se encuentran genéticamente las relaciones sociales, las auténticas relaciones humanas. (...) todas las funciones superiores no son producto de la biología, ni de la historia de la filogénesis pura, sino que (...) las funciones psíquicas superiores son relaciones interiorizadas de orden social, son el fundamento de la estructura social de la personalidad. Su composición, estructura genética y modo de acción, (...), toda su naturaleza es social (p.104).

### Referencias Bibliográficas

Luria, A. (1984). *Conciencia y Lenguaje*. Madrid: Visor Libros. Riviére, A. (1984). *La psicología de Vygotsky*. Madrid: Visor Libros. Vygotsky, L. (1995). *Obras Escogidas*. Tomos II, III y IV. Madrid: Visor Libros. Vygotsky, L. (1993). *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: Ediciones Fausto.

### Datos de la autora

**Sofía Zoloff Michoff** es Licenciada en Fonoaudiología. Es Fonoaudióloga titular en el gabinete pedagógico de Escuela de Educación Especial N°12 de Las Breñas, Chaco. Forma parte del equipo interdisciplinario de atención integral del adulto mayor en el Centro de Día La Casona de la ciudad de Las Breñas. Se dedica a la clínica del lenguaje y el aprendizaje escolar con niñas, niños y adolescentes, y a la clínica de la disfagia en adultos. El trabajo de investigación presentado corresponde a la Tesina, que elaboró, para la obtención del título de Licenciada en Fonoaudiología. El trabajo se titula “Desarrollo del significado en niños de entre cinco (5) y doce (12) años de edad, de la localidad de Las Breñas, Provincia del Chaco, Argentina”.

# **Estudio descriptivo acerca de la narración en niños que asisten al quinto grado de la Escuela “Emilio Ortiz Grognet N° 1388” de la ciudad de Rosario en el año 2018**

**Manuela Lucero y Luisina Runco**

*“...Adentro de la palabra estaba el mundo.  
Y en el mundo estábamos nosotros,  
diciéndonos palabras”.*  
Graciela Montes

El presente trabajo corresponde a la tesina elaborada para la obtención del título de la Licenciatura en Fonoaudiología. Se planteó como objetivo indagar acerca de las narraciones creadas por niños que se encontraban cursando el quinto grado en una escuela de la ciudad de Rosario.

Para ello, se realizó la lectura del cuento “Hansel y Gretel” y luego se les solicitó que relataran –en forma escrita– la historia a partir de la introducción de un elemento ajeno al texto fuente. Debían considerar que los protagonistas contaban con un celular.

A partir de esto, se propuso identificar si las producciones escritas presentaban una estructura narrativa completa o incompleta, además de conocer si presentaban similitud con la versión original o si la misma se encontraba ausente.

Esta propuesta surge por dos razones. Por un lado, porque se comprende que la tecnología se encuentra presente en la vida de los/as niños/as desde su más temprana infancia y, por otra parte, porque se ha tomado en consideración un cuento escrito por Casciari (2016) que se titula “El celular de Hansel y Gretel”.

En este relato el autor asegura que la tecnología destruye las tramas narrativas propuestas por los cuentos clásicos. Expresa que la telefonía celular impide los desencuentros que propone la literatura. Por lo cual, se intenta conocer si los/as niños/as toman en cuenta los distintos usos del celular para resolver el conflicto al que se enfrentan los protagonistas o si, por el contrario, este objeto no es valorado en la construcción de sus paráfrasis.

En este sentido, se pretende reflexionar acerca de la actividad creadora de los/as niños/as al momento de realizar una narración tomando en consideración la introducción de un elemento ajeno a la historia, pero que es conocido y utilizado por ellos/as.

Los niños y niñas debieron apelar a su lenguaje, su creatividad y los conocimientos aprendidos en las prácticas literarias y narrativas vivenciadas para crear una paráfrasis sobre el cuento “Hansel y Gretel”. A esta tarea se le adicionó la introducción de un elemento ajeno a la historia, pero que es conocido y utilizado por la infancia actual. Al momento de relatar sus propias historias, lograron expresar sus experiencias y saberes. Sus producciones evidenciaron la singularidad inherente a cada sujeto y las marcas de la época de la cual son parte.

Se estima que la introducción del elemento ajeno a la historia podría haber intervenido en la actividad creadora al momento de construir las diferentes historias. Los sujetos acudieron a la imaginación, y algunos además apelaron a la fantasía para crear sus relatos. Fueron capaces de introducir el elemento ajeno al cuento original en sus paráfrasis escritas con diferentes finalidades y consiguieron mixturar las historias conocidas con la época actual. Esto denota su capacidad de crear nuevos sentidos a partir de las experiencias literarias y las vivencias personales. Al mismo tiempo, se registra que la tecnología es parte de su vida cotidiana, que es utilizada para resolver los conflictos que se les presentan y que ha transformado sus



modos de comunicarse e interactuar con el mundo que los rodea. Los niños y niñas reconocieron que la tecnología tiene sus limitaciones y que la literatura permite construir otras alternativas posibles.

La infancia de estos tiempos recurre a la tecnología para resolver situaciones cotidianas que antes hubieran sido impensadas. Por lo tanto, se entiende que la interacción digital incide en la comunicación, el lenguaje y el aprendizaje de los niños.

Sin dudas, las funciones que la tecnología ofrece son valiosas. Personas adultas, niños y niñas utilizan los dispositivos electrónicos para comunicarse, entretenerse y acceder a la información en su vida cotidiana. Sin embargo, es posible reconocer que la fascinación que propone la tecnología no es capaz de suplir a la fantasía de la literatura, que la comunicación virtual no consigue sustituir el encuentro genuino al que invita el diálogo y que la creatividad propia del juego excede a las posibilidades que pudiera brindar cualquier objeto tecnológico.

Atendiendo al objeto de estudio abordado en esta investigación, se considera que la narración es un tipo de discurso particular que presenta determinadas características y una secuencia de eventos que constituyen su estructura organizativa.

Al respecto, Bruner (2004) afirma que la narración es el modo específicamente humano de poner en orden los acontecimientos del tiempo. Explica que los relatos son parte de la cultura de los sujetos y las comunidades, constituye una manera de expandir los límites de la experiencia y permite habitar otros sitios desconocidos.

Los relatos literarios tienen la característica de representar al mundo con un aspecto extrañamente nuevo, rescatándolo de la obiedad, ya que la literatura no es el lugar de las certezas. Por el contrario, es el lugar de las dudas, lo novedoso y lo extraño. Asimismo, este autor expresa que el pensamiento narrativo consiste en contar historias a uno mismo y a los demás. Al hacerlo, se construyen sig-

nificados con los cuales las experiencias propias adquieren sentido.

Pètit (2015) asegura que los cuentos le permiten al niño “leer el mundo”, ya que la narración es una actividad humana fundamental y el relato es esencial para organizar las experiencias propias. Plantea que, desde la más temprana edad, es vital proponerles a los/as niños/as alimentos culturales vinculados a la literatura, tales como cuentos, fábulas, mitos y leyendas. De manera que ellos mismos puedan pensarse poco a poco como sujetos y comiencen a crear sus propios relatos. Esta autora fundamenta que cada niño/a, incluso antes de nacer, ya se encuentra sumergido/a en el universo simbólico de las palabras que designan el mundo, palabras que existían mucho antes de su llegada. Y, para constituirse como sujeto, deberá hallar su lugar en ese lenguaje junto a otro que lo acompañe en el diálogo, entendido como un lugar de encuentro y comunicación.

Montes (2001) asegura que la literatura tiene la particularidad de estar hecha de palabras. Por lo tanto, se considera que la narración y la literatura son imprescindibles en la infancia. Esta autora establece ciertos lazos entre la literatura y el juego. Entonces explica que las prácticas literarias y la actividad lúdica le permiten al niño/a construirse un lugar en el mundo; de a ratos, en forma gozosa dominándolo o reproduciendo situaciones que le han resultado placenteras; otras veces, explorando casi a ciegas, buscando o purgando tristezas, anticipando temores, resolviendo conflictos o enmendando faltas.

En este sentido, narrar, leer, escribir y jugar son cosas “serias” que tienen mucho en común. Pues se ejercen sobre una materia muy escurridiza, las palabras, que ofrecen resistencia y que, como contienen en ella toda la cultura, conducen a sitios insospechados. Esa cuota de exploración y riesgo asocia a la literatura con el juego infantil, sus gozos y sus sombras. Por ello, la literatura y el juego son imprescindibles en la infancia.

Asimismo, las prácticas literarias convocan a la narración de

cuentos, vivencias o historias y, de esta manera, se convierten en actos de comunicación, lenguaje y creación en los cuales se genera un vínculo afectivo y la posibilidad de jugar. Quien narra o lee y quien escucha entran en una complicidad, donde la historia es de verdad, aunque no lo sea. El mundo real se desdibuja gracias a que la magia de las palabras y la literatura permiten recrear otros mundos, otras realidades posibles.

Dentro del universo literario se destaca que el cuento se presenta como la narración por excelencia. Se trata de una simbolización que transcurre en un determinado tiempo y espacio, supone una sucesión de hechos que permiten construir la trama narrativa y todos sus elementos se relacionan entre sí, conformando una totalidad de la que se desprenden diversos significados.

Se comprende que la narración y la literatura se vinculan con el lenguaje, en tanto se presenta como un sistema de comunicación y representación que permite construir relatos y sentidos a través del uso de la palabra.

Vigotsky (1977) sostiene que el niño es un sujeto atravesado por su historia y su cultura. Este autor afirma que el lenguaje se origina en la interacción, en el entramado de las prácticas sociales que acontecen entre los sujetos y su comunidad. Su desarrollo depende, fundamentalmente, de los intercambios comunicativos, de las actividades compartidas con otros que permiten la apropiación y el dominio de los recursos e instrumentos que la cultura ofrece. Por lo cual, la adquisición lingüística solo puede ser pensada en el diálogo y el encuentro con otros; en el intercambio de miradas, gestos y palabras; en el contexto de la interacción que dan lugar al surgimiento del lenguaje.

Es por ello que se considera que las experiencias literarias y narrativas son cruciales en el desarrollo del lenguaje, la comunicación, la representación y la creatividad de los/as niños/as. De modo que

la praxis fonoaudiológica vinculada a la promoción del lenguaje y al abordaje terapéutico de las problemáticas lingüísticas debiera tomar en cuenta estas actividades, a fin de gestar espacios para que la literatura y la narración promuevan la simbolización a través del uso de la palabra.

## Referencias bibliográficas

- Bruner, Jerome (2004) Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Paidós. Casciari, Hernán “El móvil de Hansel y Gretel” en [https://hernancasciari.com/blog/el\\_movil\\_de\\_hansel\\_y\\_gretel/](https://hernancasciari.com/blog/el_movil_de_hansel_y_gretel/) (26/11/18). - Montes, Graciela (2001) El corral de la infancia. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Montes, Graciela (1999) La frontera indómita Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Pètit, Michele (2015) Leer el mundo. Experiencias actuales de transmisión cultural. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Roldán, Gustavo (2011) Para encontrar un tigre. La aventura de leer.—Córdoba: Comunic-Arte. Vigotsky, Lev (2012) Imaginación y creación en la edad infantil. Buenos Aires: Nuestra América. Vigotsky, Lev (1977) Pensamiento y Lenguaje Buenos Aires: La Pléyade.

## Datos de las autoras

**Manuela Lucero** es Licenciada en Fonoaudiología y docente adscripta de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Se dedica a la clínica fonoaudiológica en niños, niñas y adolescentes.

**Luisina Runco** es Licenciada en Fonoaudiología. Se dedica a la clínica fonoaudiológica en las áreas de lenguaje, habla y audición en niños/as, adolescentes y adultos.

## **Actividades de Promoción de la Salud y Prevención en relación a la violencia familiar que realizaron las fonoaudiólogas de los Centros de Salud Municipales de la ciudad de Rosario durante el año 2018**

**Ma. Florencia Jrolovich y Betiana Geijo.**

*“Se entiende por violencia toda forma de interacción humana en la cual, mediante la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin. Es una relación de fuerza, en cualquiera de sus modalidades e intensidades, que silencia la palabra”  
Saúl Franco Agudelo (2005).*

La violencia, en todas sus formas, afecta la vida de las personas en su desarrollo biopsicosocial. Cuando se presenta en el ámbito familiar, las víctimas más frecuentes son las mujeres y los niños. En la actualidad, constituye un tema complejo y preocupante que requiere de la intervención de los sectores de salud, sociales, educativos, judiciales y de la comunidad en su conjunto, lo que implica necesariamente un abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.

Sin lugar a dudas, estamos viviendo el mayor cambio en la estructura social de los últimos tiempos, ya que se están modificando y transformando las relaciones sociales tradicionales. Creemos que este proceso de cambio demanda también al mundo académico, a la formación e investigación a nivel de pre y posgrados, hacer una relectura permanente de las formas de interpretación, los modelos, los discursos y las formas de interacción social modernas que influyen en los procesos de salud-enfermedad. Siguiendo este paradigma,

es indudable pensar que el fonoaudiólogo, como profesional de la salud, debe ser también partícipe de esta transformación que cuestiona las raíces estructurales de la sociedad en su conjunto. Esto exige profesionales que aborden las situaciones de salud-enfermedad desde un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, capaces de realizar acciones orientadas a la participación social, comunitaria y ciudadana, al desarrollo social y la Salud como Derecho.

La investigación realizada en nuestra tesina de grado indaga acerca de las actividades de Promoción de la Salud, Prevención Primaria y Prevención Secundaria en relación a la violencia familiar que realizaron las fonoaudiólogas de los Centros de Salud Municipales de la ciudad de Rosario durante el año 2018. Pretende, además, no solo describir dichas actividades, sino también identificar la forma en que se llevan a cabo, si se reconocen factores predisponentes de situaciones de violencia familiar en la población que asiste a los Centros de Salud, si se detectaron o arribaron a consulta pacientes con presencia de violencia en la familia y el proceder ante dicha situación. Para ello, fueron encuestadas ocho fonoaudiólogas que trabajan en 24 Centros de Salud de dependencia municipal.

En primer lugar, los datos nos mostraron que todas las fonoaudiólogas encuestadas desarrollan actividades de Promoción de la Salud. Si la Comunicación Humana es el objeto de estudio de la Fonoaudiología, las actividades fonoaudiológicas a este nivel deben apuntar hacia una comunicación saludable que promueva vínculos afectivos sanos en el entorno familiar y social. De esta forma, en el nivel de Promoción de la Salud se evidenció que la mayoría de las fonoaudiólogas llevan a cabo actividades sobre la importancia de una comunicación saludable, sobre desarrollo infantil y pautas madurativas de los niños y sobre la importancia de las interacciones adulto-niño. En menor medida, también realizan actividades acerca de la importancia de las relaciones igualitarias de género.

Asimismo, cuando se detectan factores predisponentes de situa-

ciones de violencia familiar, las actividades están dirigidas a la población de riesgo, haciendo hincapié en la vulnerabilidad de niños, niñas, adolescentes y mujeres. Se indagaron aquí las actividades de Prevención Primaria que podrían evitar o disminuir la presencia de violencia familiar. Los resultados arrojaron que todas las fonoaudiólogas encuestadas realizan actividades que consisten en mejorar la relación padres-hijos o fomentar las pautas de cuidado de los hijos/as, favorecer la comunicación entre los miembros de la familia, promover valores de estima hacia la infancia, la mujer o la paternidad y exponer los derechos de los niños y las mujeres. La minoría también refirió brindar información acerca de la violencia, indicadores, síntomas y posibles consecuencias de sufrirla.

Se preguntó también si las fonoaudiólogas encontraban factores predisponentes de situaciones de violencia familiar en la población de los Centros de Salud a los que asisten y cuáles eran, a su parecer, los que ellas consideraban como tales. Aquí es importante destacar que todas las profesionales indican presencia de factores predisponentes en la población con la que trabajan. Sus respuestas pudieron ser agrupadas en cuatro grandes grupos: 1) Factores predisponentes económicos y socioculturales 2) Influencia del patriarcado que promueve desigualdades de género 3) Consumo problemático de sustancias y 4) Dificultades en la comunicación y en los vínculos familiares. Detectar presencia de factores predisponentes de situaciones de violencia familiar les permite a las fonoaudiólogas un accionar temprano y oportuno.

De acuerdo al análisis realizado por el Modelo Ecológico que plantea el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS (2002), el cual tiene en cuenta numerosos factores (biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc.) que influyen en la violencia y que agrupa en cuatro niveles - individual, relacional, comunitario y social-, podríamos ubicar las respuestas de las fonoaudiólogas de la siguiente manera: en el nivel individual, el consumo

problemático de sustancias; en el relacional, las dificultades en la comunicación y en los vínculos familiares; en el comunitario, los factores económicos y socioculturales y, por último, en el nivel social, que analiza factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, la influencia del patriarcado que promueve desigualdades de género.

En relación con este último punto, las conceptualizaciones acerca del impacto e influencia del patriarcado acuerdan y concluyen que, en sus relaciones asimétricas de poder, tiene un carácter estructural constitutivo y constituyente del orden y reproducción de la sociedad. Esto reafirma el hecho de que la violencia familiar necesita de un análisis profundo, a partir de la certeza de que se trata de un problema complejo, multicausal, que requiere una atención integral, interdisciplinaria e intersectorial. Por tal motivo, se consideró oportuno incluir en la encuesta la manera en que las fonoaudiólogas realizan sus actividades, es decir, si se llevan a cabo de forma individual; con el equipo del Centro de Salud - desde un abordaje interdisciplinario; o con otras instituciones de la comunidad o organismos estatales -los cuales corresponden a un accionar intersectorial. Tanto el abordaje interdisciplinario como intersectorial fueron incluidos dentro del accionar fonoaudiológico colectivo. De esta forma, los resultados arrojados en cuanto al accionar en Promoción de la Salud y Prevención Primaria fueron iguales en ambos, ya que, del total de fonoaudiólogas encuestadas, tres accionan de manera individual y colectiva, tres de forma colectiva y dos individualmente.

Se investigó también si las fonoaudiólogas atendieron pacientes víctimas de violencia familiar durante el transcurso del año 2018. De todas las profesionales encuestadas, seis atendieron a pacientes víctimas de violencia familiar. La mayoría atendió más de cinco pacientes, dentro de los cuales el número fue entre siete y veintiocho. De esos casos atendidos la población estuvo conformada, en mayor



medida, por niños, le siguieron las niñas y solamente una fonoaudióloga atendió a mujeres adultas. Estos datos muestran la influencia del adultocentrismo y del patriarcado al presentarse como víctimas frecuentes los niños/as y las mujeres.

En relación con el tipo de violencia que se presentó en la población atendida por las fonoaudiólogas, la mayoría señaló la violencia física y psicológica como el tipo de violencia más frecuente, le siguió la negligencia y/o abandono y, en menor frecuencia, se presentó el abuso sexual y otro tipo de violencia (económica). Esto concuerda con los datos obtenidos a partir de las encuestas de UNICEF (2016) en Argentina que revelan que los castigos físicos y el maltrato psicológico son parte de las prácticas de crianza en muchas familias. Los resultados dan cuenta de que muchos adultos aún no ven ni tratan a los niños como sujetos plenos de derecho, ya que continuamente validan el castigo físico y otros malos tratos para “disciplinar”.

A partir de la detección de una situación de violencia que transgrede la salud biopsicosocial de una persona, las actividades de Prevención Secundaria pretenden impedir o reducir el daño mediante estrategias de protección para dar una respuesta inmediata. La prevención secundaria en estos casos sería el reconocimiento de violencia familiar en el paciente que arriba a consulta y la coordinación, junto con el equipo de trabajo del Centro de Salud, de objetivos, planes y estrategias para cada caso, de forma interdisciplinaria e intersectorial. En este nivel, los resultados obtenidos nos indican que, del total de ocho profesionales fonoaudiólogas encuestadas, seis realizaron actividades de Prevención Secundaria en relación a la violencia familiar y dos no realizaron, es decir, seis fonoaudiólogas atendieron en consulta fonoaudiológica al menos un paciente víctima de violencia familiar.

De las profesionales fonoaudiólogas que atendieron pacientes víctimas de violencia familiar, la mayoría lo detectó durante la historia clínica, en reuniones con el equipo de trabajo y en interconsultas

con otros profesionales. En menor medida se detectó por medio del relato, juego y/o dibujo, mientras que una lo detectó a través de las marcas físicas en el cuerpo. En el caso de los niños/as, las primeras entrevistas y los diferentes encuentros con el paciente y su familia, en las cuales se desarrollan interacciones dialógicas, situaciones de juego, dibujo, etc., son instancias y herramientas muy importantes donde las fonoaudiólogas pueden apreciar e interesarse por lo que los pacientes quieren o necesitan contar y por aquello que les resulta prioritario que sea escuchado.

Una vez detectada la situación, el proceder de las fonoaudiólogas ante estos casos fue, en primer término, el trabajo con el Equipo del Centro de Salud; en segundo término, le siguieron las interconsultas con otro/s profesional/es; entrevistas con familiares y en menor medida, comunicaron dicha circunstancia a la autoridad administrativa o judicial de protección de derechos en el ámbito local. Cuando la violencia ocurre, las leyes nacionales y provinciales -entre ellas la Ley Nacional N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, la Ley Provincial N° 11.529 de Violencia Familiar y la Ley Nacional N° 26.061 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes - especifican el deber de los profesionales de la salud de efectuar el anuncio pertinente a fin de que se atienda la coordinación de los servicios públicos y/o privados y se aboquen a las acciones que eviten las causas de los malos tratos, abusos y todo tipo de violencia dentro del grupo familiar. Esto denota el deber del fonoaudiólogo de dar conocimiento cuando se presentan tales situaciones en el ámbito de su consulta.

Es importante destacar que los Centros de Salud pudieron generar acciones ante una situación de violencia sin necesidad de derivar a otro nivel de atención dentro del sector salud. Esto da cuenta de la capacidad de resolución en este nivel y de la importancia de contar con un equipo de trabajo conformado por diferentes profesionales, que pueda valerse del encuentro con otros saberes, herramientas y

habilidades en las intervenciones realizadas. Como fue desarrollado, las raíces de la violencia se encuentran en la cotidianidad, en los vínculos familiares y comunitarios. El enfoque desde la APS tiene en cuenta todas las dimensiones que hacen parte de la vida de las personas, ofrece estrategias que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que pueden presentarse en la esfera de los vínculos familiares.

Reconociendo que cada cultura presenta una concepción de salud que le es propia, los profesionales de salud, para llegar a comprenderla, deben salir de su saber y tomar contacto con ella. Tener en cuenta las características socio-culturales de cada población determina la importancia de la participación comunitaria en la construcción de la APS. La estrategia de APS propone trabajar en tareas de promoción, prevención y asistencia generando hábitos de cuidado y autogestión desde un enfoque interdisciplinario, donde los profesionales del ámbito de la salud actúen en función de la demanda que se genera en la comunidad.

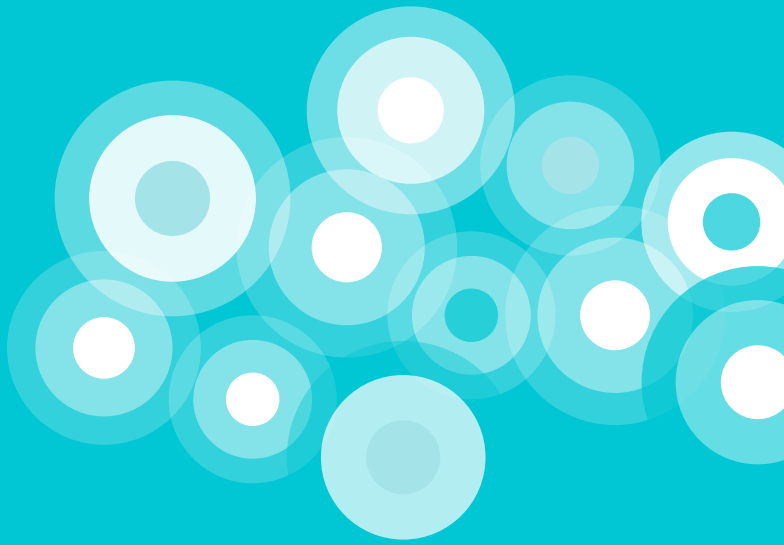
Siendo el tema abordado una problemática compleja que afecta la salud, queda demostrada la importancia de la tarea del fonoaudiólogo en el Primer Nivel de Atención y la necesidad de llevar a cabo actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la violencia familiar tendientes a generar un abordaje integral de la misma. Desde el paradigma de Salud Social y Comunitaria, la Fonoaudiología debe comprometerse accionando desde un enfoque integrador de los aspectos involucrados en la comunicación humana para abordar las demandas cada vez más complejas de la salud en la sociedad actual. El fonoaudiólogo debe reconocer las necesidades de la población y brindar apoyo a las comunidades para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y sus familias. Es, por lo tanto, su labor dar voz a niños/as y familias silenciadas por la violencia, comprendiendo que muchas veces por detrás del silencio puede haber un pedido de socorro.

## Referencias bibliográficas

Agudelo, F. S. (2005) Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Salud Pública Hoy. Ed. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Legislatura de la Provincia de Santa Fe (2001) Ley N° 11.529 de Protección contra la Violencia Familiar. Recuperado en <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/73602/357272> Congreso de la Nación Argentina (2009) Ley N° 26.487 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la Nación. Buenos Aires. Congreso de la Nación Argentina (2005) Ley Nacional N° 26.061 Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado en: [http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley\\_26061\\_proteccion\\_de\\_ni\\_os.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf) OPS. (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D. C.: OPS. Recuperado en [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf) UNICEF (2016) Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Buenos Aires.

## Datos de las autoras

**Maria Florencia Jrolovich** y **Betiana Geijo** son recientes graduadas de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Nacional de Rosario. Su trabajo de investigación presentado corresponde a la tesina que elaboraron para la obtención del título de Licenciadas en Fonoaudiología. El trabajo se titula “Estudio descriptivo acerca de las actividades de Promoción de la Salud y Prevención en relación a la violencia familiar que realizan las fonoaudiólogas de los Centros de Salud municipales de la ciudad de Rosario durante el año 2018”

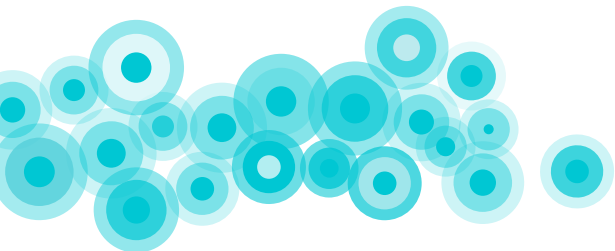


## **Parte VI**

### **Experiencias de aprendizaje en la formación universitaria**

**"Quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender."**

***Paulo Freire***



# **Primera materia electiva de la Escuela de Fonoaudiología: comunicación con pacientes hipoacúsicos/sordos**

**Gabriela Dotto y Gabriela Armellini**

Esta materia electiva surge de la inquietud de algunos profesionales del área salud sobre cómo entender y hacerse entender, con personas sordas según sea su forma de comunicación, para poder llegar a un diagnóstico preciso, un abordaje y acompañamiento adecuado. La sordera implica una disminución en la capacidad auditiva, que puede deberse a causas congénitas o a causas adquiridas a cualquier edad.

En la actualidad, la pérdida de audición constituye un problema de salud pública muy relevante. Según la OMS, más del 5% de la población mundial padece pérdida de audición incapacitante (OMS, 2019) - 466 millones de personas: 432 millones de adultos y 34 millones de niños. Se estima que de aquí a 2050 más de 900 millones de personas - una de cada diez - padecerá pérdida de audición.

Por su impacto sobre el bienestar físico, emocional y social, la hipoacusia disminuye de manera notable la calidad de vida de quienes la padecen. Una de sus principales consecuencias es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás. La disminución de la función auditiva afecta la comprensión del habla con una consecuente reducción del nivel de participación social.

No todas las personas sordas desarrollan la capacidad de comunicarse de la misma manera, esa disminución en la capacidad auditiva dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación. Existen numerosas variables que van a influir en ese desarrollo: mo-

mento de actuación de la noxa, etiología, momento de detección de la hipoacusia, tiempo de privación de la audición, entorno familiar donde está inmerso, intervenciones terapéuticas, entre otras. El objetivo en dichas intervenciones es paliar el déficit equipando con dispositivos de ayuda auditiva y proponiendo un abordaje integral hacia la oralización de dicha persona, en algunos casos y por las variables anteriormente mencionadas, esto no se da de la manera esperada y nos encontramos con personas que desarrollan otras modalidades comunicativas.

La lengua de señas es un idioma natural para la persona sorda, estructuralmente distinto a las lenguas orales. Se trata de una lengua visual, por lo que requiere de una correcta utilización y visualización manual y gestual para garantizar la comprensión efectiva del mensaje.

En la práctica, las dificultades que enfrentan las personas sordas no son pocas. Al no existir difusión de la lengua y que su conocimiento se vea limitado a personas conocedoras de la LSA, la integración en todos los ámbitos de socialización es débil.

Para el logro de los objetivos de superar las barreras en la comunicación, promover una comunicación de calidad, garantizar una mayor inclusión y la efectivización de derechos de las personas sordas, se requiere de la creación de herramientas que permitan incidir de manera directa en la realidad cotidiana de dichas personas.

En el año 2008, la República Argentina ratificó la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, mediante la Ley N° 26.378. La Convención acepta y reconoce la utilización de la Lengua de Señas y la identidad cultural y lingüística de las personas sordas. En su artículo 2°, establece que se entenderá por lenguaje “tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal” e insta a los Estados parte a promover servicios y políticas públicas que tengan como objetivo



asegurar la accesibilidad.

Por su parte, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las personas con discapacidad, dispone en su artículo 3° que los Estados parte se comprometen a “Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”.

El/la profesional que asiste a una persona ante un problema de salud tiene que poder entender muy bien cuál es la afección que reviste la persona sorda. En el caso de encontrarse en su quehacer con un paciente con disminución auditiva poder conocer su modo de comunicación le brindará herramientas que le permitirá interactuar con dicho paciente y poder arribar a un buen diagnóstico.

El propósito de esta materia electiva “Comunicación con pacientes hipoacúsicos/sordos” Res C.D 1051/2020 – cuatrimestral - es darles herramientas a los profesionales del área de la salud para poder comunicarse con pacientes sordos que puedan asistir a un efector de salud.

Como objetivos se propuso que el/la profesional del área salud:

- conozca los avances tecnológicos en prototización de las distintas hipoacusias y su correlación con la comunicación de la persona sorda

- reconozca las distintas formas de comunicación que puede tener las personas con sordera.

- pueda adquirir habilidades para comunicarse con una persona sorda, cualquiera sea su modalidad de comunicación, que asiste a un efector de salud para ser atendido

- pueda tener en cuenta las acciones de accesibilidad en la atención de personas con hipoacusia.

El Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas decide

aprobar, según Res. C.D. N°1051/2020, el Programa Académico de la Materia Electiva “Comunicación con pacientes hipoacúsicos/sordos” y designar a la Fga. Gabriela Dotto como docente responsable y a la Lic. en Fgía Gabriela Armellini como co-responsable.

La primera cohorte que cursó esta electiva lo hizo en plena pandemia de manera virtual, en 2020, con lo cual tuvo que rediseñarse la forma en que iba a ser dada. Ese año se inscribieron 26 estudiantes -todos de la Escuela de Medicina- que efectivamente terminaron y aprobaron el cursado.

En el año 2021 también se cursó de manera virtual, se inscribieron 38 estudiantes, de los cuales 29 terminaron el cursado y rindieron el examen final. Todos estudiantes de la escuela de Medicina que se encontraban en su gran mayoría cursando las últimas materias de la carrera.

Entre los temas que se abordan se puede mencionar: conociendo a la persona sorda, tipos de pérdidas auditivas y resolución protésica. Avances tecnológicos. Circuito de la comunicación. Diferentes modalidades comunicativas: oralidad – bilingüismo – lengua de señas. - Accesibilidad social: educativa, física y lingüística. - Práctica comunicativa con personas sordas.

En la segunda parte de la cursada, una vez cumplidos los objetivos teóricos de caracterización de la persona sorda auditiva y comunicativamente, se inició la tan esperada práctica en Lengua de Señas Argentina. Esta electiva brinda un conocimiento general de la misma, bases lingüísticas, reglas gramaticales y configuraciones, movimientos manuales y rasgos no manuales de la lengua. Todo esto se va integrando con la presentación de vocabulario básico de comunicación inicial con una persona sorda señante.

El interés de los/las estudiantes por apropiarse de estas herramientas comunicativas es admirable, buscan más y más, intentando recrear situaciones dialógicas posibles de darse, por ejemplo, en una

consulta médica, desde allí lo pensamos y ponemos en práctica.

Una vez logrado el manejo básico en esta nueva manera de comunicarnos, se brinda vocabulario médico específico que puede resultar necesario para el diagnóstico y abordaje de algún cuadro clínico que el/la paciente puede traer a la consulta.

Esta electiva nos ha dado una gran satisfacción tanto a nosotros como educadores/profesores como a los estudiantes, ya que ellos venían con la idea de aprender la lengua de señas y así comunicarse con las personas sordas y se dan cuenta de que hay personas con problemas auditivos que se comunican de diferentes formas.

La experiencia ha sido muy enriquecedora para todos.

## Referencias Bibliográficas

Benedetti, María Luisa (2008) Sordo ¿Mudos?, un mundo a conocer. Buenos Aires: Editorial Tekne.

Diamante, V. & Pallares, N (2019) Implantes Cocleares y de Tronco Cerebral. 1° edición Buenos Aires: Edifarma

Díaz, C., Goycoolea, M., & Cardemil, F. (2016). Hipoacusia: Trascendencia, incidencia y prevalencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(6), 731-739.

, Estela (2005) El sujeto sordo en el lenguaje. Buenos Aires: Editorial iRojo.

Organización Mundial de la Salud. (2019) Sordera y pérdida de la audición. Comunicado de Prensa.

Schorn, Marta (2008) Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Seda, Juan Antonio (compilador, 2017) Convención sobre los Derechos de las personas c discapacidad. Avances, perspectivas y desafíos en la sociedad argentina. Buenos Aires: EUDEBA.

Valero-García, J., Casaprima, V., Dotto, G., Ithurrealde, C., Li-

zarraga, A., & Ruiz, V. (2015). Relación entre audición y cognición durante el envejecimiento: estudio de una población geriátrica de Rosario. *Revista Faso*, 22(1), 37-43.

### **Datos de las autoras**

**Gabriela Dotto** es Fonoaudióloga, docente, investigadora, Directora del Departamento de “Clínica y terapéutica Fonoaudiológica” de la Escuela de Fonoaudiología (FCM – UNR) y Vice-directora del IUFAR (Instituto Universitario de Fonoaudiología Aplicada de Rosario). Dirige proyectos de investigación (Categoría III) sobre la problemática de la sordera. Es disertante en numerosos Congresos Nacionales e Internacionales desde 1990. Ha escrito diversos artículos para revistas científicas y capítulos de libros vinculados al abordaje de las personas que presentan problemas auditivos.

**Gabriela Armellini** es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR) y Profesora de Educación Preescolar. Jefa de trabajos prácticos en la cátedra de Patología y Terapéutica Fonoaudiológica en la Discapacidad Auditiva. Integrante del Equipo interdisciplinario Puerta de Sol. E integrante del Equipo Técnico de la Escuela Especial Iral para niños y jóvenes sordos, Rosario.

# Prácticas pre-profesionales en tiempos de pandemia

**Fernanda Saracco**

*La lectura no es caminar en las palabras; es tomar el alma de ellas.*

Este capítulo intenta reflejar cómo cambió el rumbo de la asignatura Taller III “Práctica Pre-Profesional” de cara a la pandemia. El estremecimiento inesperado y generalizado que produce la situación de pandemia que atravesamos pudo ofrecer, aun así, una oportunidad de la que extraer algún rédito. Poniendo el foco en el acompañamiento pedagógico y más aún en el campo de las prácticas profesionalizantes, se puede decir que tanto los/as estudiantes como los/as docentes enfrentan retos equivalentes. La literatura y el cine vaticinaron las consecuencias de la pandemia que atravesamos. La ficción fue superada por la realidad, ya que tanto la educación como las prácticas de 2020 tuvieron un vuelco imprevisto dado que los/as jóvenes debieron aprender desde sus hogares.

Dichas prácticas constituyen una instancia de formación relevante en la carrera de un fonoaudiólogo/a ya que brinda al estudiante la posibilidad de tomar contacto con el ejercicio de la profesión en cada una de sus áreas (incluyendo aspectos de asistencia, docencia e investigación) y adquirir conocimientos en los diferentes dominios. El propósito del taller III es formar profesionales de manera integral, abriendo camino hacia su futura profesión.

El Taller III “Practica Pre-Profesional”, es una asignatura de 5to año de la Carrera de Lic. en Fonoaudiología, Escuela de Fonoaudiología Facultad de Ciencia Medicas de la Universidad Nacional de Rosario. Principalmente tiene como objetivo promover experiencias de aprendizaje esencialmente prácticas relativas al quehacer fonoaudiológico, a partir de la inserción del estudiante en Institu-

ciones Hospitalarias y Centros de Salud de la ciudad de Rosario, sus alrededores y otras provincias, que cuentan con un Servicio de Fonoaudiología, con responsabilidad compartida y supervisada. El sector Fonoaudiología del Servicio cuenta con profesionales altamente calificados y equipamiento actualizado, lo que lo convierte en un espacio privilegiado para la formación de pre-grado.

Al mismo tiempo, desde este espacio se fomentan acciones para el ejercicio de la práctica clínica como así también para las intervenciones en pos de la salud comunitaria, destinando un espacio tanto a la promoción y prevención con tareas comunitarias en terreno, propiciando que el/la estudiante logre un enfoque integral de los problemas de la Salud Fonoaudiológica.

La Lic. Silvana Serra asevera que la salud fonoaudiológica está ligada a la comunicación sana y eficaz<sup>1</sup>

Como es de público conocimiento, el 11 de marzo de 2020 la OMS, en el Decreto 297/2020, declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, a partir de que, a nivel global el número de personas infectadas llegara a 118.554, y el número de muertes a 4.281, afectando hasta ese momento a 110 países. El 12 de marzo de dicho año, se amplió en nuestro país la emergencia pública sanitaria establecida en la Ley n° 27.541, por el plazo de un año en virtud de la pandemia declarada, pudiéndose prorrogar este plazo por el tiempo que se considere necesario en relación a la situación epidemiológica. Dada la fácil y rápida propagación del virus, y a fin de proteger la salud de la población, lo que constituye una obligación propia del Estado, el 20 de marzo, el gobierno nacional declara emergencia sanitaria y el aislamiento social, preventivo y obligatorio; se vieron suspendidas las clases presenciales como así también la concurrencia de los/as estudiantes a todos los efectores de salud, lo que impuso nuevas reglas para la vida cotidiana, tanto de los niños

---

<sup>1</sup> Serra, S. "Fonoaudiología Aproximaciones logopédicas y audiológicas". 1ª edición Córdoba: Editorial Brujas, 2007, Argentina

como de los adultos.

En este sentido, se tuvieron que reinventar las Prácticas Pre-Profesionales buscando distintas maneras de poder continuar con los objetivos planeados durante cada ciclo lectivo: ser nosotros el cambio que queremos ver en los/as estudiantes. Lo primero que pensamos es que debíamos reconocer la excepcionalidad del momento, nadie estaba preparado para una situación como la que estábamos viviendo y, en segundo lugar, como consecuencia de la primera, debíamos afrontar la situación con la lógica de una emergencia, planeando un nuevo desafío para dar respuestas en este contexto.

Esto nos llevó a poner en práctica un término utilizado muchas veces desde la asignatura, “Resiliencia”, definida como “esa capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra” (Suárez Ojeda, 1996), es decir, la forma de salir fortalecido ante la adversidad. Se trata en todo momento de lidiar con la incertidumbre adaptando las prácticas al momento histórico que estábamos viviendo, cambiando el rumbo, pero no la meta.

La problemática actual que ha traído aparejada la pandemia del COVID-19 nos ha llevado a repensar y modificar muchos de nuestros hábitos y prácticas cotidianas. La incertidumbre nos acompañaba en nuestros días mientras nos encontrábamos aislados en nuestras casas, pávidos por un virus desconocido e invadidos de preguntas acerca del después, porque, a decir verdad, no sabíamos cómo sería el futuro del mundo, de nuestra salud, de la vida diaria, de las relaciones sociales y de la universidad.

La cuarentena obligatoria nos planteó un escenario totalmente desconocido, es por ello que se presentó un gran desafío en poder pensar la coyuntura actual y todo lo que ello trae aparejado. Desigualdades que afloran, inseguridades que no encuentran certezas, caminos desolados, esta pandemia sin precedentes abarca muchos (o todos) los aspectos de la vida cotidiana sin dejar por fuera ningún

sector de la sociedad.

Ese tiempo que estábamos atravesando nos invitaba a continuar adquiriendo aprendizajes; vivenciando desafíos, mirando hacia una lejanía que nos motivaba a hacer lo que nos correspondía de la mejor manera, realizando intervenciones concretas con los/as estudiantes. Es por esto que creo que la pandemia nos dio la posibilidad de revalorizar la educación y construir nuevas prácticas, a fin de potenciar y habilitar para que todos/as encuentren en las aulas (virtuales) posibilidades de aprender. El momento excepcional que atravesamos pero que también nos atraviesa ha modificado la percepción temporal a punto tal que habitamos un tiempo acelerado y angustiante que nos exige la producción de conocimientos provisorios.

La Organización Mundial de la Salud hizo referencia a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (Vergara Quintero, 2021), la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, no como un objetivo. Es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales, personales y aptitudes físicas.

Pensar a la salud desde un concepto colectivo nos lleva a poder posicionarnos desde una práctica social, pensando en todo momento a la salud como un derecho humano. El hecho de que la Fonoaudiología se enfoque cada vez más en un ambiente social, ayuda a que los que están llevando a cabo el proceso de formación en esta disciplina, se interesen más en el bienestar de la gente, en que puedan tener una comunicación satisfactoria y con ésta elevar su calidad de vida. Se debe mirar a la comunicación como una necesidad básica y como un derecho de todos, priorizando en todo momento la Salud de nuestros pacientes.

Frente a este tiempo que nos marcó donde las prácticas se vieron obstruidas, comenzamos a investigar, a buscar otras herramientas para llevarlas a cabo en este contexto de emergencia sanitaria. Como docente me llenaba de preguntas: cómo concretar las prácticas pro-



fesionalizantes, cómo organizarlas, a la distancia, con los recursos disponibles, con formas de interacción a través de medios que se transformaron en prioritarios, cómo enseñar, cómo promover el aprendizaje, cómo ofrecer el apoyo y guía necesaria en ese proceso; cuáles eran los recursos que enriquecen la interacción entre los/as estudiantes y cuáles eran las estrategias que permiten un adecuado seguimiento de las experiencias. Estas son algunas preguntas que se plantearon desde la formación.

Sin embargo, el campo de las prácticas profesionalizantes no se circunscribe únicamente al ámbito educativo: sin dejar de ser estrategias formativas, buena parte de su entorno natural de desarrollo es en Hospitales Públicos.

Así fue como surgió implementar la virtualidad en las Prácticas “Pre-Profesionales”, tomando la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, quien define a la telemedicina como “la prestación de servicios de atención de salud, cuando la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades” (Ministerio de Salud, 2021).

En 2019, la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, emitió una resolución N° 21/2019, el Plan nacional de Telesalud 2018-2024, lo que otorgó un marco institucional para el despliegue de servicios, tecnologías y procesos innovadores en el país. Además, contiene la elaboración de recomendaciones éticas para mejorar la tele-consulta sincrónica, es decir, en tiempo real entre el profesional de la salud y el paciente, definiendo a la telemedicina como “el fortalecimiento de las prácticas sanitarias existentes mediante tecnologías, técnicas y métodos para mejorar la atención tradicional,

no como una especialidad médica que deba reemplazar la práctica médica actual” (Ministerio de Salud, 2021).

Frente a la crisis sanitaria y social sin precedentes, la telemedicina parecía ser una buena alternativa ante la emergencia y las necesidades en estos contextos, siendo una estrategia que entrega prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes lograban comunicación a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, era necesario a fin de atenuar la marca en el Sistema de Salud y en la población, tratando de asegurar en todo momento que se garantice la continuidad de asistencia y tratamientos.

El uso de plataformas de teleasistencia se convirtió en una herramienta a fin de acortar el distanciamiento social para la protección del paciente y del equipo de salud, avalando las prestaciones en forma oportuna y en condiciones apropiadas, reforzando los derechos humanos y aumentando la calidad de atención. Considerando en todo momento las cuestiones éticas y bioéticas involucradas en la utilización de la telesalud, es imperante contemplar y adecuar los medios para implementar lo dispuesto por la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Para el ejercicio profesional de la fonoaudiológica a través de la modalidad virtual era necesario contar con Consentimientos Informados y Declaraciones Juradas de los pacientes o padres. También se debían tener en cuenta las condiciones propicias de iluminación y sonoridad para crear un ambiente adecuado confirmando el respeto, la privacidad y la protección de la información. El aislamiento y la pandemia también hicieron visibles brechas sociales y económicas que no permitían las condiciones básicas para sostener este tipo de intervención, ya sea por falta de conectividad, pocos recursos tecnológicos y condiciones socio ambientales que no favorecían la intervención.

Se desarrollaron encuentros virtuales entre las docentes de la asig-

natura, dirección de escuela, secretaria académica y los/as estudiantes, para comentarles la modalidad del ciclo lectivo 2020, reiterando en todo momento la importancia de realizar las prácticas Pre-Profesionales, de que se detengan a pensar en esta instancia académica como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje en un ámbito real y eminentemente práctico, haciendo hincapié en que podían hacerlo, que tenían las herramientas y que nadie mejor que ellas/os sabían que, como y cuando utilizarlas, poniendo su impronta en cada instancia de sus aprendizajes frente a la práctica.

Luego de estos encuentros, comenzamos a establecer contacto con las distintas profesionales fonoaudiólogas, egresadas de la Universidad Nacional de Rosario, que residen en distintas provincias de la República Argentina, para generar nuevas plazas en las que las observaciones se puedan llevar a cabo a través de distintas plataformas virtuales, tuvimos que adaptar aprendizajes a la tecnología (Teleasistencia) sin perder de vista el objetivo de la asignatura y el rol del profesional. Se priorizó en todo momento la salud fonoaudiológica, entendiendo a la misma como un estado pleno de bienestar biopsicofísico a través de una adecuada comunicación humana.

Sabíamos que los profesionales fonoaudiólogos/as enfrentaban los desafíos de esta situación al buscar y desarrollar estrategias para cumplir con el derecho a la salud de niños, jóvenes y adultos. Dada la complejidad de lo que estábamos atravesando y la singularidad que había adquirido la práctica pre-profesional en los diversos lugares del país y el mundo, abrimos la convocatoria invitando a profesionales de todo el país. Este viaje nos permitió compartir disímiles miradas del quehacer fonoaudiológico de las diferentes provincias de Argentina: provincia de Santa Fe (Santa Fe, Rosario, Funes, Chabás, Ceres, Rufino, Sunchales, Maciel, Melincué, Armstrong, Arroyo Seco, Esperanza, Las Toscas, Rafaela), provincia de Entre Ríos (Paraná, Gualeguay, Concepción del Uruguay), provincia de Buenos Aires (San Nicolás y Junín); provincia de Córdoba (Río

Ceballos); provincia de Neuquén y provincia de Santa Cruz (Río Gallegos).

Es así que se concretaron 34 lugares para que los/as 60 estudiantes pudieran comenzar a transitar el Taller III, el distanciamiento social obligatorio alteró las prácticas habituales, las sacudió y se ha llevado ese territorio habitado por estudiantes, docentes, profesionales y pacientes, lugar de sueños y encuentros. En este contexto, se trata de un espacio y un tiempo singular en el que los actores tienen que hacer el duelo porque la realidad se ha cambiado, lo que antes resultaba habitual no era posible llevarlo adelante en esos momentos, como las relaciones con los otros, el abrazo y el contacto con un otro. Fue necesario reorganizar los tiempos, revisar las relaciones establecidas hasta el momento con la tecnología y capacitarse, adaptarse y crear.

En algunos momentos de nuestra vida existen ciertas instancias en las que surgen barreras para la continuidad terapéutica, tal como sucedió en el contexto actual de nuestro país debido al impacto de la pandemia por covid-19. En el sector educativo, una de las medidas adoptadas para reducir el contagio es el cierre de instalaciones. No obstante, los profesionales de la educación han buscado mantener la continuidad en el aprendizaje, incitando a los fonoaudiólogos a explorar estrategias de teleterapia que refuercen el concepto de 'aprendizaje restaurativo' como base para alternativas al cara a cara. Según la American Hearing-Language-Hearing Association, ASHA (2016), la teleterapia, es el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para servicios a distancia respecto de las diferentes áreas en las que se desempeña el profesional fonoaudiólogo, permitiendo desarrollar evaluación e intervención.

Así mismo, la crisis sanitaria actual ha sido un desafío para la universidad y los equipos profesionales, quienes pusieron a disposición su capacidad de generar conocimiento pertinente y ponerlo en práctica a contra reloj.

De esta manera cerramos un año lectivo, que no fue fácil, un año de adaptaciones, de cambios, de pensarnos trabajando en esta situación de pandemia con todo lo que conlleva. Apostando a la reflexión, al retraining, al compromiso diario y mirarnos hacia adentro, logrando que el aporte individual sea un trabajo colectivo para seguir construyendo aprendizajes.

Todo esto no sería posible sin el trabajo compartido entre la Universidad Pública, las docentes, las/os profesionales fonoaudiólogas/os de las instituciones públicas, los/as estudiantes, los pacientes y su familia.

Lo compartido hasta ahora sólo constituye un recorte que se puede analizar y se puede expresar en una serie de inquietudes, preguntas y conceptualizaciones. Las formas habituales de enseñanza y aprendizaje se vieron desafiadas por esta situación particular, quedaron plasmadas las vivencias que fuimos transitando entre todos/as para poder llegar al objetivo propuesto en cada año lectivo. Comenzamos a trazar lazos nuevos para caminar hacia un futuro lleno de aprendizajes y de desafíos por lograr.

### **Referencias Bibliográficas:**

- Arrosi, J. Y col. (1986) Educación para la salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe segunda circunscripción / Cobertura Prestacional Fonoaudiológica por Medio Electrónico. -- en <http://www.colfono.org.ar/archivos/solicita-cobertura-fonoaudiologica>
- Czeresnia, D; Machado de Freitas, C. (2006) Promoción de la salud Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar.
- Fabiani, B. (2021) Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria. Un enfoque en construcción Prólogo. Rosario: La-borde.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación / Dirección nacional de sistemas de información en salud: Disposición 1/2019 en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/216549/20190913> (12/05/21).

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación / 1° Recomendación para el uso de la telemedicina en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo\\_1\\_recomendacion\\_uso\\_de\\_telemedicina\\_-\\_grupo\\_asesor\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf) (21/06/21).

Serra, S. Fonoaudiología Aproximaciones logopédicas y audiológicas. 1ª edición Córdoba: Editorial Brujas, 2007 Argentina.

Suarez Ojeda, E. El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud. Medicina y Sociedad. Vol. 19-Nº1, enero-marzo, 1996.

### **Datos de la autora**

**Fernanda Saracco** es Lic. en Fonoaudiología. Es Profesora Titular Cátedra Taller III “Práctica Pre Profesional” y JTP de la Cátedra “Alteraciones del Lenguaje en el Adulto” del departamento de Clínica y Terapéutica Fonoaudiológica de la Esc. de Fonoaudiología, Facultad de Cs. Médicas UNR. Es docente Investigador categoría 5, participando en proyectos de Investigación aprobados por Secretaria de Ciencia y Técnica U.N.R. Es Integrante del Proyecto de Extensión Universitaria “Esos Locos Bajitos”, área de Extensión y Territorio. La universidad y su compromiso con la Sociedad U.N.R. Unidad Académica Facultad de Cs. Medicas Esc. de Fonoaudiología.

## Proyecto de extensión: “Esos locos bajitos” (2019-2021)

**Ma. Carolina Mundani, Sabrina Códega y  
Ma. Alejandra Giuggia**

“Esos locos bajitos” es un proyecto de extensión que intentó abrir un espacio de reflexión y sensibilización social acerca de la comunicación humana. El nombre elegido para el proyecto alude a las infancias como eje central del trabajo y propició, desde la Fonoaudiología, instancias de transformación continua entre los diversos actores sociales, con el énfasis en la defensa del derecho a la salud.

Desde esta perspectiva, se conformó el equipo integrado por docentes y estudiantes de la Escuela de Fonoaudiología y por miembros de la Dirección de Infancias y Familias de la Municipalidad de Rosario. Esta última ofrece variados espacios para la comunidad que se llevan a cabo en los Centros de Convivencia Barrial (CCB) ubicados en zonas vulnerables de la ciudad. El proyecto delimitó su alcance al trabajo con educadores/as quienes enmarcan su propuesta dentro de la educación no formal para menores de 3 años.

Los objetivos fueron:

- Generar espacios de reflexión acerca del lenguaje de niños y niñas que participan en los espacios socioeducativos de 3 años.
- Construir interdisciplinariamente con los educadores/as herramientas que favorezcan el desarrollo de la comunicación y el lenguaje de niños y niñas en los espacios socioeducativos.
- Promover en los adultos cuidadores la valoración de la comunicación en el desarrollo infantil.
- Aportar a los y las estudiantes una mirada diferente acerca del quehacer fonoaudiológico.
- Ofrecer a los/as estudiantes espacios de formación extramuro

en Educación para la Salud.

- Repensar nuestro perfil profesional en contextos sociales diversos, por fuera del consultorio y a favor de una clínica ampliada.

### **Acerca del proyecto**

La vida diaria está hecha de numerosos encuentros sociales en los que el lenguaje tiene una participación fundamental en el desarrollo de niños/as. Entendiendo al lenguaje como un entramado somato-psíquico-social (Levin,2000) se considera importante una intervención temprana en la primera infancia para favorecer en el niño/a el despliegue de sus competencias comunicativas que le permitan igualdad de oportunidades.

Comunicarnos, en el sentido humano, es más que intercambiar información. Comunicar es involucrar nuestro pensamiento en el proceso, es enriquecer lo recibido y recrear nuestras percepciones, es respetar y dar valor a la participación del otro, y es entender que el punto óptimo en este proceso se verifica cuando quienes participan en él intercambian pensamientos que promueven la generación de ideas. La necesidad de comunicarnos con los demás, es una parte consustancial de la condición humana y es en el ejercicio de esta facultad que en buena medida se nos posibilita encontrar nuestra posición en el mundo y la perspectiva desde la que lo vemos. De esto se deduce que quien por alguna razón tiene dificultades en establecer, mantener o enriquecer la comunicación con sus semejantes, encuentra obstáculos en la posibilidad de integrarse a la comunidad en la que se encuentra. La integración está asociada a la posibilidad de hacer uso efectivo de la ciudadanía, lo cual significa participación efectiva en la vida social, con deberes y derechos; significa sentido de pertenencia, de inclusión. Una de las exigencias para construir ciudadanía supone un ejercicio que se sustente en condiciones de mayor igualdad en el intercambio comunicativo. La producción de



ese lenguaje entendida como un bien simbólico, propiciada por la comunicación, compensa o atenúa el déficit de inclusión social.

El desarrollo de los niños/as es entendido como un producto continuo de procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio. Su particularidad es que permite que el niño/a pueda apropiarse en el proceso de humanización de habilidades culturalmente aceptadas para desempeñarse adecuadamente en su contexto y adaptarse cuando éste cambia. El proceso de construcción del lenguaje es parte del desarrollo por lo que debemos destacar la importancia del entorno lingüístico en el que el niño/a aprende a hablar. En este sentido, se vuelve relevante la "interacción" del niño/a con su entorno en el desarrollo del lenguaje, hecho que obliga a considerar y respetar los contextos socioculturales en que tiene lugar tal proceso.

El andamiaje que le proporciona el adulto en el medio familiar y escolar es muy importante para el despliegue del lenguaje de niños y niñas en la plenitud de sus potencialidades. Se requiere, por lo tanto, de abordajes complejos en cada contexto específico. En el mismo sentido, la construcción y fortalecimiento de la función parental convoca a la participación familiar y comunitaria y a la responsabilización de instituciones y organizaciones en el nivel local. Las intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales que se realicen durante la primera infancia resultan fundamentales para el desarrollo de los niños y las niñas y en consecuencia para la construcción del capital humano y social. Todo aquello que podamos hacer por nuestros niños/as en sus primeros años de vida significará una importante herencia, no solamente en su recorrido individual, sino también en su entorno social y cultural. Estas intervenciones se vuelven indispensables para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género, de ser humano.

Desde esta línea de pensamiento, “Esos locos bajitos” aborda la problemática de la comunicación y el lenguaje en la primera infancia. La propuesta se formalizó en dos momentos. En una primera instancia, se llevaron a cabo encuentros con los/as educadores/as en espacios de re trabajo en los que se propició el intercambio, la reflexión y la formación. En estos espacios interdisciplinarios la escasez comunicativa se visibilizó como el indicador más frecuente. La mayoría de las/os educadoras/es identificaron familias en las que primaba lo corporal sobre lo verbal que acentuaban las dificultades vinculares.

Esta realidad refuerza la apuesta a la segunda instancia de trabajo con las familias de niños/as que participan en dichos espacios. Los talleres con padres y madres que se llevaron adelante invitaron a los participantes a descubrir y enriquecer con experiencias sus recursos simbólicos para que puedan transferir, compartir, y así vincularse con sus niños y niñas, más allá de las limitaciones de la vida cotidiana.

En relación al alcance de la actividad de extensión desarrollada es preciso señalar que se trabajó con 60 educadores y entre 40 y 50 familias distribuidas en los Distritos Norte, Noroeste, Oeste, Sur y Sudoeste de la ciudad de Rosario. Todas las actividades propuestas fueron llevadas adelante por las docentes y estudiantes del equipo.

A partir de las restricciones por la declaración de la pandemia por COVID-19 las actividades se centraron en el trabajo con los docentes. La virtualidad nos permitió el intercambio con un grupo de 90 educadores/as con quienes ampliamos la mirada acerca de la relación adulto niño/a y el papel de la literatura en la construcción del lenguaje.

La labor con quienes están a cargo de los espacios socioeducativos en los CCB supone un efecto multiplicador en las niñas, niños y familias con los cuales estos trabajadores se vinculan en los

distintos momentos compartidos y los habilita a participar en el seguimiento de pautas de desarrollo (especialmente las relacionadas con la comunicación y el lenguaje) como así también a intervenir en los encuentros con los pequeños y pequeñas durante el proceso de construcción del lenguaje.

A continuación, compartimos palabras de algunos de los participantes que dan cuenta de la esencia del trabajo extensionista que busca dar respuestas a inquietudes que emergen de la comunidad:

“Thiago no habla bien todavía. Yo le digo a mi hija que ella tiene que hablarle más. Cuando está conmigo, porque ella me lo deja tres días a la semana para ir a trabajar, nosotros jugamos, vamos a hacer los mandados y charlamos. Yo creo que es así como puedo ayudarlo...no sé, por eso vine hoy” (Irma, abuela de Thiago).

“Cuando la seño me dijo que ustedes venían hoy, me acomodé los horarios para poder venir. A Luquita no se le entiende nada, bah, nosotros sí le entendemos, pero yo quiero que él pueda hablar con otros, fuera de mi casa. Además, el año que viene va a sala de 4” (Germán, papá de Lucas).

“En mi grupo muchos de los chicos casi no hablan o hablan poco. Pero además en las familias no circula la palabra como forma de comunicarse” (Julia, educadora)

“Hay algunos chicos en los que el modo de relacionarse es con el cuerpo, por eso empujan, pegan, muerden, quitan los juguetes y justo esos chicos son los que no hablan bien o casi no hablan” (Magali, educadora).

La configuración de estos espacios y modos de trabajo se relaciona con lo que Franco y Merhy (2011) llaman producción subjetiva del cuidado. A partir de la misma, los trabajadores en Salud construyen su proceso de trabajo desde una manera singular de significar el mundo y los modos de intervenir en él. Según esta perspectiva, el plano del trabajo y del cuidado en salud es el lugar de manifestación

de las singularidades y por eso es diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción. La cita que sigue puede darles el acabado sentido a los conceptos referidos:

La producción subjetiva del medio en que se vive y se trabaja está marcada por una constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales, en base a ciertos criterios que son dados por el saber, pero también y fundamentalmente, siguiendo la dimensión sensible de percepción de la vida y de sí mismo, en flujos de intensidades continuas entre los sujetos que actúan en la construcción de la realidad social. (Franco y Merhy, 2011, p.10).

### **Reflexiones finales**

Creemos que merece especial atención una visión de la enseñanza que sitúa su foco en la articulación de la experiencia intra y extramuros. Esto es, una enseñanza que desborda la propia aula, que conecta universidad y territorio, dinámica social y dinámica instructiva. Los modelos ecológicos y territoriales, los modelos experienciales, los modelos que buscan el compromiso social y la vinculación entre aprendizaje y servicio incorporan y operativizan este tipo de planteamiento. El propio medio ambiente no solo aporta contenidos de instrucción, sino que se convierte en marco permanente de referencia con respecto al cual todas las actividades, aprendizajes y experiencias adquieren sentido.

El Proyecto “Esos locos bajitos” nos permitió reconocer que nuestro desafío es concebir a la práctica extensionista como un intercambio, que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias, que implica una inscripción en el territorio y que generó una marca en los docentes y estudiantes de la Escuela de Fonoaudiología que participaron del proyecto.

Este ida y vuelta no se puede pensar ni concretar sin un amplio

y crítico diálogo con la población, sin la gestación de nuevas formas de relación que permitan que la sociedad no solo interpele a la universidad, sino que la construya.

La participación activa de nuestra comunidad universitaria en el análisis y en la intervención en problemáticas sociales en las que los estudiantes puedan interactuar y promover el intercambio recíproco, pondrá de manifiesto los valores de una universidad crítica, solidaria, transformadora y comprometida con la realidad de la sociedad en la que se desenvuelve.

### **Integrantes del Proyecto de Extensión “Esos locos bajitos”:**

Docentes: Mundani, M.C.; Giuggia, M. A; Saracco, M.F; Dal Molin, J.; Codega, S.S; Benedetto, M.V.; Molina, S.

Integrante de la Dirección de Infancias y Familias de la Municipalidad de Rosario: Kussianovich, V.

Estudiantes: Gallero, G.; Ostolaza, L.; Stefanelli, L.; Berenguer, C.; Delfino, A.; Perez, M.; Acosta, S.; Planells, C.

### **Referencias bibliográficas**

Figueiras, A. (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos (2014). Ley N° 26.061. Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. 1a ed. Argentina. En: [http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley\\_26061\\_proteccion\\_de\\_ni\\_os.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf)

Sobol, I. (2009). Del grito a las palabras. En J. Kremenchuzky y

otros. (Eds), El desarrollo del cachorro humano. TGD y otros problemas Pediatría e Interdisciplina. (pp.171-186) NOVEDUC. Buenos Aires, Argentina.

Winnicott, D. (1998). Los bebés y sus madres. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, España.

Levin, J. (2002). Tramas del Lenguaje Infantil. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Franco, T.B; Merhy, E.E (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva 7. (1). (pp 9-20) Hormé. Buenos Aires, Argentina

### **Datos de las autoras**

**María Carolina Mundani** es Licenciada en Fonoaudiología. Especialista en Docencia Universitaria. Prof. Adj. Cátedra Audiología I. Directora del Proyecto de Extensión “Esos locos bajitos”.

**Sabrina Soledad Codega** es Licenciada en Fonoaudiología. Especialista en Docencia Universitaria. Auxiliar de Primera en Cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica de la Fonación. Auxiliar de Primera en Cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica del Habla. Vice Directora del Proyecto de Extensión “Esos locos bajitos”.

**María Alejandra Giuggia** es Fonoaudióloga. Prof. Adj. Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Normal. Integrante del Proyecto de Extensión “Esos locos bajitos”.

# **El desafío de abordar los malos tratos a la infancia como problemática de la salud, en la formación curricular**

**Sofía Rañez**

El recorrido como estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas brinda diferentes saberes teóricos y prácticos relacionados con la comunicación humana. Asumir el enorme compromiso de participar activamente del Centro de Estudiantes de la Facultad durante la formación académica permite que durante el trayecto académico no solo se obtengan conocimientos, sino que esta experiencia brinda la posibilidad de transformarse en una licenciada en Fonoaudiología que luche por los derechos de todas y todas.

Convertirse en profesional de la salud abona a la construcción de una sociedad mejor y más justa. La obtención del título profesional implica algo más que realizar diagnósticos y tratamientos. Débora Ferrandini (2011) consideraba que la salud “es la capacidad singular y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida” (p.2). Si los/as profesionales de la fonoaudiología comprenden a la salud desde esta concepción, deben generar estrategias de promoción y prevención para el cuidado de la comunicación humana. Es imprescindible que la sociedad conozca sobre el cuidado de su propia salud y que desarrolle la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento en todos los aspectos de la vida.

Por las razones antes expuestas, se decidió elaborar un trabajo de investigación respecto a los malos tratos hacia las infancias y el abordaje de esta temática dentro del plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología. Las infancias no solo son una po-

blación principal en nuestra labor profesional, sino que constituyen una parte fundamental en la sociedad. Todas las personas tienen la responsabilidad de velar por sus derechos y proteger a niños y niñas de los malos tratos que muchas veces reciben en contextos hostiles donde prevalecen diferentes tipos de violencia.

En la Escuela de Fonoaudiología de Rosario se aproxima la modificación del Plan de estudios y, con este cambio, la oportunidad de incorporar nuevos contenidos que se encuentren relacionados con la realidad actual y respondan a las necesidades de quienes requieran de la intervención de un/a profesional de la comunicación humana. Es por esto que en el desarrollo de esta tesina de grado se indagó si durante la formación académica de las y los estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR), las asignaturas brindaban contenidos teóricos y prácticos, para la promoción de la salud y la prevención de la violencia infantil.

Se realizó una encuesta a través de la plataforma de *Google Forms*. Las personas indagadas debían responder dieciséis preguntas acerca de los saberes que poseían respecto a la violencia como problemática de salud, los tipos de malos tratos que conocían y sus respectivas consecuencias en el desarrollo, los indicadores de violencia en la niñez y el correspondiente abordaje por parte de las y los profesionales de la fonoaudiología. A su vez, debían mencionar las asignaturas (nucleadas en Áreas dentro del Plan de estudios) que aportan conocimientos y experiencias a esta temática, y si estos fueron suficientes para su formación y futura práctica profesional. El mismo cuestionario consultó si las y los estudiantes realizaron actividades de extensión o investigación acerca de la presente temática debido a motivaciones o intereses personales. En la recolección de datos se estableció contacto con una de las personas responsables de la comisión organizadora del acto de colación de las y los estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología del ciclo lectivo 2021. Se procedió a



explicar de qué se trataba dicha encuesta, la información que se buscaba obtener en la investigación y los objetivos de la misma. Dicha persona entregó un listado de contactos telefónicos de estudiantes que fueron contactados/as para encuestar.

La población en estudio estuvo conformada por 77 estudiantes que se encontraban cursando quinto año de la Licenciatura en Fonoaudiología en el año 2021. Los resultados obtenidos mostraron que la totalidad de los/as estudiantes consideró que la violencia es una problemática de la salud y que los malos tratos a la infancia generan consecuencias en el desarrollo infantil. Los 77 sujetos indagados identificaron la existencia de los tipos de malos tratos a la infancia (según la clasificación establecida por UNICEF) y 42 estudiantes señalaron los indicadores de violencia en la niñez. Por otra parte, 74 expresaron que los/as profesionales de la fonoaudiología pueden abordar situaciones de violencia en la infancia, mientras que 3 estudiantes consideraron que no deben hacerlo.

En relación con las Áreas del Plan de Estudios que abordan la temática de la presente investigación, los/as estudiantes eligieron, en primer lugar, materias que pertenecen al Área Metodológica y Social, en segundo lugar, asignaturas que pertenecen al Área Clínica Fonoaudiológica y, por último, asignaturas del Área Comunicación, Lenguaje y Aprendizaje. Ningún/a estudiante eligió asignaturas que pertenecen al Área Audiológica. De los y las 77 estudiantes, 55 consideraron insuficiente el abordaje de los malos tratos a la infancia y la violencia como problemática de la salud en la formación de grado, 15 expresaron que es suficiente y 7 afirmaron que es medianamente suficiente.

Por último, 49 estudiantes expresaron que no realizaban actividades extracurriculares acerca de los malos tratos a la infancia y la violencia como problemática de la salud, mientras que 28 estudiantes participaron de dichas acciones.

La fonoaudiología tiene como objeto de estudio la comunicación humana, y las perturbaciones que pudieran afectar su desarrollo en las diferentes etapas de la vida. Por este motivo, los/as profesionales de la fonoaudiología se enfrentan a un gran desafío: la responsabilidad que implica el cuidado de la comunicación de todas las personas y comunidades. Sin embargo, es necesario destacar que muchas de las intervenciones se encuentran dirigidas a los niños y las niñas, sujetos de la atención, que ocupan un lugar central en la clínica fonoaudiológica. La niñez es la población más vulnerable en cuanto a los malos tratos: estos impactan en su crecimiento, desarrollo y aprendizaje. Es por ello que los/as profesionales de la fonoaudiología deberían contar con herramientas y experiencias para abordar estas situaciones, así como también para desarrollar acciones para promover la comunicación saludable, la construcción de vínculos respetuosos y la prevención de la violencia ejercida contra la infancia.

En consonancia con lo antes mencionado, la Universidad Pública cumple un rol fundamental en el abordaje de esta temática en la formación de los/as profesionales de la salud. Los planes de estudios deben estar orientados a resolver y abordar las necesidades de la población y sus problemáticas emergentes. En este caso, la violencia con el correr del tiempo, comenzó a ser considerada como una de las causas primordiales de morbilidad, despertando en el sector salud una gran preocupación. Paulatinamente, fue dejando de ser vista como un problema exclusivo de las áreas social y jurídica, para ser incluida también dentro del campo de la salud. Si se considera a la salud como un derecho humano fundamental, y bajo la convicción de que las condiciones sociales en las cuales las personas se desarrollan son los determinantes más importantes del estado de salud, resulta imprescindible abordar la violencia como una problemática de salud prevalente. En este sentido, es fundamental que se incorpore

la temática en los contenidos dictados durante el cursado de grado y que sea abordada desde el aspecto teórico y principalmente práctico, donde el aprendizaje se construye a partir de la práctica en terreno y el objeto de estudio se encuentre presente y contextualizado en la realidad. De esta manera, las y los estudiantes podrán reflexionar acerca de aquellos contenidos, que aprenden durante los espacios de formación teórica. Así, no solo se aprenderá lo estrictamente académico – contenidos teóricos de los programas y unidades de cada asignatura- sino que se participará del proceso de aprendizaje de manera activa, crítica y reflexiva. Las acciones para el cuidado de la salud requieren profesionales capaces de tener en cuenta el contexto histórico social en el que habitan los sujetos de la atención en particular y las comunidades en general.

Los resultados de la investigación permitieron observar que las personas indagadas comprendieron que la fonoaudiología, en tanto disciplina de la salud abocada al cuidado de la comunicación humana, debe garantizar el abordaje respetuoso de las problemáticas que afectan el proceso comunicativo. Es muy valioso que así lo consideren y se torna imprescindible contar con las herramientas necesarias para que, al momento de intervenir, puedan jerarquizar las diferentes problemáticas que atraviesan a cada sujeto, sobre todo aquellas relacionadas con cualquier tipo de violencia que pudieran padecer las niñas y los niños. Sin embargo, los resultados indicaron que aún nos encontramos frente al desafío y a la necesidad de transversalizar contenidos sobre esta temática en el plan de estudios, para que las y los profesionales de esta disciplina puedan acompañar e intervenir efectivamente en los problemas de salud comunitaria. La transversalización, además, colaboraría en la construcción de la concepción de que cada persona es producto de su propia experiencia y de su manera de estar en la vida, expresándose y comunicándose con una visión particular del mundo, siendo un sujeto activo dentro de una

comunidad.

El desafío desde este abordaje es complejo y muy necesario para que las intervenciones que se realicen sean oportunas, adecuadas y comprendidas dentro de un contexto socio histórico cultural determinado. El desarrollo de manera integral de esta temática en el transcurso de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología sería significativo para la formación de los y las futuras profesionales de la salud, que a través de su práctica contribuirán en la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

### **Referencias bibliográficas**

Castellanos, P.L. (1991) Sobre el concepto de salud enfermedad. Boletín Epidemiológico OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Souza Minayo, M.C. (2005) Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida. *Salud Colectiva* 1, (1) 69-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110105>

Escuela de Fonoaudiología, UNR (2017). Texto ordenado del Plan de Estudios de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología. <https://fcm.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2021/09/Texto-ordenado-Fonoaudiologia.pdf>

Ferrandini, D. (2011) Algunos problemas complejos de salud. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

## **Datos de la autora**

**Sofía del Milagro Rañez** es licenciada en Fonoaudiología y adscripta de la cátedra Metodologías de la Investigación – Nivel I de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Es subsecretaria de Políticas Estudiantiles e integrante del Departamento de Acompañamiento Pedagógico de la Facultad de Ciencias Médicas.



En 2021 se publicó el libro  
“Fonoaudiología intervenciones  
y prácticas posibles”,  
realizado por docentes de la Escuela  
de Fonoaudiología de Rosario.

En 2023 se publica el segundo libro  
de construcción colectiva  
entre docentes, graduados/as  
de Escuelas de Fonoaudiología  
del país y profesiones afines.

Este libro refleja la diversidad y la expansión geográfica de nuestra disciplina, recorriendo diferentes localidades a lo largo y a lo ancho del país que se plasma en experiencias diversas e idiosincráticas. Además relata a través de las autoras la extensión de la Fonoaudiología en diferentes campos, áreas, funciones y ámbitos de trabajo profesional. Creemos que este discurrir nos permite valorar los logros del presente de cara a un futuro prometedor.

**FCM** Facultad de Ciencias  
Médicas · UNR

Escuela de  
Fonoaudiología

**Laborde  
Editor**

