

**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

Había una vez, una palabra	
• Alejandra Nader.....	105

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

PARTE II

La fonoaudiología y el cuidado de las infancias y adolescencias	123
--	-----

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

Trayectorias escolares. Tiempo de transformación	
• Marcela Cieri.....	137

Derechos y cuidado de la salud de las infancias y adolescencias	
• Yanina Sosic.....	149

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

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

Parte III

La fonoaudiología en Salud Pública desde una mirada social y comunitaria	179
---	-----

Comunicar (In) comunicar	
• Silvana Serra.....	181

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

Cambio curricular en fonoaudiología	
• Ana Clara Isaías y Ma. Carolina Campra.....	285
La gestión como conducción de procesos institucionales. Toma de decisiones y planificación	
• Ana María Garraza.....	295
Desafíos para la formación de profesionales de la fonoaudiología en el área de la voz	
• Ma. Alejandra Santi y Andrea Romano.....	305
La identidad Fonoaudiológica. Desafíos y proyecciones en la universidad	
• Claudia Díaz.....	315
Feminización y profesionalización de los estudios superiores. Aproximaciones sobre la historia de la fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario	
• Antonela Ferrero.....	323
Creación del departamento de acompañamiento pedagógico	
• Luciana Francesconi.....	331
Escuchar, movilizar, alojar. Una invitación a con-mover nuestras prácticas profesionales e interrogar nuestras experiencias formativas	
• Eliana Villar García y Carolina Conditto.....	341
El devenir de las prácticas docentes en tiempos actuales	
• Maia Schmuckler.....	351
La comunicación científica a través del Repositorio Hipermedial UNR: una experiencia desde la Escuela de Fonoaudiología	
• 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 Runco429

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

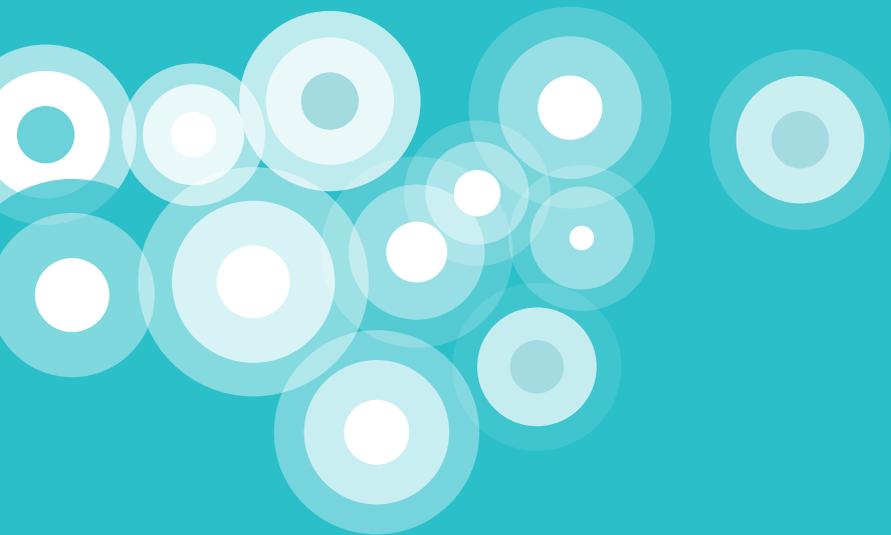
Proyecto de extensión: “Esos locos bajitos” (2019-2021)

• 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 Rañez469

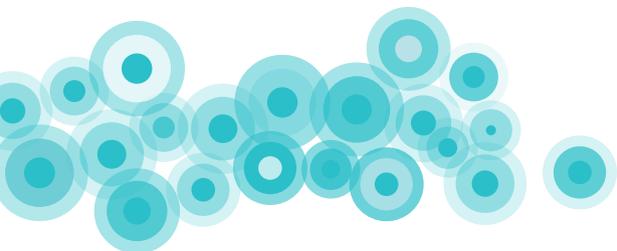


Parte I:

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, 1995¹*

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-

¹ 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 descriptible 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 multidisciplina 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 disfagia. 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 GIUNTI EOS 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>.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^º 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 *sensoperceptiva* (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 fonoaudiológicos. 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 Apinsep. 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 N° 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

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 CIMENTOS (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 disfgias 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 Cápmpora (Cápmpora, 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, despleaban 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”.¹

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-*

¹ 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.¹ Implica un profe-

¹ 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, acompaña, 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 ambos².

- 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.

² 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 juego³, 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

³ 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 impredecible⁴.

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

⁴ 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.

