

**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 Olloquegui 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

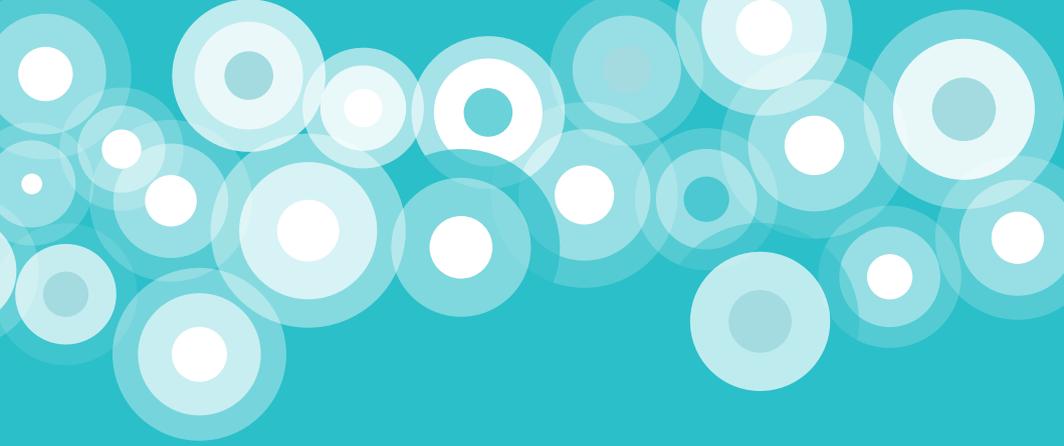
• Fernanda Saracco..... 451

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

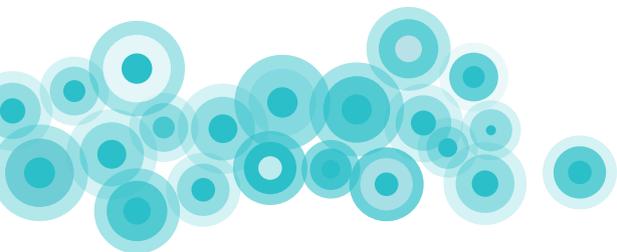


Parte III

La fonoaudiología en Salud Pública desde una mirada social y comunitaria

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

Almeida Filho y Silva Paim (1999)



Comunicar nunca (In) comunicar

Silvana Serra

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

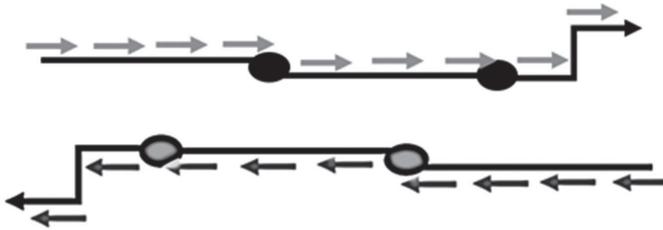


Ilustración 1: Modelo analógico de interpretación clásica que la fonoaudiología ha tenido de la comunicación en sus intervenciones.

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

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

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

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

gía que la aborda advertir desde la salud sus consecuencias?

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

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

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

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

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

truir el camino inverso para medir o intervenir en los procesos de las funciones que la llevaron a ser manifiesta.

Los mensajes que comunican a través de construcciones poéticas o metafóricas pueden considerarse como la evidencia del uso de la lengua para expresar el lenguaje comunicando más sentidos que significados literales. No obstante, eso no es todo. El lenguaje representa la realidad, no es la realidad. Para ello, se construyen acuerdos que expresan disensos tácitos o explícitos en lo social para su construcción dinámica y multidimensional.

Pero, ¿qué sucede en la salud de una comunicación que se expande en sus modos y medios para expandir su lenguaje y escabullirse al encorsetamiento que la lengua propone?

Existen muchas evidencias de que la métrica de la lengua en términos del análisis de sus categorías funcionales y su raconto de palabras se ve limitada en las expresiones de la comunicación actual.

La lengua es apropiable (órgano extraño al cuerpo humano, (Grassi, 2016)) y le correspondemos, pero su pertenencia es del usuario. El lenguaje no termina siendo una lengua internalizada, es mucho más expansivo. El lenguaje utiliza la hospitalidad lingüística. El usuario comunica y desarrolla un sistema creciente de aduana (Núñez López, 2007; Serra et al., 2013) donde gestiona contenidos -además de información-, medios (chat, llamada, comunicación cara a cara presencial o presencial on line, etc.) y modos. Esta aduana consiste en una habilidad con funcionalidad cognitivo-afectiva que se sirve de los contenidos de información para su expresión en el lenguaje. También opera con lógicas intrínsecas de distanciamiento como competencia representacional (que se aleja del aquí y el ahora de la inmediatez) de los contenidos que produce y procesa. Sigel (1997) desarrolló este concepto sobre el distanciamiento cognitivo, pero es imposible que no implique lo subjetivo.

El usuario desarrolla esta aduana con gestión en las estrategias de

divergencia y convergencia, donde se desarrolla un distanciamiento cognitivo-afectivo progresivo y de complejidad creciente, desde el cual resuelve conflictos, repara carencias, completa experiencias, según lo que se comunica, con qué medio y modo, cuánta textualidad habita el mensaje, según qué identidad y presentidad se acciona. Todos estos aspectos hacen un actuar rizomático (no está claro el origen -raíces o jerarquía- ni las direcciones -ramas-) desde el cual convergen y divergen mensajes que intercambian información incluso más allá de la función comunicativa de los mismos. Esto determina que como usuario se integre en una lógica de la cultura participativa y produzca mensajes que son independientes de su función comunicativa e implican interacciones (Benassini Félix, 2020). Los roles y turnos de la comunicación se disponen y solapan en beneficio del multicircuitos que se sustentan. Su desarrollo se da según los mismos orígenes que lo que clásicamente mirábamos como ontogenia del lenguaje, pero logra asirse de los medios disponibles para potenciar comunicar lenguaje a pesar de la lengua.

Aparece allí en forma temprana una alfabetización que da paso a unidades mínimas portadoras de sentido (texto enriquecido con emoticones, stickers, textos colectivos como los memes, etc) más allá de lo lingüístico, como las intertextualidades, interdiscursividades por la multimodalidad (Benassini Félix, 2020).

Las competencias comunicativas dan lugar a servirse de la práctica digital para construir mensajes que pueden aportar sentido a un acontecimiento y en los que se puede desconocer incluso su autoría.

El modelo de interpretación de la comunicación es rizomático (Deleuze, Guattari, 1972) y no bidireccional. No solo por cómo se articulan los circuitos en simultáneo en cada usuario sino también por la enorme transformación y resignificación de la información que se intercambia, profanando incluso la lengua como sistema y a pesar de ella.

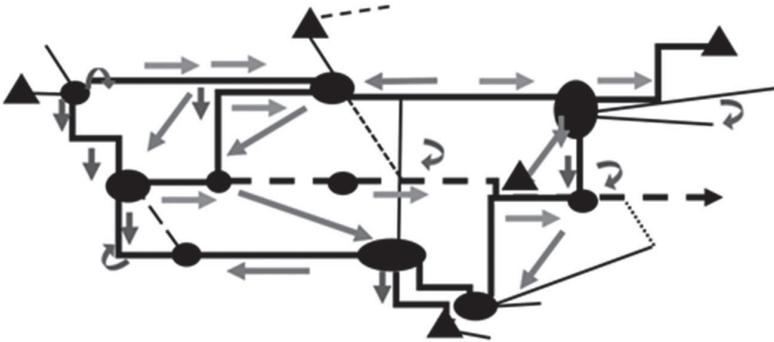


Ilustración 2: Modelo de la comunicación rizomático donde cada círculo representa un usuario o un modo de comunicación posible (multimodalidad expresada en mensajería instantánea, llamada telefónica, comunicación cara a cara, correo electrónico) y las flechas denotan la multidireccionalidad -conexión y heterogeneidad- donde la unión entre ellos vincula la incierta capacidad de fijar el origen y las ramas desde donde circula el intercambio de información o roles.

La información que habita en los mensajes de estos modelos de comunicación es polisémica, transmisible e intercambiable en los circuitos comunicativos y puede no ser propia, puede ser de un mensaje de otro interlocutor o una unidad cultural mínima como un meme, donde la configuración de los significados son inestables y provocan más que semantizaciones, lo que Benassini Félix, (2020) menciona como proceso de semiotización, donde confluyen las siguientes funciones en estos géneros de multimodalidad: la función ideacional de lo que el texto representa, la función interpersonal por lo relacional entre diferentes individuos y la función textual, desde donde las palabras imágenes y sonidos se acoplan para que la intertextualidad cobre sentido de uso y apropiación.

Cada texto deriva de múltiples incrustaciones de capas de textos preexistentes de diversidades discursivas (Benassini Félix, 2020). No hay linealidad discursiva, el usuario puede estar operando en más de un circuito y modalidad. Se sirve de funciones cognitivas definiendo cada acto comunicativo desde su lugar subjetivante y subjetivado,

donde emergen, convergen y divergen sentidos y significados. Cada modo o medio de comunicación impone reglas de comportamiento e interacción donde cada usuario es nativo.

Lo efímero, volátil e incluso incompleto del mensaje como portador de información empodera al usuario como creador, difusor y protagonista de la comunicación. El receptor de los mensajes también completa las partes faltantes o ausentes de los mismos. No todo está dicho y expresado en las intertextualidades. Aparecen modulando las distancias- distanciamientos y lo diferido de lo simultáneo y sincrónico.

En los registros de nuestro equipo de investigación podemos dar cuenta de que el acceso al modo de chat o mensajería instantánea aporta una plusvalía a muchos comportamientos, incluso alfabetizando precozmente el acceso al código lectoescrito. Los malos entendidos como desencuentro comunicativo suponen la conformidad del otro como ajeno a mí. La información está superada por el contenido y, lejos de llevar a la incomunicación, existe un proceso de re intervención en escenario de la comunicación expandiendo o reparándolo. Los malos entendidos renuevan desde la aduana decisiones y estrategias comunicativas. El costo personal de comunicar algo con distanciamiento emocional y cognitivo es utilizado estratégicamente en la aduana para elegir cómo y qué decir en la mensajería. Esto está tenido en cuenta como parte de las decisiones que el usuario toma a la hora de iniciar o ensamblar un circuito de comunicación. Un usuario es un sujeto comunicante y empoderado.

Bajo una mirada etnográfica, la evolución ha sido notable. Se manifestó una extensión donde las comunicaciones mediadas por tecnologías consolidaron incidental y accidentalmente transversalidades intergeneracionales e interseccionales moduladas como resolución social.

El usuario que emerge plantea los retos a asumir sirviéndose de

las herramientas y recursos de los que dispone. Entonces, si tu única herramienta es un martillo todos los problemas y soluciones tienen cara de clavo. Es por tanto imprescindible comprender que la virtud de la herramienta la define el usuario (Serra et al., 2013). La idea de medir a los fenómenos con métricas sensibles debe contemplar el poder debajo de ellos. Legitimar y validar nuevos modos que esgrimen en virtud todas las ecuaciones en las que se omite la tarea cuando se reduce a la comunicación sin comunicantes. Nadie sale ileso de esta situación y la tecnología no está para igualar...las propuestas y los compromisos son los que posibilitan la igualdad.

¿Por qué nos comunicamos? ¿Por qué existe la comunicación humana? A riesgo de sesgo y escasa capacidad para producir una finalidad, proponemos decir que la comunicación es la actividad reparatoria de excelencia que disminuye y difumina tensiones, la que calma carencias, la que repara ausencias y la que completa la existencia. La fonoaudiología aborda esa dimensión a través de las funciones en la ontogenia de las adquisiciones y complejizaciones que cada sujeto social expresa. La fonoaudiología entonces se debe la tarea de intervenir reconociendo esa aduana, sus estrategias y decisiones, para así generar parámetros de evaluación y terapéutica a fin de ser responsables así de la comunicación humana. Esto conlleva redefinir sistemáticamente la evolutividad de su desarrollo.

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

La comunicación, lejos de estar en amenaza, de extinguirse,

transmuta en constructos emergentes y sirve para mantener integrado el gregario- la comunidad de la que forma parte-, la progenie y el linaje favoreciendo los sentidos y pertenencias. Si somos capaces de unirnos a esta comunicación y reconocerla, seremos útiles en la salud, no solo en la patología.

El gregario humano va a seguir intentando identidad y pertenencia en lo colectivo sabiendo que todos hemos perdido algo. Ahora bien, en un mundo globalizado donde las fronteras se solapan es bueno reflexionar: ¿a qué lugar pertenezco?

La nueva cotidianidad emerge donde lo extraordinario y contemporáneo de este tiempo invita a abstenerse de conclusiones o decisiones apresuradas. Estamos siendo parte de una transformación tan inédita que no es plausible anticiparla. Una de las tareas de la Fonoaudiología es definir los fenómenos que surgen de la comunicación interpersonal, como actividad de intercambio de información/mensajes, roles, modos, canales, etc. Otra sin duda, es desde esa definición hacerlos fenómenos medibles sujetos a la posibilidad de intervención fonoaudiológica vinculados a la salud de las personas. Entonces; ¿es preciso y eficaz reducir la medición de la productividad en el lenguaje y la comunicación, entendida como la cantidad de palabras y categorías gramaticales que un discurso de un individuo expresa? ¿eso integra en la evidencia la riqueza discursiva ligada a lo pragmático e incluso lo paraverbal que lo acompaña? Al parecer lo omite. En la misma línea, la comunicación mediada por tecnologías desde lo fonoaudiológico se expresa en habilidades comunicativas digitales que expanden la versión analógica que concebimos de ella, por lo que, advertir riesgos patologizantes sumidos en la evidencia de horas de uso de los entornos digitales de una persona, reduce la oportunidad de redefinirla y por lo tanto de abordarla.

Nosotros, como migrantes, rechazamos la migración. Es una incomodidad insoportable que requiere anticipación. Comunicamos

y conectamos alternadamente en forma nómada y a veces incluso errática, mas no reactiva a la necesidad de existir colectivamente. En todos los casos hay decisión, hay estrategias, hay detrás de sí, funciones que operan con presentidad la comunicación y esta debe ser medida y mediada por intervenciones que la completen en su totalidad, no en la parcialidad de la lengua o de las clásicas intervenciones en salud que la fonoaudiológica estaba llamada a hacer.

Aceptando el desafío, la fonoaudiología articula y redimensiona su saber hacer actualizando a los usuarios de nuestros servicios en salud no ejerciendo por debajo de nuestras posibilidades. Recordando que a veces se gana y a veces se aprende (Maxwell, 2013). Imposible resistirse a lo que es propio, por sentido de propósito y pertenencia, la comunicación pues, es una oportunidad.

Referencias bibliográficas

- Santamaria A, Santigosa. (2004). La alfabetización de personas adultas como práctica social: un encuentro de voces. En J. A. Castorina, Psicología, cultura y educación: perspectivas desde la obra de Vigotsky. Noveduc Libros.Bs. As. Argentina
- Arias, S. (2015). La construcción del yo laboral en los escenarios culturales (Tesis doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Benassini Félix, C. (2020). Memes de Internet: Multimodalidad, Intertextualidad e Interdiscursividad en tiempos de Covid-19. *Virtualis*, 11(21), 1-26. doi:<https://doi.org/10.2123/virtualis.v11i21.353>
- Byung-Chul H. (2018). *Hiperculturalidad*. Barcelona: Hender.
- Cámara, D. T. (2020) Epistemologías transmodernas: Genealogías alternativas de pensamiento frente a la pandemia. *Cuadernos Abiertos de Crítica y Coproducción*, Covid-19 como

obstáculo 10.

Cacciari, M. (1979). Poder, teoría, deseo. *El Viejo Topo*, 29, 24-27.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie 1. L'Anti-Œdipe*. París: Minuit. ISBN 2-7073-0067-5.

Diez S. (2020) Sobre rap, trap y calle: imágenes y fenómenos- Kamchatka- Universidad de Valencia- España- ISSN: 2340-1869- 16: 93-128

Domínguez, I. (2017). Leer y escribir en la Universidad. *Actividad metodológica central*. La Habana: UCPEJV.

Grassi, Martín (2016). La hospitalidad de la lengua; Universidad del Salvador. Facultad de Teología y Filosofía; *Nuevo Pensamiento*; 6; 8; 6-2016; 1-12

Gómez Arias RD. (2018) ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 15 de octubre de 2018 [citado 23 de diciembre de 2021];36:64-102. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873>

Fernández, G. I. (2002). ¿Enseñanza de prácticas de lectura en la universidad? Ponencia presentada en el Tercer encuentro: La universidad como objeto de investigación., 24. La Plata.

García, I. D., & Fernández, M. R. (s.f.). Leer y escribir en la universidad ¿Alfabetización académica? 2018, 42(2), 78-91.

Hernández Rojas J, y col (2020) Cuadernos Abiertos de Crítica y Coproducción, Covid-19 como obstáculo 10.

Maxwell, J. C. (2013). *A Veces se Gana-A Veces Aprende: Las grandes lecciones de la vida se aprenden de nuestras pérdidas*. Center Street.Reino Unido

Núñez López Antonio (2007) *Será mejor que lo cuentos*. Barcelona: Ediciones Urano.

Serra SV y col (2013) *La herramienta la define el usuario: los*

entornos virtuales con soporte mixto en la educación superior. Jornadas PROED 2013- SAA- UNC. E-Book: ISBN 978-950-33-1079-3

Serra, S., Brizuela, M., Serra, M., Beltramone, D. A., & Soria, E. A. (2013) La información como derecho: entornos virtuales como posibilitadores y profesor como garante. Jornadas PROED 2013- SAA- UNC. E-Book: ISBN 978-950-33-1079-3

Sigel, I. (1997). Introducción. Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development, 78, 9-11

Tosi C. (2017). La configuración del efecto de literalidad en las colecciones escolares de literatura. El caso argentino. Entre-temos: revista de estudios do discurso (14), 293-310.

Datos de la autora

Silvana Serra es Doctora en Fonoaudiología. Docente Investigadora. Directora de la Escuela de Fonoaudiología FCM UNC- 2017-2020 y reelecta por el período 2022-2025.- Autora de diversas publicaciones académicas y científicas.

Salud Fonoaudiológica, transitando el cambio de paradigma. Experiencia en el campo de la salud pública

Claudia Palmero

*“Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”
Eduardo Galeano*

Así como muchos cambios tecnológicos y sociales atraviesan la realidad, la carrera de Fonoaudiología no ha quedado afuera y tiene constantemente la necesidad de reposicionarse frente a ellos.

El ámbito de la salud pública ofrece múltiples posibilidades para ello.

En los orígenes en Argentina, el fonoaudiólogo/a surge en la década del 30, como auxiliar del Otorrinolaringólogo a partir de la necesidad de completar su labor semiológica, terapéutica, clínica y /o quirúrgica con tareas de evaluación y rehabilitación de patologías de audición, voz y lenguaje. Fueron las profesoras de sordos, quienes, formadas en su labor rehabilitadora, primeramente colaboraron con los médicos en este nuevo rol. Una de las necesidades sentidas en ese momento era mejorar la producción oral de los pacientes sordos. Muchas de ellas se convirtieron luego en las primeras fonoaudiólogas. Es importante registrar la implicancia que esto tiene en nuestro perfil fonoaudiológico, dado que la docente es como la “segunda madre”, y en este sentido destacar los roles del médico, varón, con conocimiento académico y poder económico y la educadora, mujer, con una tarea, necesaria pero invisibilizada.

Fue recién en el año 1949 el Dr. J. Tato organiza un curso de Audiología y en 1950 el Dr. R. Segre dicta un curso de Foniatría.

Ambos se fundieron en un Curso de Fonoaudiología, el “1º Curso Regular Universitario de Fonoaudiología” con carácter de nivel básico realizado en la Universidad de Buenos Aires (UBA), que otorgaba el título de Técnico en Fonoaudiología. Consistía en un curso de dos años de duración, uno teórico y el otro práctico

Fonoaudiología, en esa esfera institucional, experimentó diversas categorías académicas, algunas debido a su propio desarrollo, pero otras no, hasta llegar a ser distinguida como Escuela, con su singular influencia y específica individualización en el campo educativo superior, lo que ofreció una mayor pertinencia de autonomía y contando desde hace 35 años con la Licenciatura en Fonoaudiología en la UNR.

La Fonoaudiología ha tenido un crecimiento importante a nivel académico e institucional que aún pareciera no reflejarse en nuestra práctica profesional.

Este recorrido no parece suficiente y es así que aún hoy, son los profesionales quienes deben explicar de que trata la Fonoaudiología, intentando salir del encuadre de rehabilitadores de rotacismos, como mayormente se conocen.

¿Es posible cambiar esta mirada?

No está mal ser rehabilitadores de dislalias, quien las padece realmente necesita de la ayuda de un profesional y es muy satisfactorio lograr objetivos, pero siendo que el lenguaje abarca toda la vida del ser humano hay muchas áreas donde intervenir. El hospital ofrece la posibilidad de interactuar con muchas de ellas por varias razones: las diferentes disciplinas se encuentran desarrollando sus tareas dentro de un mismo ámbito y en muchos casos los pacientes reciben interconsultas desde diferentes servicios. Si bien ésta modalidad de atención no es exclusiva del hospital, lo/as profesionales de la salud pública deben cumplir con un horario por una remuneración fija,

ésta disponibilidad permite distribuir el tiempo en tareas de asistencia, trabajo interdisciplinario, docencia, promoción de la salud fonoaudiológica; a diferencia del ámbito privado donde la/os profesionales se encuentran supeditados a escasos tiempos y a la idea permanente de cuestionar costo-beneficio.

Ésta forma de trabajo ofrece la oportunidad de salir del consultorio con la idea de trabajar en interdisciplina y visibilizar las tareas muchas veces desconocidas sobre todo por los profesionales médicos a quienes aún hoy les cuesta compartir saberes provenientes de otras disciplinas.

El trabajo interdisciplinario no es sencillo, requiere de voluntades para compartir y aceptar diferentes miradas, esto hace la tarea profesional mucho más rica, más integral y por sobre todo muy beneficioso para el paciente ya que cada caso se plantea desde puntos de vistas diferentes y con distintos saberes.

El Hospital Escuela Eva Perón – HEEP

Ubicado estratégicamente en la localidad de Granadero Baigorria, sobre ruta 11, que conecta a todo el cordón industrial y con acceso a rutas 34, puente Rosario-Victoria y zona norte de Rosario; fue proyectado y diseñado como Complejo Hospital Escuela- Hogar Escuela por el reconocido médico sanitarista Ramón Carrillo quien fuera el primer ministro de salud de la nación durante la presidencia del Gral Juan Domingo Perón. Este emprendimiento contemplaba campos de deportes, huertas, jardines, helipuertos.

Estuvo terminado y equipado en abril del 55 pero debido a los sucesos políticos que atravesaba el país, fue recién en 1961 cuando quedó habilitado definitivamente. Afectado por los sucesivos gobiernos, cambió de nombre dos oportunidades hasta que finalmente en el año 1986 se restituyó el nombre original de Hospital Escuela Eva Perón, actualmente funciona como efector provincial de tercer

nivel con una Neo de alta complejidad catalogada como nivel III B, es decir que reciben a los neonatos más pequeños.

El Servicio de Fonoaudiología del Hospital Escuela Eva Perón está conformado por tres fonoaudiólogos cuyo desempeño se basa en la atención de pacientes, abarcando las áreas de incumbencia, audiología, patologías de lenguaje en niños, trastornos deglutorios, fonatorios y respiratorios. Además, integran el programa de detección temprana de la hipoacusia, pesquisa que se realiza a partir del año 2006 con la compra por parte del hospital de un otoemisor acústico. Dentro del hospital, el servicio de rehabilitación, cuenta con una fonoaudióloga que recibe las derivaciones de pacientes neurológicos adultos y fisurados palatinos (FLAP).

El progreso tecnológico, especialmente en Neonatología y el notable crecimiento del conocimiento científico producido en los últimos años, alcanzó el campo de la investigación del desarrollo infantil brindando nuevos conceptos y criterios. Los fonoaudiólogos/as quienes trabajan con la infancia temprana se ven en la necesidad de replantear la tarea frente a una nueva realidad científica y social teniendo en cuenta los recursos de los que se disponen y afianzando el rol dentro de la red de salud.

El objetivo primordial es lograr una asistencia integral dirigida a la niñez y sus familias, ambos conceptos inseparables.

A partir del año 2003 se creó un espacio de atención temprana para pacientes que por diferentes causas no adquirirían lenguaje oral, hasta entonces esta población de niño/as de 0 a 6 años no recibía ningún tipo de atención fonoaudiológica; (durante muchos años, en la formación académica del fonoaudiólogo/a esta franja etaria no era tenida en cuenta en la patología del lenguaje) Estos problemas eran evidenciados en edad escolar muchas veces cuando ya era mucho más difícil y prolongado su tratamiento lo que conducía al abandono de los mismos y el consecuente fracaso escolar.

Los problemas del desarrollo no impactan con la fuerza y la urgencia con que lo hacen otros problemas infantiles como las enfermedades respiratorias agudas, las diarreas o la desnutrición.

Son aquéllos cuya solución puede postergarse casi indefinidamente porque no amenazan la vida y son aparentemente poco dramáticos.

No obstante, los problemas del desarrollo que afectan a los preescolares en nuestro país, son dramáticos y debieran ser impostergables por lo que significan para el niño/a y por la cantidad de niño/as afectados.

De no mediar una intervención temprana de calidad, parte de esto/as niño/as estarán condenados al fracaso escolar, a la precariedad laboral posterior y a la consecuente pobreza.

Mientras otra/os niña/os de su misma edad, que crecen en sectores aventajados, se inician en el uso de la computadora, realizan experimentos científicos, desarrollan su pensamiento matemático, aprenden un segundo idioma, gozan progresando cada día y afirman su autoestima, la/os niña/os que crecen en la pobreza aprenden a molestar lo menos posible y repiten día a día actividades poco desafiantes.

La inequidad es grande y temprana

Los referentes parentales de los niñas/os que crecen en la pobreza desean lo mejor para sus hija/os y están dispuestos a hacer grandes sacrificios para que ello/as surjan y salgan de esa condición; pero, con frecuencia, piensan que su aporte consistirá en disponer de medios económicos para financiar la educación; cuando el/la niño/a ingresa a la escuela primaria ya es demasiado tarde o demasiado difícil revertir la situación.

No existe clara conciencia y conocimientos acerca de la importancia de los primeros años y del aporte indispensable, sin costo que los adultos responsables pueden y tienen que hacer en este período.

Referirse al desarrollo de los niño/as, es hablar de su funcionamiento cognitivo, afectivo y social.

Durante el desarrollo, ocurre que algunos niño/as, finalizado el tercer semestre de su vida, no exploran, no experimentan, no hacen descubrimientos en su intercambio con el medio; cumplen 2 años y no entienden órdenes sencillas, no pueden nombrar objetos o personas familiares; son los mismos que al llegar a la educación primaria no se interesan por comparar, preguntar, comentar lo que hacen. Estos niño/as no molestan; su retardo del desarrollo no es percibido por los adultos y, muchas veces, no es percibido tampoco por el personal de salud que los controla regularmente.

Esto, sin duda, es dramático, porque todo niño/a tiene derecho a desarrollar al máximo su potencial, porque se trata de niño/as biológicamente sanos y porque esta situación, como ya se dijo, es la antesala del fracaso escolar y de la marginación posterior.

Esos niño/as pueden ser ayudados. El problema es que estos déficits no son evidentes; salvo en condiciones severas, sólo se detectan mediante una evaluación formal y específica que permite establecer con seguridad si el desarrollo está o no está cursando normalmente.

En el año 2012, Unicef lanza un programa: Maternidad segura y centrada en la familia, que tiene como premisa reconocer a los referentes parentales y a la familia, junto al equipo de salud. Las fonoaudiólogas del HEEP tuvieron la oportunidad de ser parte de ese equipo de salud a través del Screening auditivo neonatal en internación antes del alta, lo cual permitió visibilizar parte de las tareas fonoaudiológicas no sólo frente a los profesionales que trabajan en la maternidad, sino también con la comunidad. Hubo un cambio en la forma del trabajo, sumando lo humanístico a lo tecnológico y estimulando el trabajo en equipo. Este cambio generó la iniciativa para realizar talleres en la residencia de madres.

La residencia de madres es un espacio destinado a las madres de

bebés internados en Neo, permitiendo a las mamás vivir cerca de sus hijos/as mientras estos están internados/as con la firme convicción de que el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y su participación activa es vital para la recuperación de los bebés prematuros o enfermos. Teniendo en cuenta que las mamás contaban con tiempo suficiente que pasarían dentro del hospital, se organizaron talleres conjuntamente con una psicóloga, donde se les ofrecía pautas e información sobre estimulación, el desarrollo del lenguaje, lactancia además de ser un espacio de escucha y de compartir experiencias en una población con alto porcentaje de madres adolescentes.

Teniendo en cuenta la ubicación del hospital dentro del complejo que alberga al hogar escuela, se abrió otra posibilidad de visibilizar las incumbencias fonoaudiológicas, esta vez en el ámbito educativo a través de charlas a los docentes de preescolar y primer ciclo, brindando información sobre alertas en los problemas fonoaudiológicos, con el objetivo de generar derivaciones oportunas. En estas charlas tanto como en las tareas asistenciales evidenciaban que chicos con dificultades en edad escolar no habían sido alertados por el pediatra en edad temprana por lo cual y dado que la institución, por tratarse de un hospital escuela cuenta con prácticas de la carrera de medicina, se inició un ciclo de charlas a los alumnos de Pediatría, que cursan la especialidad en el hospital y que cuentan con escasa formación en los problemas fonoaudiológicos con el objeto de promover las derivaciones tempranas.

La salud es un derecho

¿Qué hay detrás del concepto del derecho a la salud?

Persiste el concepto de equidad, al que algunos pensaron en una forma un poco licuada, como de igualdad o de justicia. Pero en sentido estricto, el concepto de equidad, que proviene del campo jurídico, habla del perfeccionamiento de lo que es justo. La equidad

en realidad va más allá que la justicia. La equidad es lo que permite hasta el concepto de discriminación positiva, darle más al que más necesita.

La palabra evitable es la clave en la lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo. Estamos hablando de un recurso que evita la producción de la enfermedad o que la enfermedad se transforme en daño, en discapacidad o en muerte. Esta idea de lo evitable es sumamente compleja. La idea es que si es evitable y no se evita, alguien puede ser responsable aunque sea por omisión. Esto va reconfigurando la misma idea del derecho y la misma idea de los sujetos, porque una cosa es cuando hay opciones para decidir si se ponen o no recursos aquí y otra cosa es cuando estas opciones dependen del interjuego político con actores concretos que defienden el derecho a la salud.

La situación de pandemia por coronavirus puso una pausa en las actividades que se venían desarrollando, pero también nos permitió reflexionar sobre la trayectoria de nuestra profesión hasta la actualidad.

Desde aquellas primeras auxiliares con una tarea necesaria pero invisible hasta las Fonoaudiologa/os, licenciada/os, doctora/es e investigadora/es que hoy en día se desempeñan en diferentes ámbitos de la salud y la educación hay todo un camino recorrido. Como actores principales de la disciplina fonoaudiológica tenemos una gran responsabilidad de hacer visible la importancia de la comunicación para la comunidad.

“Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”

Eduardo Galeano

Referencia Bibliográfica:

Elisei, N. (2012) Agencia y práctica: Berta Derman en la institucionalización de la carrera de fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires. *Dos puntas*, ISSN 1852-3420, N.º. 5, 2012, págs. 93-108

Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte

La Historia de Granadero Baigorria, blogspot 2010

Maternidad segura y centrada en la familia. 2012 Unicef Número ISBN 978-92-806-4641-2

de Sousa Campos, G. W. (Mayo de 2006). <https://www.gastaowagner.com.br>. Obtenido de file:///C:/Users/Direcci%C3%B3n%20de%20Escuela/Downloads/Efecto%20Paidéia%202006%20(2).pdf

Palmero, Claudia (2010) Proyecto “Propuesta en post de la igualdad de oportunidades” (s.f.)

Datos de la autora

Claudia Palmero es Fonoaudióloga (FCM, UNR) en el Hospital Escuela Eva Perón Gro. Baigorria, integrante del programa de Detección temprana de la hipoacusia, creadora del consultorio de atención de patologías del lenguaje en edad temprana en el HEEP. Colaboradora Docente del Sistema de Practicantato Optativo en Fonoaudiología (SPOF). Supervisora de las prácticas realizadas por las alumnas de Taller III-Práctica Pre Profesional, de la carrera Licenciatura en Fonoaudiología.

Mujeres e infancias que habitan el encierro. El cuidado de la comunicación humana en contextos carcelarios

Fernanda Felice

Introducción

En el mes de noviembre de 2019 se desarrollaron actividades en la Cárcel de Mujeres (Unidad Penal 5) de la ciudad de Rosario. La propuesta fue realizada por la Secretaría de Extensión Universitaria y la Secretaría de Género de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Participaron estudiantes y docentes de Fonoaudiología, Enfermería y Medicina. El propósito de la misma consistió en efectivizar acciones para la promoción de la salud desde una perspectiva de género y derechos.

Se realizaron encuentros de capacitación con las integrantes de la ONG “Mujeres tras las rejas”, la Secretaria de Género, Ana Clara Bordato, la docente y psicóloga social, Julieta Serrano, el Secretario de Extensión Universitaria, Rafael Zamarguilea, estudiantes participantes y docentes responsables de las actividades. Este espacio de formación fue fundamental para aprender con quienes trabajan, desde hace décadas, para hacer visibles a las mujeres privadas de su libertad. Graciela Rojas –fundadora de Mujeres Tras Las Rejas– afirma que “el encierro carcelario produce huellas en el cuerpo de las mujeres. Es una celebración que la academia y las ciencias de la salud tengan una mirada y un nuevo espacio para observar y participar de lo que pasa en este territorio”.

Luego de los encuentros de capacitación se concretó una jornada mediada por el juego y la literatura, actividad propuesta por la

Escuela de Fonoaudiología, que tuvo por misión promover la comunicación entre madres, niñas y niños. Se comprende que la construcción de vínculos saludables es fundamental para el desarrollo y los aprendizajes de las infancias, así como también para erradicar la violencia que suele replicarse en las modalidades comunicativas aprendidas en el contexto de la familia y la comunidad.

Dentro de los objetivos generales, se destaca la necesidad de propiciar el encuentro entre la universidad y la comunidad en nuevos escenarios de intervención. Respecto de los objetivos específicos, se resalta el valor del juego y la literatura en el desarrollo infantil, y la importancia de promover la construcción de vínculos saludables entre madres, hijas e hijos.

El juego y la literatura en el cuidado de las infancias

La comunicación es una cualidad humana fundamental que permite la construcción de lazos sociales en el marco de una determinada comunidad, mientras que el lenguaje es la herramienta simbólica que promueve el desarrollo subjetivo, cognitivo y cultural. El proceso de adquisición lingüística se desarrolla en los intercambios comunicativos. Es decir, para que las niñas y los niños consigan desplegar su lenguaje, deben participar de prácticas sociales que promuevan el uso de la palabra.

En este sentido, los discursos literarios son fundamentales en tiempos de infancia, porque promueven la comunicación, el despliegue de la subjetividad y el desarrollo lingüístico. Montes (2001) afirma que la literatura tiene la particularidad de estar hecha de palabras que pertenecen a la vida de las personas y de los pueblos. Los relatos literarios son un punto de encuentro interesante entre el mundo adulto y el universo infantil.

Por su parte, Bruner (2014) asegura que el relato es el medio específicamente humano de poner en orden los acontecimientos del

tiempo y se constituye como una manera de expandir los límites de la experiencia. Mientras que Andruetto (2010) asegura que las lectoras y los lectores acuden a la ficción para intentar comprenderse, para conocer algo más acerca de sus contradicciones, miserias y grandezas, es decir, acerca de lo más profundamente humano. “El relato de ficción sigue existiendo como producto de la cultura, porque viene a decirnos acerca de nosotros de un modo que aún no pueden decir las ciencias ni las estadísticas” (p.32).

En consonancia, Bettelheim (1999) explica que las niñas y los niños experimentan obstáculos que deben vencer en su cotidianidad. La mente infantil se encuentra repleta de este tipo de dificultades y necesita la fantasía de los cuentos en las que el héroe –con quien consigue identificarse– encuentra con éxito la manera de salir de situaciones difíciles. La fantasía muestra un mundo donde el conflicto le pertenece a los personajes, pero las soluciones pueden aparecer por otros caminos ajenos a ellos. Por lo tanto, la literatura les permite tramitar las frustraciones propias de la infancia.

Además de las prácticas literarias, las niñas y los niños necesitan habitar espacios lúdicos que propicien la comunicación, el desarrollo del lenguaje y sus aprendizajes.

Vigotsky (1977) sostiene que el juego es la actividad principal de la niñez, es su modo de participar en la cultura. Las niñas y los niños ensayan –en los escenarios lúdicos– comportamientos y situaciones para los que no están preparados en la vida real, pero que poseen cierto carácter anticipatorio o preparatorio a la par que elaborativo. Es por ello que el juego desempeña un rol crucial en el desarrollo y los aprendizajes devenidos en la infancia.

Se comprende que las niñas y los niños –que viven junto a sus madres en la cárcel– no cuentan con demasiadas oportunidades para compartir juegos y relatos literarios, que son imprescindibles en la construcción del vínculo madre-hijo/a. Además, el juego y la

literatura permiten crear otros mundos posibles y resignificar los ya existentes.

Por estas razones, se propuso desarrollar una jornada lúdica y literaria con la intención de que mujeres, niñas y niños experimenten el encuentro con el universo simbólico creado por la fantasía de los cuentos populares y el juego. De este modo, se procuró propiciar la comunicación y el lenguaje tomando en cuenta la relevancia del vínculo madre-hijo/a, el cual es fundante en el proceso de apropiación de la lengua materna, la constitución subjetiva y el desarrollo infantil.

El cuidado de la comunicación en contextos carcelarios

La jornada se desarrolló en el pabellón de madres de la Cárcel de Mujeres de la ciudad de Rosario. En este encuentro se compartió una charla acerca de la salud, la comunicación y el desarrollo del lenguaje infantil. Luego se propuso una instancia de juego y literatura.

Cabe mencionar que las mujeres, al saber que se encontraban con estudiantes y docentes de fonoaudiología, comenzaron a realizar preguntas acerca de sus hijas e hijos, con la intención de conocer si estaban transitando las etapas esperadas en el proceso de adquisición lingüística. Algunas de ellas relataron cierta preocupación ante algunas conductas observadas en el modo de hablar de las niñas y los niños. Expresaron que sería valioso que la Escuela de Fonoaudiología pudiera brindar aportes en el seguimiento del desarrollo y los aprendizajes. Señalaron que sería interesante el trabajo en equipo con las pediatras que les brindan atención a sus hijas e hijos.

En efecto, se advierte que estas mujeres sabían que la fonoaudiología es una disciplina de la salud, que se ocupa de la comunicación y del lenguaje. Comprendían que el desarrollo lingüístico es crucial en los futuros aprendizajes de las infancias y que ese abordaje requiere de una perspectiva interdisciplinaria.

Además, explicitaron los efectos que el encierro provoca en la salud física y psíquica de sus hijas e hijos. Compartieron sus preocupaciones con la intención de informarnos y para que fuera posible pensar en ciertas intervenciones que pudieran aliviar esos síntomas.

Por otro lado, las mujeres relataron sus propias historias de vida. Explicaron que ellas habían transitado una infancia y una adolescencia sin derechos garantizados. Fueron niñas que padecieron las consecuencias de la pobreza, la exclusión social y el desamparo del Estado.

En este sentido, la creación de un espacio para el diálogo permitió que todas las participantes pudieran apropiarse de nuevos conocimientos tomando en cuenta los saberes de la comunidad, a los cuales es preciso acceder para comprender y pensar en nuevas estrategias de intervención comunitaria.

Luego de esta imprescindible charla –que se convirtió en una valiosa experiencia de aprendizaje para mujeres, estudiantes y docentes– se desarrolló una obra de títeres basada en el cuento “Caperucita Roja”. Este texto fue seleccionado puesto que se trata de uno de los clásicos cuentos populares, que es transmitido de generación en generación. Se consideró oportuno elegir un relato literario que pudiera ser conocido por las mujeres, porque las narraciones orales compartidas con las infancias siempre remiten al saber popular y a la herencia cultural de su grupo familiar o comunidad.

Madres, niñas y niños se mostraron muy interesados/as en la propuesta. Además, se entregaron libros de literatura infantil para que estas prácticas se replicaran y pudieran compartir momentos de comunicación mediados por el lenguaje, la narración, la lectura y la literatura.

Universidad y comunidad: demandas en nuevos escenarios de intervención

El relevamiento acerca del cuidado de la salud en contextos peni-

tenciarios de nuestro país, durante la formación de grado, demuestra que es escaso. Es por ello que es preciso generar lazos entre las universidades y las personas que habitan el encierro, fundamentalmente mujeres, niñas y niños. Se comprende que esta población es la más afectada, puesto que la desigualdad social y la violencia de género se replican con mayor virulencia en estos espacios.

Al respecto, un estudio desarrollado por Tabbush y Gentile (2015), titulado “Emociones tras las rejas: maternidad y crianza en cárceles federales argentinas”, sostiene que las conexiones entre prisión, género y emociones colectivas de nuestro Sistema Penitenciario Federal aloja un desproporcionado número de mujeres pobres, inmigrantes y marginadas. Menciona las tareas vinculadas con la micro comercialización de drogas y los efectos que ello promueve en sus cuerpos.

Esta realidad se replica en la Cárcel de Mujeres de Rosario. El incremento registrado en este tipo de delitos se vincula con la desigualdad que signa la vida de estas mujeres. La vulnerabilidad social data desde su infancia y adolescencia. Sus relatos expresan historias marcadas por la violencia, el abuso, el desamparo y la pobreza.

Asimismo, la investigación antes citada expone que las mujeres señalan que la prisión no es un lugar adecuado para criar a los/as niños/as. Destacan que preservar el vínculo entre madres e hijos/as es fundamental. Estas ideas y sentires son compartidos por las mujeres que viven en la cárcel de Rosario.

En este sentido, es necesario realizar actividades de extensión en contextos penitenciarios, desde la perspectiva de género y el cuidado de las infancias, para responder a las demandas sociales, vinculadas a la inequidad que sufren mujeres, niñas y niños. Para llevar adelante estas transformaciones, es imprescindible gestar nuevas experiencias de formación, ampliar la mirada respecto de los escenarios de intervención y propiciar prácticas para la promoción de la salud. Es

decir, el campo de acción no debe limitarse a la asistencia.

Reflexiones finales

Tal como lo expresa Freire (2015, p.7), “la educación verdadera es praxis, reflexión y acción de los seres humanos sobre el mundo para transformarlo”. Esta experiencia lo confirma. Porque, antes de transitar por este aprendizaje, era posible intuir antes que saber. Intuir, por ejemplo, que la cárcel no es un sitio para la infancia. Que el encierro no sucede sin consecuencias. Que el vínculo entre madres, hijas e hijos nunca es sencillo y mucho menos en un penal. Que las niñas y los niños necesitan habitar el mundo en movimiento y libertad. Que las cárceles suelen alojar pobreza, exclusión y desigualdad.

Estas intuiciones no fueron ingenuas, porque siempre se parte de ciertos aprendizajes, lecturas y conocimientos previos. De todas maneras, todo ello solamente alcanzó para intuir antes que saber. Porque, para saber, es necesario vivenciar experiencias prácticas que permitan articulaciones con las teorías apprehendidas. Es necesario conocer los diversos escenarios, salir de las aulas para animarse a mirar con los ojos bien abiertos y los oídos bien atentos a esa realidad que reclama un encuentro distinto, un encuentro sin intermediarios ni prescripciones que aseguren que alcanza con leer para entender el mundo.

La formación académica debe atender al cuidado de la salud entendiendo que ésta es una cualidad humana fundamental, la cual se expresa en todas sus dimensiones: social, biológica, psíquica y racional, tal como lo afirma Contandriopoulos (2006). Para ello, es fundamental correr la mirada del modelo tradicional de la salud que ubica como objeto de estudio a la enfermedad y a los sujetos como pacientes e individuos descontextualizados de su medio social.

Es imprescindible promover actividades de extensión universitaria que promuevan la formación de profesionales, capaces de desarro-

llar estrategias para la promoción de la salud, desde una perspectiva social y comunitaria. Respecto de la fonoaudiología, se destaca que es necesario desarrollar acciones para cuidar la comunicación humana de las diferentes comunidades, en nuevos territorios.

Referencias bibliográficas

- Andruetto, M. T. (2010). *Hacia una literatura sin adjetivos*. Córdoba: Ed. Comunicarte.
- Bettelheim, B. (1999). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Brunner, J. (2014). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de salud. *Ruptures Revista Interdisciplinaria de la Salud*. Vol. 11 N° 1. pp. 86-99.
- Freire, P. (2015). *La educación como práctica de la libertad*. 1ª edición (especial). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Montes, G. (2001). *El corral de la infancia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Tabbush, C. y Gentile, M. F. (2015). Emociones tras las rejas: maternidad y crianza en cárceles federales argentinas. *Revista Clínica y Cultura: Universidad Federal de Sergipe*. Recuperado en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/52196>
- Vigotsky, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Ed. La Pléyade.

Datos de la autora

Fernanda Felice es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR), Especialista en Alfabetización e Inclusión (CEI, UNR) y Doctoranda en Educación (FHYA, UNR). Profesora Titular de la Cátedra “Lenguaje y Aprendizaje Patológico” e Integrante de dos equipos de investigación: “Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria” y “Fonoaudiología y determinantes sociales de la salud: su importancia en la futura práctica profesional” (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Es autora de tres libros. Ha escrito artículos para revistas científicas y diarios de difusión masiva. Ha participado en diferentes libros colectivos que abordan temáticas vinculadas a la salud y la educación de las infancias.

Fonoaudiología en territorio: primeras experiencias de intervención comunitaria

Beatriz Fabiani

*“... su relación con nuestro debate es la misma
que mantienen los cimientos de una casa
con su estilo y con la disposición de sus cuartos;
los sostienen, pero ya nadie los ve,
nadie los ha visto nunca aparte de los albañiles que los han echado”.*
*“Y ahora otra vez empiezo a sentir que algo cambia, sin saber qué,
sin saber cómo decirlo, sin saber ni siquiera si algo cambia de verdad,
sin saber siquiera si podré o si valdrá la pena decirlo,
si es que algo cambia”.*
Saer, J.J. Argumentos. De una discusión literaria.

Hablar de Fonoaudiología en territorio nos remite necesariamente a conceptos elaborados por distintos autores y que incluyen a actores Fonoaudiólogos, en contextos de prevención y promoción de la salud, desde un enfoque social de la Fonoaudiología, con una concepción de trabajo en equipo interdisciplinario, en aprendizajes compartidos; comprendiendo la diversidad, propiciando interacciones dialógicas, para una comunicación en salud.

Tuvimos que desarrollar las primeras experiencias comunitarias a partir de una interrogación necesaria: ¿qué se puede plasmar desde la Fonoaudiología para trabajar en/con/junto a la comunidad?

Pregunta que nos hizo dudar y que creó desazón en los fonoaudiólogos -de hecho, en escaso número- que nos encontrábamos trabajando en instituciones públicas del llamado ex - cordón industrial, allá por los inicios de los años noventa.

Tuvimos que plantearnos si era posible postular otros paradigmas para el trabajo comunitario, en contextos complejos, desde una

formación en Neuropsicología y Afasiología (Fabiani, 2000), a través de cursos de post grado en entidades académicas, fuera del ámbito estrictamente universitario. Intentábamos entender la relación de una disciplina -inserta en las ciencias de la salud, con aires positivistas- (Fabiani, 1994) con un entorno sociocultural y económico en profunda transformación, con consecuencias significativas que modificaron ostensiblemente las condiciones de vida de amplios sectores de la población.

La praxis –junto a profesionales de otras disciplinas– en el trabajo con la comunidad desde el Servicio de Asistencia Educativa -S.A.E.- es una experiencia que nos permitió –y nos permite- aprendizajes inéditos en este camino que articula Educación y Salud.

La ciudad contaba con cuarenta y cinco mil habitantes por ese entonces, portuaria y con inmigración interprovincial, lo cual le daba características particulares al paisaje cultural (Nanzer,1994).

La mayoría de esos migrantes (provenientes del norte de Santa Fe y el Chaco) traían una cultura y un lenguaje propios; sus costumbres y valores se fueron fundiendo con los lugareños -mayormente con habitantes de barrios marginales, desde varias generaciones atrás. A estos dos grupos se los podía encuadrar en la categoría de pobres estructurales, en tanto que los que provenían del ex cordón industrial y que se asentaron en los barrios marginales pertenecían a la categoría nuevos pobres y se encontraban en un acelerado proceso de pauperización (Servicio de Asistencia Educativa,2000).

El S.A.E. es un proyecto que aborda la problemática del fracaso escolar en la confluencia de los campos de Salud y Educación, enmarcado en prevención primaria. Surge en el año 1989 a través del proyecto: “Las dificultades en el aprendizaje y el fracaso escolar. Un abordaje institucional alternativo”. Fue aprobado por el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (Disposición Nro. 3489) y por el Honorable Concejo Municipal (Ordenanza Nro. 1359) (Ber-

tonazzi, Castaño y otros, 1989).

Objetivos del S.A.E.

- Abordar mediante un dispositivo institucional uno de los síntomas de la emergencia social: el fracaso escolar.
- Implementar una práctica preventiva, asistencial y social en un campo donde confluyen las áreas de Salud y Educación.
- Facilitar la adquisición de la lectoescritura y el cálculo a los niños que fracasan en la escuela.
- Prevenir la deserción escolar y colaborar en la reinserción de niños al sistema.

A los diferentes equipos del S.A.E., distribuidos en distintos barrios de la ciudad, los integramos profesionales fonoaudiólogos, docentes y psicólogos. La atención es gratuita, solventada por el Municipio.

Modalidad de trabajo

Realizamos entrevistas primeras con los padres, coordinamos las estrategias de atención entre los profesionales que, a partir de los datos recabados, intervendremos en la atención individual o grupal. Nos comunicamos asiduamente con los docentes; ellos nos derivan a los niños mediante notas -donde describen brevemente la problemática- o les realizamos entrevistas.

Otorgamos a los padres toda la escucha necesaria, ya sea que ellos lo requieran espontáneamente o los convocamos, periódicamente, para dar una devolución de lo trabajado.

Analizamos las intervenciones que realizamos en los distintos espacios para evaluar los aprendizajes de los niños. Nos comunicamos con otros profesionales, de otras disciplinas, que estén también atendiendo a los niños o solicitamos la intervención que creemos

necesaria.

Participamos como integrantes del S.A.E. en instancias de formación y, a su vez, generamos actividades de prevención y promoción dirigidas a docentes (Jornadas, Encuentros, Talleres), a padres y niños (Talleres).

Quienes integramos esos equipos de trabajo, en los sucesivos tiempos, tenemos presente nuestra tarea primordial: “habilitar una situación de aprendizaje que oficie de puente entre la familia y la escuela, entrar en el mundo de cada uno de los niños para descubrir los objetos que movilizan el deseo de aprender y conectarlos con los contenidos escolares, promoviendo así una resignificación de los aprendizajes con relación al presente y a un proyecto de futuro” (Ensayos y Experiencias, 2002; pág. 121)

“...el lenguaje es una herramienta fundamental para organizar, otorgar sentido y comunicar la experiencia. El aprendizaje exige la participación en experiencias comunicativas con pares y adultos, pero también un trabajo interno, personal, de diálogo consigo mismo para pensar, para crear. Requiere momentos de intercambio, pero también de soledad” (Ensayos y Experiencias, 2002; pág. 121).

Las instancias de aprendizaje en los grupos conformados por niños que asisten al S.A.E. se vivencia como una oportunidad diferente, para intercambiar, compartir con otros, en presencia de un adulto que enseña de una manera distinta (Ensayos y Experiencias, 2002).

Desde ese lugar del “enseñar de una manera distinta” comprendemos cabalmente la aventura de adentrarnos en un fonoaudiólogo que navega un mar de experiencias impregnadas por la ternura, yendo hacia el encuentro del niño en comunicación.

Experiencias vitales de un encuentro posible en cada uno, respetando la diversidad, no exento de las vicisitudes del sentir puesto en acción. Experiencias que, en la intervención fonoaudiológica, apa-

recen como fundantes en el devenir cultural, educacional, comunicacional para, así, dar (nos) en lo maravilloso de ese transitar.

En los encuentros comunicacionales entre profesionales del S.A.E., padres, docentes, niños y otros actores que son convocados para este dar cuenta de sentidos en cada acción- realizamos una síntesis que, en cierta manera, es inédita ya que reedita el aprender, con huellas propias.

Y desde esas huellas en la memoria, viene una niña de 7 años que llega al S.A.E derivada por la institución escolar de un barrio periférico. El S.A.E. funciona en el Centro de Atención Primaria de Salud -C.A.P.S.- En ese entorno palpita la naturaleza hecha explosión de vida, con un paisaje cultural con su impronta propia, como todo barrio, como toda institución.

En lo simple habita lo complejo y, a su vez, en lo complejo hallamos lo simple y generoso del amor de madres y padres que llevan sus niños a la escuela buscando refugio, confiando, ante una realidad que asola a un significativo número de familias del barrio-como en tantos otros: las adicciones, el desempleo, el desarraigo, la vulnerabilidad.

En la escuela hay una huerta donde los niños son protagonistas activos y mantienen vivos los matices rurales que la gestaron. El arte, la comunicación y el aprendizaje afectivo circulan en esa comunidad educativa empeñada en un proyecto institucional de inclusión y creatividad.

La mamá, en la primera entrevista, dijo no recordar qué día había nacido su hija. El grupo familiar estaba compuesto por la madre, el esposo actual, la niña y un hijo adolescente; ambos eran hijos de ella con otra pareja. “No quiere saber nada con su padre”, expresó. La abuela materna vivía cerca de la casa de ellos.

También manifestó que la niña le recordaba las cosas que tenía que hacer como, por ejemplo, ir a la entrevista. Era una persona

analfabeta, con ascendientes de la etnia wichí. El motivo de consulta era “dificultades para hablar”, por ejemplo, decía “rane” por “grande”; cuando no le entendían en la casa o en cualquier otro lugar, se enojaba; a veces se tiraba al piso. “También se enoja cuando no le salen las cosas de la escuela”. “Tiene carácter fuerte”, dijo la mamá. Las pautas madurativas aparecían como poco claras -tampoco las recordaba-, salvo que caminó a los dos años, época en que dejó también los pañales. El padrastro y una tía la ayudaban en las tareas. Jugaba con niñas de su edad a las muñecas, a cocinar, pero quería jugar a la pelota con los varones -todos vecinos-. Los estudios auditivos que le habían realizado en un hospital de la zona dieron como resultado una audición dentro de parámetros normales. No tomaba medicación alguna. Según su mamá, era alegre, buena, simpática. cursaba primer grado. Las dificultades en la expresión, decía su docente, repercutían en el aprendizaje de la lectoescritura.

Debimos contemplar fundamentalmente la incidencia de lo ambiental familiar, lo intercultural, entre otros aspectos, al momento de formular estrategias de intervención. Tenía dificultades de relación con algunos pares, desafiaba a la autoridad -docentes-, era necesario reafirmarle los acuerdos realizados con ella. Los miedos rondaban su hogar: el hermano consumidor era uno más de los jóvenes que “transcurrían” sin poder insertarse en un proyecto de vida. Vivió la muerte prematura de dos familiares de manera tal que, en un principio, la reveló solo a través de sus dibujos.

La escuela era el continente, el referente y la oportunidad de una inserción en la comunidad donde los valores de la cultura materna fueran rescatados para la pertenencia. El compromiso de la Dirección, de los docentes y de los asistentes escolares, en su proceso de aprendizaje, fue encomiable. A la par, estuvo en proceso de integración desde una escuela especial de la zona.

En las interacciones -en el contexto de las sesiones de Fonoau-

diología- se observaron en un comienzo en su lenguaje espontáneo omisiones, sustituciones de fonemas y de sílabas, agramatismos varios que tornaban enrevesada su expresión y hasta ininteligible. Presentaba, además, dificultades comprensivas leves y distractibilidad. Solía decir: “no quero í a mi casa, quero quelame aquí” (“no quiero ir a mi casa, quiero quedarme aquí”). Le gustaba dibujar y colorear profusamente, nos regaló muchos dibujos que aún conservamos; al respecto, en una ocasión dijo: “Así no te sentís sola, esto lo hizo -su nombre-”, con su manera singular de comunicar.

Nuestras sesiones se articulaban con la concepción de que su manera de expresar era su “estar siendo en el mundo”. Era la articulación necesaria para que sus “dificultades en hablar y escribir” articularan con el decir de una niña con quien compartimos más de tres años de trabajo. Su deseo por aprender la llevó a concluir el séptimo grado de escolaridad; hasta donde supimos había ingresado en la escolaridad media.

Su andar era ágil, su voz tenía el color de un temperamento tenaz, su decisión era firme, enfrentaba los desafíos, brillaban sus ojos ante cada avance en sus expresiones por el lenguaje. Nos enseñó que aún en los contextos donde la vida duele también pugna por florecer.

Si repasamos los objetivos del S.A.E., desde las distintas intervenciones disciplinares, vislumbramos que pudimos adentrarnos en el mundo de esa niña, descubriendo los objetos que movilizaban su aprendizaje para facilitar la adquisición de la lectoescritura y el cálculo, prevenir la deserción escolar, echando por tierra el fracaso y la exclusión en su escolaridad.

Referencias bibliográficas

- Ensayos y Experiencias, tomo 46 (2002). La Escuela: Una segunda oportunidad frente a la exclusión. Colección Psicología y Educación. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas.
- Fabiani, B. (1994) "El Fonoaudiólogo Social: un ejercicio posible". Boletín del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe -2da. Circunscripción-Rosario. (Nro.32)
- Fabiani, B. (2000) "Las alteraciones neurofisiológicas del lenguaje y su relación con la lectura comprensiva". Trabajo de Investigación-Tesina- presentada en la Escuela de Fonoaudiología para la obtención del Título de Licenciada en Fonoaudiología. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas -U.N.R.- Rosario, Argentina.
- Nanzer, A. (1994) "Animemos al mundo. Una cultura para honrar la vida". Buenos Aires. Ed. Hvmnitas.
- Proyecto: "Las dificultades en el aprendizaje y el fracaso escolar. Un abordaje institucional alternativo". Bertozzi, Castañón y otros (1989). Aprobado por el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (Disposición Nro.3489) y por el Honorable Concejo Municipal de la ciudad de San Lorenzo, Pcia. de Santa Fe. (Ordenanza Nro.1359)
- Servicio de Asistencia Educativa (2000). Programa de Seguridad Ciudadana. Proyecto: "Ampliación y Optimización del Servicio de Asistencia Educativa". Organismo responsable: Municipalidad de San Lorenzo (S. Fe). Secretaría de Gobierno y Cultura. Equipo Coordinador: Servicio de Asistencia Educativa: Rosbaco, I., Romegialli, M., Verón, S., Fabiani, B, Carreras, M.

Datos de la autora

Beatriz Dora Fabiani Fonoaudióloga (1978): Lic. en Fonoaudiología (2001), egresada de la Facultad de Cs. Médicas – U.N.R. Organizadora y Jefe del Servicio de Fonoaudiología del Hospital “Granaderos a Caballo” de San Lorenzo (S. Fe) hasta 2021. Integrante del Servicio de Asistencia Educativa -S.A.E.-Municipalidad de San Lorenzo (hasta 2021). Colaboradora Docente de prácticas fonoaudiológicas en el Servicio citado para el espacio curricular de Taller III Práctica Pre-Profesional y del S.P.O.F. de la Licenciatura en Fonoaudiología, FCM-U.N.R., hasta 2021. Fue Delegada -en San Lorenzo (primera Delegación)- del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe-2da.Circunscripción Rosario, Ex integrante del Tribunal de Ética y Disciplina del citado Colegio.

Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas: abriendo el camino hacia la construcción de prácticas territoriales

Julia Bertone, Pablo Fernández, Natalia Cuatrocasas y Micaela Fagioli

“La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del ser humano sobre el mundo para transformarlo”.
Paulo Freire

Fonoaudiología como disciplina de interés público

A partir de la inclusión de los títulos de Fonoaudiólogo/a y Lic. en Fonoaudiología en la nómina del artículo 43 de la Ley Nro. 2452 en noviembre de 2019, por la Resolución que ha dictado el Ministerio Nacional de Educación (N°161/202), la Fonoaudiología pasó a ser una carrera de interés público. De esta manera se advierte que un diagnóstico inoportuno, erróneo o incompleto determinaría la no detección del problema o su eventual complejización, con el consecuente daño en la salud comunicativa de los sujetos, grupos, instituciones o comunidad. Asimismo, la falta de una práctica de promoción, prevención y protección específica atenta contra el derecho ciudadano de resguardo a la salud y bienestar comunicativo y al acceso a los diferentes niveles de atención fonoaudiológica, con repercusión en lo individual y colectivo.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es primordial preguntarnos: ¿qué rol ocupa la Universidad en las Prácticas Fonoaudiológicas? ¿Qué Fonoaudiología se está construyendo actualmente, para qué y para quiénes? ¿Qué proyectos pueden gestarse para repensar la disciplina fonoaudiológica, reposicionarla socialmente y visibili-

zar la importancia de la salud comunicativa de la población?

El rol social de la Universidad

El Estatuto de la Universidad Nacional de Rosario (2022) establece que uno de los fines que se propone la formación académica es adquirir, conservar, acrecentar y transmitir críticamente el conocimiento, orientando su accionar a la formación plena de personas con compromiso social.

Respecto de los/as profesionales de la salud, en general, y de los/as fonoaudiólogos/as, en particular, este propósito se vuelve muy relevante puesto que se comprende que la salud y la comunicación deben ser abordadas tomando en cuenta las demandas y necesidades de la comunidad. Este abordaje necesita de una formación profesional basada en la práctica y contextualizada, que exija repensar las perspectivas, contenidos y estrategias metodológicas para reorientar la formación en Salud Pública, desarrollando nuevas y diversas capacidades que requieren expresarse en procesos colectivos de producción y acción, en diversos escenarios que permitan el desarrollo de profesionales responsables y comprometidos con lo “público” en el campo de la salud.

Las Prácticas disciplinarias surgen como una manera de articular los conocimientos teóricos en el desenvolvimiento de los quehaceres que involucran los campos de acción profesionales. Extensión, investigación y docencia son tres pilares de la educación superior que deberían funcionar integrados para la formación de profesionales capacitados para los nuevos retos de una sociedad que muta en forma permanente. Es por esto que resulta necesario generar espacios de construcción de prácticas que permitan ampliar lo abordado desde lo curricular y extracurricular, donde se vean involucrados docentes, estudiantes y graduados/as. La formación del recurso humano debe centrarse en el efectivo ejercicio de ciudadanía que

se entrame con el derecho a la salud y que se encuentre calificado no solo por su conocimiento y adecuación a escenarios cambiantes sino también por su capacidad crítica y reflexiva y sus posibilidades de operar como agentes de cambio en la salud de la población y en sus condiciones de vida.

La carrera de Fonoaudiología de la FCM de la UNR cuenta con prácticas pre profesionales enmarcadas en la asignatura Taller III, y con prácticas específicas que se desarrollan en diversas asignaturas dentro del plan curricular. Asimismo, la escuela de Fonoaudiología cuenta con el Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas (SPOF), que no pertenece a la currícula de la carrera y está destinado a estudiantes que hayan finalizado el cursado y se encuentren en proceso de Tesina.

El proyecto de Concurrencias Fonoaudiológicas fue gestado en el año 2020 por la Dirección de la Escuela de Fonoaudiología de la UNR con el objetivo de expandir las prácticas que brinda la Facultad a recientes graduadas y graduados. Este proyecto busca integrar, sin descuidar las funciones específicas de cada espacio territorial, los saberes teórico-prácticos involucrando a personas e instituciones mediante una dinámica organizada, flexible, funcional y abierta, basada en los objetivos académicos pero centrada en el abordaje social y comunitario.

Dar luz a la historia de la Fonoaudiología

La formación profesional del/ la Lic. en Fonoaudiología está fuertemente ligada, desde sus orígenes, al modelo médico hegemónico, que persiste aún en las diferentes disciplinas relacionadas con la atención sanitaria, con una fuerte legitimación de muchos sectores sociales. Este modelo tiene como rasgos estructurales el biologicismo, la historicidad, el individualismo, el autoritarismo y la centralización ligada al paradigma hospitalocéntrico, así como la

participación subordinada y pasiva del paciente, entre otros. El concepto de salud-enfermedad, desde esta perspectiva, está asociado al de mercancía, existiendo una asimetría en la relación entre profesional/paciente, en donde este último queda relegado a recibir salud impartida desde la potestad del médico, como si la misma fuese patrimonio de la medicina y no un estado de equilibrio de los diversos aspectos del ser humano, su familia y su entorno.

En la historia de la Fonoaudiología, estas relaciones de poder pueden leerse desde una doble vía. Por un lado, el médico hombre como figura de saber, de control y legitimación del quehacer fonoaudiológico y, por otra parte, la alianza teórica a los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

“La Fonoaudiología nace en la Argentina en 1931 como una disciplina auxiliar de la medicina, enraizada en la otorrinolaringología, a partir de la necesidad del médico otorrinolaringólogo de completar su labor semiológica, terapéutica, clínica y /o quirúrgica con tareas de evaluación y rehabilitación de patologías de audición, voz y lenguaje” (Elisei, 2012, p. 97).

Estas características gestacionales dejan huellas que podrían contribuir a la construcción de la identidad de la profesión y a las implicancias en la caracterización del perfil profesional. Cabe destacar la preferencia de elección de la carrera por parte del género femenino, lo cual no resulta inocente ligado a un contexto cultural en el que las mujeres tenían un rol preponderantemente asistencial, complementario y secundario respecto al género masculino en la sociedad. Las primeras mujeres que se formaron en esta tarea eran docentes, específicamente las primeras que colaboraron con los médicos en la labor rehabilitadora fueron docentes de sordos. Asimismo, la autora antes mencionada señala que: “pertenecer al modelo médico, pero a la vez estar subordinada al mismo, atraviesa la historia y la actualidad de nuestra profesión. Aquí podemos relevar que el mé-

dico-hombre es quien sale al ámbito público y las terapistas-mujeres quienes colaboran a su lado” (Elisei, 2012, p. 98).

A nivel mundial, en el siglo XX y a partir de las consecuencias psicofísicas provocadas por ambas guerras mundiales, emerge en el campo de la salud una gran preocupación por la rehabilitación. Localmente, las epidemias de poliomielitis y sus secuelas contribuyeron al desarrollo de profesiones vinculadas a la recuperación y el cuidado de pacientes.

Desde este posicionamiento, en consonancia con el modelo médico hegemónico, se pretende atender la enfermedad concibiendo al sujeto como un paciente descontextualizado de su medio, lo que da lugar a una clínica aislada, ahistórica, encapsulada en el consultorio y centrada en procedimientos estructurados que pretenden diagnosticar y rehabilitar una función afectada.

Si bien esta mirada se sostiene en espacios de formación y en la práctica de muchas disciplinas ligadas a la salud, desde hace un tiempo se viene gestando un proceso de visibilización y transformación paradigmática.

Construir nuevos horizontes

Las intervenciones en el campo de la salud, si bien están atravesadas por el modelo médico hegemónico dominante, se encuentran en proceso de transformación y aun así los cambios de paradigmas traen grandes resistencias. Franco y Merhy (2016) refieren que ante todo cambio en los procesos de trabajo uno de los grandes desafíos es meterse con las cabezas y los intereses, y sus formas de representación. Tales cambios implican apuntar a un modelo de atención y cuidado más atento a las necesidades que a las demandas, donde prime el trabajo interdisciplinario e intersectorial, sin perder la identidad de saberes y prácticas de cada profesional, pero con la capacidad y seguridad de salir de ese núcleo de saberes específicos para trabajar

entre los límites difusos, con el apoyo de otras disciplinas. Es allí, como menciona Campos (citado en de Sousa Campos, 2001) que el “campo, es un espacio de límites imprecisos, donde cada disciplina o profesión buscará en las otras apoyo para cumplir sus tareas teóricas y prácticas” (p. 164).

La APS como estrategia que busca transformar el sistema de salud, en palabras de Lafit (2016), “hace hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que ubican a la salud como un producto sociohistórico” (p. 18). Esta transformación no contempla únicamente al sector salud, concebir la determinación social de la salud, ya que hace necesaria la implicancia de múltiples sectores en un abordaje interdisciplinario e intersectorial, siendo clave la participación de la comunidad en la defensa y construcción de sus derechos.

Con esta estrategia se busca resultados en salud más equitativos y eficientes, con costos de atención más bajos y satisfactorios para los/as usuarios/as. Como afirma Grumbach (citado en O.P.S, 2005):

Se considera que los Sistemas de Salud Basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención especializada (p.15).

Respecto a la disciplina fonoaudiológica, en el año 1992, las fonoaudiólogas Piccoli, Derman, Menguez Lauberer y Herrera afirman (citado en Villarreal, 1996):

La fonoaudiología es apropiada para participar en APS, porque no necesita instrumentales de alta complejidad ni utiliza medicamentos para sus acciones. Lo que sí exige es una sólida

formación del recurso humano, con una orientación hacia las acciones preventivas y la educación para la salud, descubriendo nuevos enfoques y áreas inexploradas por nuestras prácticas asistenciales reconocidas (p. 50).

La necesidad de que fonoaudiólogas y fonoaudiólogos empiecen a ser parte de los equipos de salud en el primer nivel de atención se desprendía, principalmente, de la gran deserción y discontinuidad de los tratamientos a partir de una serie de barreras económicas, geográficas y culturales entre las comunidades y los servicios de salud, que se constituían como obstáculos importantes para el acceso a la salud de las personas y acababan potenciando los efectos de los determinantes sociales.

Si bien la incorporación del recurso humano en efectores públicos de primer nivel de atención y la descentralización son aspectos fundamentales, es indispensable el desarrollo de un nuevo modelo de trabajo que supere la visión meramente curativa, centrada cuando el daño a la salud ya está instalado. Las acciones en el campo de la salud pública requieren, cada vez más, de soluciones innovadoras, de la generación de estrategias y de intervenciones en el espacio social donde se presenta el problema, con estilos de intervención diferente, que garanticen la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

Para garantizar el derecho a la salud, es necesario llegar a las familias, a las instituciones y a la comunidad. Este trabajo minucioso y artesanal que se realiza desde la interdisciplina y la intersectorialidad permite construir una gran red para que las intervenciones puedan sostenerse en el tiempo. Dar lugar a la escucha, producir algo nuevo allí donde parece ocurrir siempre lo mismo, cuestionar supuestos, es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud. Conocer la realidad de cada territorio, observar y registrar las necesidades de

los equipos y de la población nos permitirá gestar intervenciones ajustadas a cada situación particular.

El Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas pretende un abordaje que trascienda los límites del consultorio, en el marco de una clínica ampliada, y que dé lugar a un espacio de práctica y reflexión donde cada concurrente pueda construir y aprehender sus propias formas de intervención situadas en la comunidad, en el encuentro con un/a otro/a que le permita resignificar sus intervenciones cotidianas, repensar los fundamentos teóricos y generar la apropiación colectiva del cuidado de la salud comunicativa.

Referencias bibliográficas

De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión es Salud en defensa de la vida* (2ª Edición ed.). Lugar Editorial.

Elisei, N. G. (2012). *Agencia y práctica: Berta Derman en la institucionalización de la carrera de Fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires*. Dos Puntas.

Franco, T.; Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Lafit, J. (2016). *Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud*. La Plata. Cátedra Medicina Social. FTS.UNLP. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_.%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf

O.P.S. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.

Rosario, U. N. R (1 de Marzo de 2022). *Universidad Nacional de Rosario*. Obtenido de <https://unr.edu.ar/estatuto/>

Villareal, S. (2021). Salud pública y salud colectiva. Su implicancia en Fonoaudiología Social y Comunitaria. En C. e. Ithurralde, Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria. Un enfoque en construcción (pág. 152). Rosario: Laborde Libros.

Villarreal, S. (1996). Estudio descriptivo sobre la atención fonoaudiológica en centros de salud de la ciudad de Rosario, enmarcados dentro de Atención Primaria de Salud, durante 1993 (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Datos de los/as autores/as

Julia Bertone es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente Universitaria para la Educación Secundaria y Superior (UAI) y Maestranda en Salud Pública (Instituto Juan Lazarte CEI, UNR). Docente de la materia Introducción a la Salud Pública (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Docente de materia electiva (Escuela de Medicina FCM, UNR). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Co-Directora de curso de posgrado (FCM, UNR).

Pablo Fernández es Licenciado en Fonoaudiología (FCM, UNR). Maestrando en Salud Pública (CEI, UNR). Ex Subsecretario de Recursos Humanos del Ministerio de Educación. Provincia de Santa Fe (2013-2019). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de

proyectos de investigación y extensión universitaria. Miembro del consejo académico consultor de IUFAR (Instituto de fonoaudiología aplicada de Rosario) FCM. UNR.

Natalia Cuatrocasas es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente de la materia Audiología 1 (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Referente provincial del programa nacional de detección y atención de la hipoacusia dependiente de la Dirección de niñez y adolescencia. Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe. Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Miembro del consejo académico consultor de IUFAR (Instituto de fonoaudiología aplicada de Rosario) FCM. UNR. En el ejercicio de la profesión, se desempeña en el Hospital de Niños Zona Norte de la Ciudad de Rosario.

Micaela Fagioli es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Psicóloga Social (Escuela Rosarina de Psicología Social). Integrante del equipo coordinador del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). En el ejercicio de la profesión, se desempeña en centros de salud de atención primaria de la Municipalidad de Rosario.

Pensando nuestra práctica colectivamente: la interdisciplina

Yamile Díaz

El presente capítulo intenta ser un aporte que ayude a la comprensión de las implicancias del abordaje interdisciplinario en el segundo nivel de atención.

Cuando hablamos de prácticas en salud, es importante mencionar que las mismas descansan sobre la concepción particular que se tenga de ella. Las definiciones de salud han ido cambiando a través de la historia: en la antigüedad era considerada como un estado original del hombre y meta de perfección a alcanzar, mientras que la enfermedad se consideraba como un desvío de esa meta; aquí se puede observar una tradición fuertemente arraigada en la medicina, el tener como objetivo la recuperación de un estado anterior, la curación como meta. En 1946, la OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta definición vino a reemplazar la antigua dialéctica establecida por un modelo biocista que consideraba a la salud como ausencia de enfermedad.

En la concepción actual de salud, se relaciona lo biológico, lo socio-ambiental y lo psicológico. El sujeto es un ser social, en relación continua con su medio en el que se presentan determinados factores que inciden en su persona. Uribe (1987), en su texto “Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad”, hace referencia a que el reconocimiento de la participación de factores ambientales y condicionantes en la explicación de la enfermedad, ha abierto las puertas a discursos ecológicos y sociológicos.

Las mencionadas formas de conceptualizar la salud sustentan los distintos modelos de prácticas en salud. Desde una perspectiva antropológica, según Menéndez (2003), cuando hablamos de mo-

delos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas donde se observa una incapacidad explicativa de los modelos conceptuales clásicos y hay una progresiva apertura hacia la aceptación de otros discursos

De cómo entendemos nuestro objeto de estudio (la salud) es cómo nos posicionamos ante nuestra práctica. Así, desde una concepción integral y procesual de la salud-enfermedad-cuidado deviene una modalidad de intervención interdisciplinaria, ya que los determinantes implicados en el proceso pertenecen al dominio de diferentes disciplinas.

La palabra “interdisciplina” se compone del prefijo *inter*, cuya etimología es de origen latino y alude a “en medio de” o “entre” y la palabra *disciplina*. Se trata de una modalidad de abordaje a partir de la relación entre distintas disciplinas y una postura epistemológica crítica al paradigma positivista de la ciencia. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos (Stolkiner, 2005).

La interdisciplinariedad es un posicionamiento que surge a partir de la presentación de situaciones- problemas cada vez más complejos que requieren de una estrategia integral que respete al sujeto desde un punto de vista holístico. Los objetos de estudio complejos requieren de la colaboración de las más diversas disciplinas para su comprensión y explicación científica.

Al tener en cuenta la mencionada complejidad, debido a que

muchas veces las fronteras son difusas y en ocasiones superpuestas, se parte de la realidad misma y su interpretación y no de las disciplinas. Así, el trabajo interdisciplinario permite individualizar aspectos comunes y rescatar e integrar aspectos propios de cada disciplina en un marco de respeto hacia el saber del otro y al mismo tiempo, un espacio de producción común.

Lo anteriormente mencionado y la práctica fonoaudiológica nos obligan básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de nuestra disciplina para dar respuesta a la problemática del paciente y su familia, considerados una unidad donde conviven y se funden múltiples factores que necesariamente deben ser tratados por disciplinas diferentes.

La primera tarea de construcción inter-saberes que desafía el trabajo interdisciplinario es la formulación del programa a desarrollar y sus objetivos, lo que implica un marco referencial común. Es fundamental mantener la identidad y especificidad disciplinaria, lo que requiere que quienes la practican sean expertos en su materia, para así poder realizar enlaces y relaciones.

El trabajo interdisciplinario es necesariamente grupal, incluye el imaginario social, grupal e institucional. El principio de la articulación interdisciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios (Gozzer, 1984). Esta actividad se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, lo que es muy importante, ya que la integración no se realiza solamente a nivel de las disciplinas, sino también a través de los miembros del equipo, a mayor solidez de los lazos entre los integrantes del equipo más enriquecedora y efectiva es la experiencia.

Todo esto supone concebir cualquier problemática como un sistema cuyos elementos están interdefinidos y para su estudio requiere de la coordinación de enfoques disciplinarios que deben ser integrados bajo una mirada común (García, 2006). Requiere

horizontalidad (se desarman jerarquías), flexibilidad (la acción va en distintas direcciones y en función del contexto los actores van adecuándose, sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo) apertura, (en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, para proponer resoluciones frente a la complejidad), y complementariedad (todos aportan para alcanzar los objetivos comunes).

En el trabajo interdisciplinario es clave la comunicación y requiere que los miembros del equipo acepten una organización horizontal, como se mencionó anteriormente, lo que implica un desafío a la estructura piramidal, vertical y propone una alternativa a la fragmentación y desarticulación de los abordajes. Se basa en el respeto por el saber del otro, que permite valorar otras miradas y no invadir territorios.

Es importante la existencia de un espacio físico de encuentro e intercambio y el respeto del tiempo destinado a tal fin (reuniones de equipo). Así, en cada encuentro vamos incorporando a los otros en nuestras representaciones internas y a la vez nos vemos reflejados en ellos y llega un momento que en vez de sentirnos orgullosos por el quehacer individual, nos sentimos orgullosos por pertenecer a un equipo porque juntos hacemos algo que ninguno podría hacer solo.

También requiere:

- Trabajo en equipo: es decir formación de actitudes cooperativas en el grupo.

- Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplina. Es común observar en nuestro medio prácticas multidisciplinarias acompañadas de una concepción ambigua que utiliza como conceptos intercambiables las nociones de multidisciplina e interdisciplina. El enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, en el cual cada

disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas.

- Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión de equipo.

- Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados.

Con los mencionados requisitos básicos asegurados nos ubicamos en el nivel máximo, desde el punto de vista estructural, de las relaciones interdisciplinarias, que es la integración sistémica.

En este nivel de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. El sistema funciona si cada disciplina desempeña su función individualmente pero no independientemente.

Esta integración sistémica nos lleva a la orientación transdisciplinaria. En términos de Piaget (1982), la transdisciplinariedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común.

Enmarcar nuestra práctica desde un marco de abordaje interdisciplinario es altamente beneficioso para el paciente, ya que hay una modalidad de trabajo acordada y conocida por todo el equipo, lo que hace que la asistencia sea coherente más allá de que la brinden distintos profesionales, los pacientes y sus familias tienen referentes precisos, así se crean lazos de afectos y continuidad en el abordaje. La existencia de espacios de comunicación permite que la historia sea conocida por todos. Lo anteriormente mencionado permite que las decisiones consensuadas se transmitan a la familia como un mensaje único.

También se evidencian beneficios para los profesionales, ya que los intercambios disciplinares permiten el enriquecimiento mutuo

y transformación, aprendiendo de los otros, no solo de sus saberes sino también de la experiencia de tiempo en su trabajo, promueve la producción común y la cohesión de grupo, estimula la solidaridad lo que favorece la valoración de la tarea de los otros.

Para concluir, podemos decir (aunque implique resaltar lo obvio, como dice Alicia Stolkiner) que para poder lograr un trabajo interdisciplinario y “anudar” distintas disciplinas, es necesario conformar un grupo, que es mucho más que un conjunto de personas, es una estructuración de intercambios, anudamientos y desanudamientos (Stolkiner, 2005), dentro del cual el mayor desafío es el aceptar que el saber de nuestra disciplina por sí solo no puede dar respuesta a la situación problema que estamos abordando. Por lo tanto, en el encuentro con el otro es necesario un primer momento de entramado, de puesta en común de valoración de las propias limitaciones. Ello requiere humildad, respeto, solidaridad, empatía, escucha atenta y sin prejuicios para reconocer nuestra incompletud y allí reconocer al otro en su subjetividad y su discurso, en pos de la construcción conjunta.

Por último, es necesario mencionar que la importancia del enfoque interdisciplinario en la práctica fonoaudiológica permite abordar integralmente la problemática del paciente y su familia, desde todas sus variables y determinaciones, articulando saberes de distintas disciplinas pero incorporando e integrando también saberes no disciplinarios, escuchando compasivamente la preocupación de las familias e incluyendo su perspectiva en la ejecución del plan de tratamiento (lo que asegura la continuidad y adherencia al mismo) y no olvidarnos de que, como dice Carl Jung (1875-1961), “...conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.

Referencias bibliográficas

- Elichiry Nora (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa. Buenos Aires: Manantial (cap 9) Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias.
- García Rolando (2006): Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Barcelona: Gedisa.
- Gozzer, Giovanni (1984): Un concepto mal definido: la interdisciplinariedad, en Perspectivas, vol. XII Nro. 3. Barcelona.
- Menéndez, E (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Saude Coletiva, Vol. 8, Num 1. Rio de Janeiro. Brasil
- Menéndez, E (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención primaria. II Jornadas de APS. Buenos Aires.
- Stolkiner Alicia (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas- Misiones- Argentina.
- Vasco Uribe, A. (1987): Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia. Julio de 1987
- Laurell A, C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos médicos sociales. Rosario.

Datos de la autora

Yamile N Diaz es Lic. en Fonoaudiología - UNR. Profesora de Educación Especial en Discapacitados Intelectuales. Diplomada en Gestión de Salud. Posgrado en “Neuropsicología del Desarrollo”. Integrante del servicio Interdisciplinario “El Ángel”, que desde el año 2004 desde una modalidad de abordaje interdisciplinaria se especializa en la evaluación, diagnóstico y tratamientos de patologías del Neurodesarrollo, en el Hospital de Niños Zona Norte de la ciudad de Rosario.

Fonoaudiología en el tercer nivel de atención

Melina Fernández

El Tercer Nivel de Atención está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representan el último nivel de referencia de la Red de Cuidados en Salud.

Sus funciones principales dan respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios, ya sea en internación o ambulatorio en contextos diagnósticos y terapéuticos. Estos efectores consolidan mecanismos efectivos de articulación en procesos asistenciales garantizando el acceso a la atención en salud.

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez es referente en Trauma y Emergencia, Clínica – Quirúrgica de la ciudad y la región. Brinda atención a pacientes desde los 13 años. Ocupa el Tercer Nivel de Complejidad dentro de la Red de Salud Pública Municipal y Provincial. Está ordenado funcionalmente en la modalidad de internación por Cuidados Progresivos, brindando una atención integral e interdisciplinaria al paciente y su familia. Recibiendo usuarios que requieren atención por su complejidad, derivados de hospitales de segundo nivel y centros de salud (Primer Nivel). La descentralización es un eje de gestión de la Secretaría de Salud Pública. Ante la externación, continua el proceso de atención en el efector pertinente correspondiente a la Red de la Salud (consultorios externos, CEMAR, internación domiciliaria, centros de salud).

En este contexto, Fonoaudiología supone prácticas supervisadas, continuas, programadas, organizadas y enmarcadas en un Modelo de Atención por Cuidados Progresivos, coordinadas con los diferentes servicios y disciplinas que intervienen en el cuidado del pa-

ciente según la gravedad de la patología, y complejidades respecto de los requerimientos propios de cuidado.

El abordaje del paciente puede realizarse en cualquier espacio físico del propio efector, por Sistema de Cuidados Progresivos, dependiendo de la severidad del cuadro clínico y necesidades de cuidado: Unidades de Cuidados Críticos Intensivos, Cuidados Coronarios, Unidad de Quemados, Área de Cuidados Intermedios Altos (Moderados) o Cuidados Intermedios Bajos (mínimos).

Diferentes especialidades solicitan interconsultas para evaluación y tratamiento fonoaudiológico durante el proceso de atención: Clínica Médica, Neurología Clínica, Neurocirugía, Cardiología, Cirugía Torácica, Intensivismo, Neumonología, Kinesiología, Fisiatría y Nutrición.

Entidades como ACV reciente, trauma cráneo encefálico (TEC) e intoxicaciones medicamentosas pueden ser las causantes de injuria cerebral interpretadas como depresión del sensorio que requieren de intubación endotraqueal y vinculación a ventilación mecánica de forma inmediata; en muchos casos con acceso dificultoso de la vía aérea. En la Unidad de Cuidados Críticos, la caracterización de las vías aéreas artificiales es fundamental al momento de coordinar y evaluar actividades interdisciplinarias.

La traqueotomía se considera necesaria tras una intubación oro-traqueal mayor a diez días de requerimientos de VM; precoz, en situaciones de injurias traumáticas severas, en contexto de extubaciones frustas o fallidas, o cuando se prevé un destete dificultoso.

La realización de una traqueotomía tras 7-10 días de una asistencia ventilatoria mecánica se asocia con una potencial reducción de la duración de la ventilación y de los días de estadía en Terapia Intensiva, especialmente en pacientes con debilidad muscular generalizada severa o moderada (DAUCI - Debilidad Adquirida en UTI), fallo en la desvinculación o destete, reserva respiratoria limitada o situa-

ciones de aumento de la resistencia de la vía aérea.

Las intervenciones del profesional fonoaudiólogo durante el proceso de descomplejización de la vía aérea artificial hacia la refuncionalización de la vía aérea fisiológica son fundamentales.

La valoración fono-deglutoria es imprescindible para progresar desde una cánula de traqueotomía con balón a una sin balón y al consiguiente uso de la válvula fonatoria, como así también la posibilidad de seleccionar diferentes tipos de cánulas especiales (fenestradas, con puerto subglótico, endocánulas intercambiables, tipo Montgomery, entre otras), hasta lograr la decanulación oportuna. Cabe destacar que la traqueotomía impide el flujo aéreo a través de la glotis, lo que disminuye la sensibilidad glótica e impide el aumento de la presión subglótica durante la deglución. En este sentido, con el objetivo de contrarrestar dicho efecto deletéreo, puede aplicarse estímulo aéreo subglótico.

Las patologías más frecuentes que requieren intervención fonoaudiológica son disfagias y alteraciones del lenguaje, originadas por traumatismos de cráneo, ACV, enfermedades desmielinizantes agudas, lesión de pares craneales bajos y tumores, entre otras.

Sin embargo, existen complicaciones o lesiones asociadas a diferentes diagnósticos principales que suscitan de nuestra evaluación y tratamiento en un tercer nivel: pansinusitis y hemosenos en contexto de traumatismos maxilofaciales; erosiones o estenosis traqueales asociadas a intubaciones prolongadas, extubaciones fallidas o insuflaciones excesivas del balón; lesiones del nervio recurrente y fístulas traqueoesofágicas en traumatismos torácicos.

Respecto de las alteraciones del lenguaje, se aportan facilitadores de la comunicación con el paciente y su familia, realizando estimulación multisensorial hasta el diagnóstico definitivo de afasia. En pacientes traqueotomizados, puede estimularse precozmente, la fonación por fuga (tanto con equipos de ventilación mecánica de

tercera generación como en portátiles/domiciliarios) para facilitar la comunicación y favorecer el sistema respiratorio.

La disfagia es uno de los trastornos más importantes y el único que pone en riesgo la vida del paciente que requiere intervención fonoaudiológica temprana, debido a la serie de complicaciones que pueden derivarse como son la neumopatía por broncoaspiración de contenido orofaríngeo (saliva, secreciones, alimentos), desnutrición, deshidratación, ineficacia medicamentosa y hasta la muerte por asfixia. La evidencia indica que la evaluación de la deglución realizada por profesionales con entrenamiento, antes de iniciar la ingesta por vía oral, reduce el riesgo de que se produzcan las complicaciones ya mencionadas.

Para la evaluación de disfagia se realiza una exploración física, en donde se inspecciona la cavidad oral, registrando alteraciones o ausencia en la dentición, encías, mucosa oral y salivación. Se inspecciona y palpa la elevación laríngea al tragar, cierre de labios, presencia de residuos orales y en distintas estructuras de la boca, formación del bolo alimenticio, presencia de residuos en faringe, que el paciente refiere como sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta. También se consigna la necesidad o no de tragar varias veces consecutivas, por imposibilidad de tragar el bolo alimenticio de una sola vez. Se registran antecedentes de neumonías y pérdida de peso.

Se evalúan signos de disminución de la seguridad de la deglución como aspiraciones, que se pueden observar como tos, cambios de voz o carraspeo y aspiraciones silentes, que se manifiestan con disminución de la saturación de oxígeno.

La función oral motora y sensitiva se evalúa en los pares V, VII, IX, X, XII, a través de los movimientos de labios, cara, lengua, mandíbula y paladar. Se valora la masa muscular, fuerza, simetría y velocidad.

En pacientes traqueotomizados, para evaluar la deglución es ne-

cesario desinflar el balón y ocluir el extremo de la cánula, para reestablecer un sistema respiratorio cerrado.

Siempre se debe tener en cuenta el estado de conciencia del paciente al evaluarlo, el control postural cefálico y del tronco.

Cuando se lo considera necesario y dependiendo del estado general del paciente, se sugiere la realización de métodos complementarios objetivos para confirmar o ampliar lo advertido en la clínica, y llegar al diagnóstico de disfagia. En nuestro hospital, es posible realizar videofluoroscopia de la deglución (VDF). En términos técnicos la podríamos describir como “una exploración radiológica dinámica que permite observar y diagnosticar diferentes alteraciones de la deglución”. (Baraguan Castro y García Romero, 2017).

Esta exploración radiológica consiste en la ingesta por parte del paciente de diferentes bolos de alimento, en los que varía la consistencia y el volumen, al tiempo que se registra en video todo el proceso deglutorio con el uso de una máquina de rayos conectada a un sistema de grabación. Los bolos ingeridos llevan un contraste oral (bario), que permite observar el recorrido interno del bolo. Se brindan bolos de consistencia semisólida, sólida y líquida. De esta forma podemos saber si cierto tipo de bolos son seguros para el individuo o no. Si se evidencia pasaje de sustancia de contraste a vía respiratoria se suspende el estudio.

Cuando un paciente padece disfagia, puede darse el caso de que en una primera valoración no aparezcan síntomas claros. Uno de estos casos son las aspiraciones silentes, que son aquellas penetraciones de bolo sólido o líquido en la laringe, llegando incluso a los pulmones, sin que los mecanismos de defensa del paciente se activen, es decir, que no aparezca la tos y que el paciente no refiera molestia. Esta situación puede darse ante una reducción de la sensibilidad y activación de reflejos grave y puede dar lugar a neumonías o atragantamientos, poniendo en peligro la vida del paciente.

El problema de las aspiraciones silentes es que en un primer momento son muy difíciles de detectar. El uso de pulsioxímetros permite su detección en algunas ocasiones, pero pequeñas filtraciones que no reducen las lecturas de oxígeno del pulsioxímetro son detectables únicamente mediante la VDF. Es por esto y por la información de la movilidad de las estructuras que proporciona, que el uso de la VDF se está generalizando poco a poco dentro de los diferentes centros especializados en la rehabilitación de la disfagia, lo que permite mejorar el abordaje de esta patología.

Una vez abordado el diagnóstico de disfagia, se planifica la rehabilitación de la función deglutoria oral y la continuidad nutricional.

La rehabilitación consiste en recuperar la motilidad orofacial y mecanismos de defensa necesarios para deglutir. Se estimulan praxias orofaciales, sensibilidad intraoral y se incorporan maniobras facilitadoras de la deglución. Se debe favorecer la higiene oral en todo momento de la internación.

Para alimentar a los pacientes con disfagia, las indicaciones tienen que ver con la posibilidad o no de la ingesta de alimento por vía oral y de las texturas o consistencias oportunas. La intervención del paciente crítico resulta muy dinámica, por lo cual se deben adaptar las viscosidades, texturas y volúmenes del bolo según la evolución del tratamiento.

También es necesario participar activamente en la decisión del tipo de acceso del soporte nutricional: a través de sondas de alimentación (transitorias o permanentes). Dependiendo las necesidades del paciente, se indica la colocación de sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal para comenzar su nutrición, y se evalúa cuando es el momento oportuno de comenzar a estimular la función deglutoria por vía oral. Se sugiere la realización de gastrostomía o yeyunostomía cuando se presentan severas alteraciones deglutorias. Algunos pueden llegar a requerir nutrición parenteral.

En aquellos pacientes en donde se determine la seguridad para comenzar a estimular la vía oral, se comienza brindando alimentos de consistencia semisólida, mientras se aseguran los aportes nutricionales a través de la nutrición enteral. La dieta por vía oral debe avanzar paulatinamente hasta completar los requerimientos nutricionales y lograr suspender la nutrición enteral. Estas decisiones se toman de manera interdisciplinar.

El alta hospitalaria no siempre coincide con el alta fonoaudiológica. Por lo general, se externa con sugerencias para continuar el proceso de rehabilitación ya instalado hacia efectores de Segundo Nivel de complejidad, centros de rehabilitación integral o internación domiciliaria.

El abordaje de los pacientes en áreas de cuidados críticos requiere de un trabajo multidisciplinar e interdisciplinar, para ello es necesario conocer y manejar en profundidad conceptos y términos de cada disciplina y la relación con nuestras competencias. Por lo general, se necesitará interactuar con especialistas en Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirugía (general, plástica-reconstruktiva, de cabeza y cuello, maxilofacial y torácica), Kinesiología, Diagnóstico por Imágenes, Gastroenterología, Nutrición, Enfermería, Neurocirugía, Neurología, Fisiatría, Odontología, Salud Mental, Infectología, Neumonología y Trabajo Social, como así colegas que continúen el trabajo con el paciente luego de la externación.

En tanto, inmersos en un sistema de cuidados progresivos en el tercer nivel de atención, el abordaje transdisciplinar es tan o aún más importante que los anteriores descriptos. Los cuidadores principales, familiares, acompañantes, constituyen un pilar fundamental en la rehabilitación integral. Colaboran y aprenden simultáneamente de las indicaciones y sugerencias que proporcionan los profesionales, valorando así la conceptualización de cuidado.

Quizás sea el mayor desafío para el profesional fonoaudiólogo:

aprender a “moverse” en las unidades de cuidados intensivos, interpretar el monitoreo permanente, historias clínicas, planillas de indicaciones, hojas de enfermería, conocer y conciliar prioridades en los turnos de atención, respetar las normas de bioseguridad respecto de equipos de protección personal (EPP), como manipulación y eliminación de material contaminado y manipulación de elementos del paciente según área y entorno. Es una tarea que requiere de funciones superiores a la atención: educación continua, compromiso, empatía, respeto por la interculturalidad, representatividad y revaloración de nuestra profesión en y por los equipos.

Referencias bibliográficas

- Alves Mota L., Barbosa de Cavalho G., Almeida Brito V., Laryngeal complications by orotracheal intubation. July 22, 2010.
- Alvo A., Olavarría C., Decanulación y Evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos no – neurocríticos. Servicio de ORL, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. Enero, 2013.
- Baranguan Castro, ML; García Romero, R. Ros Arnal I. Utilidad de la videofluoroscopia en Pediatría. Vol 10, Nro 4, 2017.
- Cámpora H., Costilla M., Estol C., Kecskes C., Mastroberti L., Santamarina L., Weinberg M., Zurru M.C., Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Deglutorios y Nutricionales de los Pacientes con Accidente Cerebrovascular. Revista Argentina de Terapia Intensiva. Volumen 35. Año 2018.
- Clavé P., Arreola A. Método de la exploración Clínica Volumen – Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea. Novartis Medical Nutrition, editor. 2006.
- Clavé P., Terre R., Serra M. Approaching oropharyngeal dys-

phagia. Rev. Esp. Enferm. Dic. 2004.

Gallegos C., Bruto de La Fuente E., Clavé P., Costa A., Nutritional Aspects of Dysphagia Management. Advances in Food and Nutrition Research. Vol 81. 2016.

Lacombe P., Rol de Fonoaudiología en Emergencia y Trauma. Revista de Difusión Científica del Hospital de Urgencias de Córdoba. Nov. 2011

Martinez Tellez E.; Orus Dotu C.; Trujillo Reyes J.C., Traqueotomía en Pacientes Covid 19: un procedimiento necesario de alto riesgo. Hospital de la Santa Creu i Pau, Barcelona, España. Octubre 2020.

Matsuo K., Palmer J.B., Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2008; 19:691 – 707

Santafe.gov.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4

Fundacionheca.org.ar/hospital/quienes-somos/

Datos de la autora

Melina Perla Fernández es Licenciada en Fonoaudiología, UNR. Integrante del Servicio de Kinesiología y Rehabilitación del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Ciudad de Rosario. Integrante de la Unidad de Disfagia del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Ciudad de Rosario. Interconsultora en Disfagia con los efectores dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Videofluoroscopia para diagnóstico, tratamiento y seguimiento en Adultos. Red de Salud Municipalidad de Rosario.

