



# Fonoaudiología

INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS POSIBLES



# Fonoaudiología

INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS POSIBLES

## Agradecimientos

*A la Facultad de Ciencias Médicas, por este siglo dedicado a la educación y al cuidado de la salud.*

*A todas las personas que trabajaron colectivamente para la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología 35 años atrás.*

*A la comunidad educativa de la Escuela de Fonoaudiología, por el esfuerzo y el trabajo compartido.*

*Al Decano Jorge Molina, por celebrar y hacer posible este ansiado proyecto.*

*A las docentes, no docentes, estudiantes y colegas que escribieron las páginas de este libro.*

*A Ana Baldomá, porque este libro no hubiera sido posible sin su generoso andar.*

*A las personas que habitan nuestra Argentina toda, por darnos vida disciplinar a través de la necesidad de la salud fonoaudiológica, nada de esto hubiese ocurrido sin la demanda nacida en territorio.*

Fonoaudiología : Intervenciones y prácticas posibles / Ana Clara Isaías ... [et al.] ; contribuciones de María Fernanda Felice ... [et al.] ; compilado por María Carolina Campra ; Ana Clara Isaías ; ilustrado por Julieta Soraya Sandoval ; Leonardo Suárez Guzmán. - 1a ed. - Rosario : María Carolina Campra, 2021.

296 p. : il. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-86-8061-3

1. Salud. 2. Salud Pública. 3. Fonoaudiología. I. Isaías, Ana Clara II. Felice, María Fernanda , colab. III. Campra, María Carolina , comp. IV. Isaías , Ana Clara , comp. V. Sandoval, Julieta Soraya, ilus. VI. Suárez Guzmán, Leonardo , ilus. CDD 617.8

**Fonoaudiología.** Intervenciones y prácticas posibles.

Primera edición Enero 2021

Fervil Impresos. Santa Fe 3316. Rosario, Santa Fe, Argentina.

### **Idea y compilación:**

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

### **Colaboración y compilación:**

Lic. Natalia Agut

Lic. Julia Bertone

Esp. Fernanda Felice

Lic. Luciana Francesconi

### **Corrección:**

Lic. Marcela Alemandi

### **Diseño gráfico:**

Sandoval Julieta Soraya

Suárez Guzmán Leonardo

**Página de 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 permiso previo del editor/es y/o autor/es

# Índice

<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<i>María Carolina Campra y Ana Clara Isaías</i>	

## **PARTE I**

### **Historia, relatos y experiencias acerca de la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología**

Transversalidad histórica, académica y social en el proceso del desarrollo de la práctica fonoaudiológica y en la construcción de su profesionalización en la UNR	<b>21</b>
<i>Hilda B. Ogni</i>	
Una mirada acerca de la historia de la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología	<b>33</b>
<i>Mónica Lauría</i>	
Relato sobre la fonoaudiología en el contexto de la salud comunitaria: pasos, concreciones y desafíos	<b>38</b>
<i>Susana Villarreal</i>	
Homenaje a Ana Baldomá	<b>46</b>
<i>Susana Villarreal y Fernanda Felice</i>	
Fonoaudiología, desafíos actuales y nuevos horizontes	<b>51</b>
<i>María Carolina Campra y Ana Clara Isaías</i>	

## **PARTE II**

### **Intervenciones fonoaudiológicas para la promoción de la salud**

El derecho a la salud. Una mirada desde la fonoaudiología	<b>63</b>
<i>Julia Bertone</i>	
Intervenciones fonoaudiológicas para el cuidado de la comunidad	<b>69</b>
<i>Celina Jasinski</i>	
Las intervenciones fonoaudiológicas en la atención primaria de la salud	<b>74</b>
<i>María Fernanda Ginghamini</i>	

## **PARTE III**

### **La fonoaudiología desde la perspectiva de género**

Abordaje de la violencia familiar en la clínica fonoaudiológica. Posibles intervenciones <i>Yanina Sosic</i>	85	Los caminos de la voz <i>Verónica Calderón</i>	159
La fonoaudiología en el cuidado de los derechos de las infancias. Aportes desde una práctica fonoaudiológica intersectorial e interdisciplinaria <i>Carolina Mundani</i>	92	La educación audioperceptiva en el cuidado de la voz humana <i>Patricia Martínez y María Laura Sagrera</i>	164
Los aportes de la perspectiva de género en el contexto de las prácticas fonoaudiológicas <i>Victoria Arteaga</i>	98		
Fonoaudiología y lenguaje inclusivo <i>Luciana María Francesconi</i>	104		
<b>PARTE IV</b>		<b>PARTE VI</b>	
<b>Fonoaudiología: la especificidad del saber disciplinar y las prácticas clínicas</b>		<b>El abordaje de la comunicación y del lenguaje</b>	
Intervenciones fonoaudiológicas en el Hospital de Niños Zona Norte <i>Natalia Cuatrocasas</i>	113	La relevancia de la interacción dialógica en el abordaje clínico. El diálogo como imprescindible <i>Iliana Sancevich</i>	177
Pasado y presente en el abordaje de personas con problemas auditivos <i>Gabriela Dotto</i>	118	El abordaje psicomotor en los problemas de la comunicación humana. Su fundamento y mi experiencia en la clínica fonoaudiológica y la docencia <i>Raquel Fransolini</i>	182
Intervenciones fonoaudiológicas en el contexto del quirófano <i>Silvina Peralta</i>	124	La comunicación fluida. Una perspectiva para la prevención y atención de la tartamudez <i>Silvana Perfumo</i>	188
Evaluación y diagnóstico de la función vestibular <i>Lilian Frankel</i>	128	Fonoaudiólogos/as del siglo XXI: hacia una práctica profesional humanizante <i>Yanina Romani</i>	195
Desorden en el procesamiento auditivo central. Dificultades auditivas y audición normal <i>Viviana Casaprima</i>	135	Las alteraciones del lenguaje en el adulto: cuestionamientos en el devenir del proceso terapéutico <i>Claudia Ithurralde</i>	201
La fonoaudiología y los peritajes <i>Miriam Gómez</i>	144		
<b>PARTE V</b>		<b>PARTE VII</b>	
<b>El cuidado de la voz humana: intervenciones posibles</b>		<b>Aportes de la fonoaudiología a la educación y la inclusión</b>	
Laboratorio de la Voz: avance y jerarquización del área en las últimas décadas <i>Andrea Romano y Alejandra Santi</i>	153	Algunas reflexiones, una mirada acerca del abordaje de la diversidad <i>Gabriela Armellini</i>	213
		La fonoaudiología en el contexto de la educación especial <i>Susana Elbert</i>	217
		Discapacidad e inclusión: reflexiones y debates <i>Fernanda Felice</i>	224
		De construcciones colectivas <i>Cecilia Villarreal</i>	230

## **PARTE VIII**

### **La fonoaudiología en el contexto de la investigación científica**

Fonoaudiología y docencia universitaria: las representaciones sociales de los/as estudiantes sobre el futuro campo profesional	239
<i>Fabiola Capria</i>	
Fonoaudiología en escenarios alternativos	245
<i>Jimena Muratore</i>	

## **PARTE IX**

### **La construcción del conocimiento en la formación académica**

La importancia de las prácticas preprofesionales en la formación de los/as futuros/as fonoaudiólogos/as	257
<i>María Fernanda Saracco</i>	
La construcción de las concepciones acerca de la salud y la praxis fonoaudiológica: reflexiones y debates en tiempos de pandemia	262
<i>Rita Ricca e Ivana Rubinich</i>	
Actos de lectura sobre portadores de texto (versión papel y digital) que reconocen los niños que asisten al preescolar	269
<i>Cecilia Berenguer</i>	

## **PARTE X**

### **Reflexiones de la comunidad docente**

Docentes de la Escuela de Fonoaudiología	279
--	-----

## Introducción

**María Carolina Campra y Ana Clara Isaías**

**T**ranscurría marzo del año 2020. Ya se escuchaban algunos comentarios por la inminente medida nacional de aislamiento social y preventivo obligatorio (ASPO), la circulación de docentes y no docentes dentro de la facultad había disminuido porque muchos tenían que quedarse a cuidar a sus hijos/as (las escuelas primarias y secundarias ya no estaban funcionando).

Miércoles 19 de marzo, 16hs. en la dirección de Escuela de Fonoaudiología. Nos tocaron la puerta para que cerráramos la dirección ya que se había reducido el horario en el que quedaba abierta la facultad, porque comenzaban a regir algunos cuidados preventivos por el COVID-19. Nos preparamos, sacamos las últimas carpetas y cerramos con llave. Fuimos a secretaría, nos despedimos del único secretario que estaba yendo por esos días y emprendimos el retorno a casa. Ese miércoles fue el último que estuvimos allí, porque se declaró el ASPO en todo el territorio nacional.

La Facultad de Ciencias Médicas cumplía cien años y nuestra Licenciatura, su trigésimo quinto aniversario, acontecimientos que merecían ser celebrados. Sin embargo, las actividades programadas y los festejos quedaban por lo menos solapados detrás de una situación social inesperada que ponía en el escenario otras urgencias. A partir de allí, todo cambió: llegábamos a percibir que lo que se asomaba era algo sin precedentes en la historia de nuestro país, pero no podíamos vislumbrar hasta dónde nos llevaría esta coyuntura. La virtualidad nos ofrecía un vehículo demasiado efímero en el tiempo como para plasmar el abanico de facetas que queríamos dar a conocer de nuestra Licenciatura, y fue como efecto de esa sensación sutil, como algo que se deslizaba por nuestras manos, que ocurrió el deseo fuerte de construir una propuesta que pueda ser concreción perdurable en el tiempo: un libro.

Entrábamos entonces en otras preguntas: ¿libro para qué, para quiénes? Lo que comenzamos a vivir cada día nos llevó a sentir que teníamos que

reflejar en los capítulos, además de cada uno de los campos, funciones, áreas de nuestra disciplina, la transformación ineludible que de manera abrupta comenzamos a experimentar. Es por eso que encontraremos en estas páginas las muchas aristas de la fonoaudiología que van apareciendo y se entrelazan con aquellas de otros tiempos. Las actualizaciones, la profundización en las áreas específicas y la actitud receptiva a lo que vendrá, realzan y jerarquizan la disciplina, y dan apertura a una realidad que no se queda quieta y que, sin pedirnos permisos, nos posiciona en otro lugar en el vasto campo intra e interdisciplinar. Era necesario que este libro pudiera ser contado desde sus actores y actrices porque el discurso propio de la fonoaudiología es una construcción lograda en estos 35 años, lo cual ha puesto de manifiesto nuestros límites pero también nuestros horizontes. De acuerdo con Van Dijk, “la elaboración de teoría, la descripción y la explicación, también en el análisis del discurso, están *situadas* sociopolíticamente, tanto si nos gusta como si no”. (1999, pp. 23). El discurso académico–disciplinar, por lo tanto, nos convoca a seguir elaborando nuestra propia identidad sin negar la vinculación entre el trabajo académico y la sociedad que nos ubican en tiempo, espacio y realidad. Las reuniones de planificación en las primeras horas de la mañana dieron paso a la planificación del proyecto-libro. La tarea de gestión, las actividades docentes, no docentes y estudiantiles habían cambiado la modalidad rotundamente. La duda y la incertidumbre se habían apoderado de esos días y, con ellas, la seguridad de estar frente a las nuevas gestas que sería imposible no contar, que tarde o temprano llegarían a modificar, modelar nuestro innovador contexto global y particular. Se agregaban entonces nuevos capítulos a esta obra.

Abril. Los/as destinatarios/as del libro también fueron apareciendo claramente. Escribir pensando en el interlocutor es la posibilidad de transformar las palabras en un mensaje. Las imágenes de las posibles personas que podrían anhelar tener este libro entre sus manos, fueron muy variadas, pero fundamentalmente tenían algo en común, amar la trama de la fonoaudiología, aunque sea en algún detalle. Esta idea originó una multiplicidad de destinatarios que fueron apareciendo: colegas, compañeros/as, amigos/as, directivos/as, estudiantes, docentes, no docentes, pacientes y la comunidad. Empero, principalmente el destino seríamos nosotros/as mismos/as, quienes fuimos parte del recorrido y quienes lo están siendo por estos días, transformando el andar por los pasillos en ventanas virtuales que acentúan la añoranza del abrazo.

Mayo. Una de esas mañanas en las que empezábamos a volver a nuestro lugar de trabajo, siguiendo todos los protocolos de seguridad, llegamos al hall vacío de nuestra Escuela de Fonoaudiología. El frío, los carteles caídos,

el silencio majestuoso, las puertas cerradas, cristalizaron la necesidad de decir. Fue entonces que tomó fuerza la planificación del proyecto como estrategia para crear el futuro libro.

Junio. Por esos días, entre definiciones de la toma de exámenes virtuales, capacitaciones de aulas virtuales y andamiajes diarios para la elaboración de recursos didácticos con las nuevas tecnologías, salió la nota dirigida al decano Dr. Jorge Molinas para pedir la autorización pertinente y la posibilidad de asignar los recursos necesarios para concretar la edición del libro. Ese mismo día recibimos no solo la aceptación de la propuesta, sino un mensaje de acompañamiento reafirmando que esta construcción era un acierto institucional que valdría la pena alcanzar. Este primer paso no intenta caer en la banalidad de una propaganda política de turno, pretende brindar al/ a la lector/a al menos dos valoraciones: en primera instancia, la mirada revalorizadora de quien bien hubiera podido responder sin opinión alguna, al son del viejo paradigma médico-hegemónico. Por otro lado, la atrevida aceptación de sostener económicamente un proyecto en medio del caos imperante en todos los sentidos que uno pueda imaginar, dentro de la Facultad más grande de la Universidad y la más estrechamente vinculada a la pandemia.

El paso que continuó fue la búsqueda de autores/as. La seguridad del espíritu colectivo del proyecto dio paso a un interrogante: ¿cómo hacer para que en pocas páginas estuvieran representadas todas las voces? Entonces se dio comienzo a la programación de un índice, intentando la máxima amplitud en la búsqueda de sus escritores/as pero asumiendo el límite concreto de la extensión posible. Una de las premisas, que fue el pilar en la convocatoria, era la pertenencia a nuestra Escuela o la gran cercanía a la misma, teniendo que verse reflejados los cuatro claustros que la componen, sin los cuales habría un presente imposible de pensar. Y así se convocó, con la incertidumbre hecha esperanza de respuestas favorables y el propósito de contagiar la alegría de escribir en medio de un contexto desolador y algo temerario.

Julio-agosto. Meses impregnados de regresiones. Aparecía la creciente curva de casos por Covid-19 en nuestra ciudad, y con ella la ansiedad de la espera, el cansancio de compañeros/as docentes que estaban al frente de servicios de salud en pandemia, estudiantes que comenzaban a necesitar respuestas y certidumbres en medio de retrocesos, la tarea de gestión que entraba en una dimensión desconocida de contención y descompresión de situaciones variadas. Estaban muy presentes, en todos los comunicados semanales, los pedidos de emergencia sanitaria de los agentes de salud expresando, ante todo, el cuidar la vida para que no se llegara al colapso



del sistema de salud local. Y, una vez más, el libro ganaba lugar como herramienta de comunicación y cumplía un objetivo impensado: mantener la atención en un proceso creativo que dio lugar a la distensión y disminuyó la sensación de aislamiento y soledad desde la compañía de pensarnos en esta obra colectiva.

Es cierto que un libro es algo estanco en el tiempo y que probablemente quede guardado en algún rincón de las bibliotecas, sin ser leído a medida que se abran los nuevos capítulos que seguirán a los días, pero también es la escritura la que nos permite recordar, releer, rever, valorar, analizar, comprender, contextualizar, y continuar el camino, pudiendo darle un sentido histórico-político al proceso disciplinar. Conocer el origen permite hacer consciente la identidad y brindar el reconocimiento frente a otros/as. De acuerdo a Guzmán Palacios (2007), la construcción y deconstrucción de la identidad de las disciplinas se logra mediante el análisis de la ideología (representaciones del cuerpo de conocimientos), los roles profesionales en su relación con el otro (pacientes y otras disciplinas), el código ético, la reconstrucción de la historia, la identificación y la diferenciación con otras disciplinas, la consolidación o crisis de identidad, y todo esto opera permanentemente en un juego de poderes dentro del campo, que nos permite poder evolucionar y trascender las distintas etapas del tiempo y de la historia. Poder revisar, identificar, priorizar y cambiar, es la posibilidad de no morir y de perdurar acorde a las circunstancias y al avance irrefrenable de las ciencias y del tiempo. Partimos del origen, sin el cual no hay presente ni futuro posible, sin (re) conocer nuestra historia, la identidad que nos constituye como sujetos/as colectivos/as e históricos /as. Compartir experiencias clínicas, educativas, científicas, de gestión redundan en un invaluable aporte a la construcción de nuestra hermosa profesión. Los discursos académicos y experienciales entran en construcciones inter y transdisciplinarias en espacios intersectoriales, que reflejan la complejidad de la comunicación humana en los procesos de salud-enfermedad.

Septiembre. El contexto sanitario global dio lugar a una serie de prácticas, que al parecer llegaron para quedarse. La teleeducación y teleasistencia han cambiado sustancialmente el modo de “hacer” fonoaudiología y han impactado en nuevas construcciones en materia administrativa y legal. En este escenario, el uso de las tecnologías para la comunicación y la información se ha resignificado como mediador del accionar terapéutico y educativo; a la vez que se han expandido los límites geográficos, lo que amplió las redes de vínculos posibles.

Octubre. Finalizaba el plazo para la entrega de los escritos y se hacía sentir la emoción frente al esfuerzo en lograr la producción que daría paso

a la obra completa. Llegaron los capítulos en sus diversos estilos, temas e improntas personales. Muy heterogéneos como la disciplina misma, yendo en el sentido de ampliar las fronteras de la propia disciplina. Explorar los espacios ganados recientemente y los territorios por conquistar nos proyectan firmemente hacia la fonoaudiología del siglo XXI.

Tras 35 años de luchas colectivas, los macro-espacios de participación fonoaudiológica son el marco y la red de sostén que aseguran permanencia y continuidad a la disciplina y la profesión. En consecuencia, se han logrado recientemente conquistas académicas y profesionales que aportan grandemente al crecimiento de la fonoaudiología. La inclusión en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior, la inminente evaluación/acreditación de nuestra carrera (por parte de la CONEAU) con el consecuente cambio curricular, la reciente aprobación en el Congreso de la Nación de la Ley Nacional de Ejercicio Profesional, configuran nuevas realidades a construir.

Noviembre. Se tiñe de sueño cumplido. Se reafirma el deseo de que estas páginas puedan ser historias de nuevos tiempos y de que la disciplina pueda refundarse cada tanto para poder abrir nuevas puertas y generar nuevos espacios-horizontes. La libertad de elegir cómo transitar la profesión se traduce en la pasión del accionar diario y en la oportunidad de transmitir el poder enorme que tiene la comunicación humana en tantísimos sentidos.

El agradecimiento infinito a todas aquellas personas que estuvieron, están y estarán aportando su presencia de muchas maneras para que la fonoaudiología sea un camino posible. Agradecidas de corazón por confiar y acceder a la reconstrucción escrita de nuestro andar. Mirar estas páginas, que tienen vida, historia y amor, y después, a escribir las que vendrán.

### Referencias bibliográficas

Van Dijk, T. A. (1999). “El análisis crítico del discurso”. *Anthropos* (Barcelona), 186, septiembre-octubre, p. 23.

Huertas, F. (1996). *El método PES. Entrevista a Carlos Matus*. La Paz: Cereh.

Guzmán Palacios, L. A., (2007). “La construcción de la identidad profesional docente. Estudio cualitativo sobre la construcción de la identidad profesional de los estudiantes de pedagogía en programas de formación inicial de profesores de carácter público y privado. Universitat de Girona”. Recuperado en: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482110/tlagp\\_20180228.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482110/tlagp_20180228.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

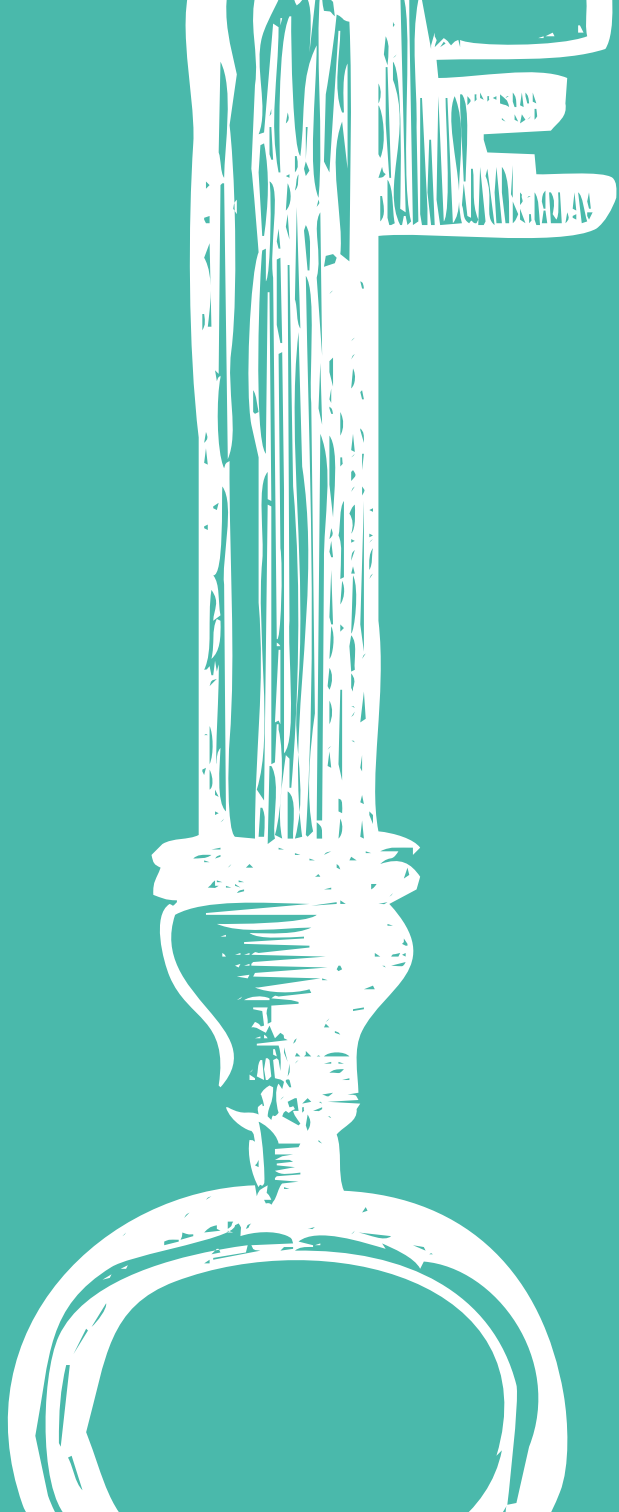
## **PARTE I**

**Historia, relatos y experiencias acerca de la  
creación de la Licenciatura en Fonoaudiología**

*«El lenguaje nos da el sentimiento y la conciencia de pertenecer a una comunidad. El espacio se ensancha y el tiempo se alarga: estamos unidos por la lengua a una tierra y a un tiempo. Somos una historia.»*

**Octavio Paz**





## **Transversalidad histórica, académica y social en el proceso del desarrollo de la práctica fonoaudiológica y en la construcción de su profesionalización en la UNR**

**Hilda B. Ogni**

**A**l escribir este aporte intentando desentrañar los hitos más importantes de nuestra profesionalización sentí un invaluable privilegio, nostalgia y mucha emoción por retrotraerme a vivencias y experiencias compartidas con entrañables compañeros docentes que permiten reconocernos en el desempeño profesional, muy caro a nuestros sentimientos.

En primer lugar, debo señalar que la Facultad de Ciencias Médicas cumplió los cien años de vida y para mí, que la he transitado como alumna, docente y en un cargo de gestión durante diez años, siempre será un motivo de orgullo festejar su fructífera y reconocida trayectoria académica.

En segundo lugar, quiero manifestar nuestra alegría y satisfacción porque celebramos el trigésimo quinto año de la creación de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología en la Universidad Nacional de Rosario (CSP N°204/85), cuyo título profesional obtuvo validez nacional por Resolución Ministerial (N°1429/99). La misma ostenta el prestigio de haber sido la primera en una universidad estatal como carrera básica profesional que sustentó un novedoso perfil con sus respectivas incumbencias profesionales. En ese momento, esencialmente diferente de los otorgados por universidades de gestión privada con un título intermedio.

### **Transversalidad y su incidencia en la construcción de la profesionalización**

El derrotero de la fonoaudiología se encuentra inmerso en innumerables sucesos históricos, políticos, sociales del país que han incidido en la educación superior y, en consecuencia, en la institución educativa con su sustantivo impacto en la construcción de la profesionalización.

Contextualizar esta realidad, que afectó el “*hacer*” profesional, a aquellos que participamos como actores sociales desde el ámbito académico-gremial

nos genera aún hoy sentimientos encontrados ante la certeza de lo difícil que resulta caracterizar un entramado de fenómenos sociales, culturales e ideológicos que convergieron para producir la ruptura de paradigmas y una profunda revisión de la calidad de formación universitaria en nuestro dominio disciplinar.

Enfocaremos estas relaciones desde una transversalidad divergente en varios ejes que se vinculan, por un lado, con la macro-estructura universitaria, la institución educativa formal, paradigmas subyacentes y leyes regulatorias y, por otro, con los mecanismos que en su funcionamiento resultaron disparadores en el endogrupo para concebir las transformaciones específicas de gran impacto profesional y social.

En este indispensable recorrido deberíamos resaltar que la carrera de Medicina se formalizó en el nivel educativo superior con dependencia jurisdiccional de dos universidades de la región, la Universidad Nacional del Litoral (UNL) y posteriormente, la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ambas universidades fueron atravesadas por transiciones ideológicas y políticas en cuanto a su normativización, con su potente influjo en la traza organizacional de la facultad y, por ende, en la carrera.

En este sentido, se destacan los diferentes modelos regulatorios diseñados y las "...nuevas orientaciones para la educación superior en un denso conjunto normativo (...) como el reconocimiento de títulos de carreras y acreditación de las mismas, legitimadas por diversas leyes ministeriales" (Marquina, M. 2020).

La UNL, creada en 1919 en Santa Fe, constituyó un hito trascendente por la entrega a las autoridades, en abril de 1920, del edificio conformado por la Escuela de Enseñanza de la Medicina, anexada al Hospital Escuela del Centenario de Rosario. Ese mismo mes se iniciaron las actividades académicas.

Este proyecto educativo de la UNL nació bajo el impulso de la Reforma Universitaria de 1918 y tuvo como marco los invalorable principios reformistas: democracia, autonomía universitaria, cogobierno con participación del movimiento estudiantil, la laicidad, la periodicidad y libertad de cátedra, con su notable impronta en todos los órdenes de formación educativa superior.

La segunda dependencia está referenciada con la Universidad Nacional de Rosario, que fuera creada en 1968 por Ley N° 17.987, considerada un acontecimiento de trascendencia nacional y regional, en especial para la ciudad de Rosario. Sin embargo, este proyecto educativo se produjo en el marco de la llamada Revolución Argentina, con estrictas normativas para modificar sustantivamente el Sistema de Educación Superior-Ley Universitaria de Onganía (N° 17245).

La UNR constituyó, por estatuto, la Facultad de Ciencias Médicas, que incluyó no solo a la carrera de Medicina, sino a las de otras disciplinas del área salud, Bioquímica y Farmacia, Escuela Superior de Enfermería, Obstetricia, Fonoaudiología y la Escuela de Trabajadores Médicos Sociales.

Asimismo, es importante subrayar que la facultad estuvo designada con distintos nombres: Escuela de Enseñanza de la Medicina primero, luego Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, Farmacia y Ramos Menores y finalmente Facultad de Ciencias Médicas; nombres fuertemente indicativos de una concepción histórico-ideológica en cuanto a la proyección de carreras dictadas en su ámbito, y que guardan estrecha vinculación con nuestro propio acontecer como disciplina del área salud.

Fonoaudiología, en esa esfera institucional, experimentó diversas categorías académicas, algunas debido a su propio desarrollo, pero otras no. Así, podemos reconocer tres estadios: el primero, la refiere como curso (1960-1970), luego como carrera universitaria (1971-1975) y el tercero la inserta en el Departamento de Fonoaudiología (1976-1977), integrando conjuntamente los otros departamentos de la carrera de Medicina. Finalmente, se la distinguió como Escuela, con su singular influencia y específica individualización en el campo educativo superior, lo que ofreció una mayor pertinencia de autonomía en cuanto a decisiones académicas y otras de ejecutividad administrativa.

En esa época, ya siendo Escuela, su actividad se desarrollaba en un reducido espacio físico cedido en préstamo por la cátedra Preventiva, donde funcionaba la Dirección, Secretaría y Sala de Profesores. Ulteriormente, para ampliar y optimizar su funcionalidad, se otorgaron varios espacios en el *CUAS I* (Resol. CD N° 680/88); uno especialmente recibido con mucho beneplácito para el traslado de Dirección y la Secretaría en el año 1990. Cabe destacar que, a través de reiteradas gestiones en la Secretaría Edilicia de la UNR, se había resuelto asignar íntegramente el *CUAS II* como asiento definitivo de la Escuela, y se contaba con la resolución respectiva. Dada la implementación del nuevo Plan de Estudios de Medicina, el Decanato lo reasignó a esta carrera.

Muchas de las características enunciadas, unas más flexibles y otros invariables, ciertamente han impactado en nuestra consolidación académico-institucional. Se hace imposible no resaltar la participación de todos los claustros que, con la creatividad suficiente, se sobrepusieron para paliar la escasez de "potencial humano" - considerado así desde una concepción humanística y de la economía social- el insuficiente equipamiento instrumental e infraestructura edilicia.

Por ello, la continuidad entre el pasado y el presente demanda una

cuidadosa lectura del entrecruzamiento de estos ejes con los marcos conceptuales inherentes a los proyectos educativos sobrevenidos y, particularmente, a los planes de estudio en sus lineamientos curriculares que, con diversa magnitud, mediaron en la calidad de la práctica en un campo simbólico del saber.

Fonoaudiología, en su legitimación académica, estuvo atravesada desde sus mismas raíces por fuertes paradigmas que remiten a dos núcleos de intensa gravitación: el primero relacionado a la autoridad/tradición y el segundo a un *saber* y un *hacer* de otro –médico– omnipresente cultural y socialmente. Asimismo, es necesario reconocer la subsistencia de prejuicios que han otorgado un valor diferente a las ramas denominadas “conexas”, desprendidas del tronco madre: la medicina; “*rasgos*” que han tenido su potente correspondencia en la construcción de una identidad diferenciada en el campo de las ciencias de la salud. Por lo antedicho, no se puede dejar de contrastar el predominio de una cosmovisión ideológico-político-académico-social en un campo simbólico del *saber*, perfileado en la medicina, que configuró un particular *contexto discursivo* con su inconfundible y profunda huella en nuestro *hacer*.

El primigenio cimiento formativo estuvo construido por un corpus definido y consensuado de conocimientos como sub-campo interdependiente de la especialidad de otorrinolaringología, vinculado a una restringida autonomía y, en consecuencia, a una manifestación acotada de un *saber*, un *decir* y un *hacer* disciplinar.

La carrera universitaria de Fonoaudiología con carácter técnico-auxiliar estuvo ceñida a una dependencia de formación y capacitación, como colaboradores del profesional médico, lo que la remitía una vez más a los intensos paradigmas que la han denotado desde su surgimiento. Esta problemática latente que acaecía y sensibilizaba a la comunidad fonoaudiológica, esencialmente, remitía al control de las prácticas.

La primera normativa al respecto fue la Ley Nacional del Arte de Curar sobre el Ejercicio de la Medicina, que data del año 1944 (N° 12.912/44 Decreto número 6.216/44) y que fue luego reemplazada por la Ley N° 17.132 en enero de 1967. Según esta legislación, los fonoaudiólogos podían actuar únicamente por indicación y bajo control médico. El profesional fonoaudiólogo se veía impedido de efectuar diagnósticos, indicar tratamientos y pronósticos fonoaudiológicos dependiendo, para la atención de pacientes, de una previa prescripción y/o indicación médica, lo que afectaba la praxis disciplinar y, en consecuencia, a los usuarios requirentes de la práctica.

Esta regulación nacional se hacía extensiva al orden provincial, por la inexistencia de una que fijara los alcances de la disciplina por parte de las

autoridades competentes locales. Aquí señalamos otro hito de la comunidad fonoaudiológica santafesina al haber propiciado la Ley N° 9981 “Ejercicio profesional de la Fonoaudiología” y la creación de Colegio de Fonoaudiólogos de Santa Fe; esta ley aprobada el 11/11/86, promulgada el 12/12/86 y publicada en el Boletín Oficial en enero de 1987 determinó que fuese la primera provincia del país en contar con el régimen legal del ejercicio profesional de la fonoaudiología, conjugando así el poder de ejercerla de manera autónoma en los niveles establecidos para la atención de la Comunicación Humana y que el control del ejercicio de dicha profesión y de la matrícula respectiva estuviera a cargo del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe.

Este acontecer a lo largo del tiempo fue generando una auténtica toma de conciencia por los propios actores del *hacer*, y pudieron reconocerse los inagotables conflictos surgidos respecto a la formación y capacitación disciplinar, la condicionada autonomía y, sobre todo, la consolidación de la identidad, entendida como el conjunto de circunstancias que diferencian y contrastan una profesión respecto de otra.

Guy Rocher expresa que “un cambio social de una profesión es un fenómeno colectivo que afecta las condiciones o modos de vida y la mentalidad de un número importante de personas e implica un cambio de estructuras, todo cambio social se relaciona con un proceso, el cual, a su vez está relacionado con una serie de factores o elementos que por el mero hecho de existir producen cambios, y agentes o actores sociales cuya acción está animada por objetivos, intereses, valores e ideologías, sin los cuales no es posible producir un cambio social”. (Rocher 1976)

La complejidad creciente de los problemas relacionados con la específica demanda social en el dominio de la *comunicación humana* y, en el más vasto sentido, preservar la salud fonoaudiológica fue exigiendo para sus soluciones un cúmulo de *saber* más especializado. La ampliación de un *saber* supeditado a una mayor calidad educativa permitiría dar cuenta de nuevos procedimientos en el *decir* y el *hacer* de la práctica, y aseguraría interpelar con rigor científico nuestro objeto de conocimiento.

Este *saber* *posibilitador*, para el desarrollo de un *decir*, fue identificado como un saber proveniente de varias y diferentes vertientes, cada una de ellas aportaba su recorte de saberes y se ponía de manifiesto en un *hacer* impregnado por una carga de significaciones individuales, institucionales y sociales, lo que remitía además a una praxis en su doble sentido: un quehacer en un dominio específico y como manifestación de una ética referida a la misma identidad profesional; ambos coexistentes con un *deber ser* imaginario que, gradualmente, había sido construido individual y socialmente en el interior de la comunidad profesional.

## Avances para la concreción de la profesionalización

La comprensión de esta transversalidad histórica, política, académica, cultural y social fomentó actitudes propositivas en la comunidad fonoaudiológica, lo que incrementó el sentimiento de pertenencia y estableció una precisa meta con específicas acciones operativas para producir las transformaciones indefectibles en el ámbito educativo y alcanzar el objetivo final de la creación de la Licenciatura.

Esta iniciativa fue viable por la existencia de una *masa crítica*, cuyo origen se remonta a la década de 1970, y que, con una visión integrativa académico-gremial, forjó el indispensable espacio de re/significación y re/visión crítica sobre la identidad y la labor profesional. Del mismo modo, se trabajó con la suficiente perspicacia para comprender el sentido, la oportunidad y pertinencia de decisiones complejas que posibilitaran la construcción del nuevo perfil profesional.

Con el advenimiento de la democracia se inició el proceso de Normalización de las Universidades Nacionales, entre 1984 y 1986. El Decano Normalizador, Dr. Carlos Aiello, me designó como Directora de la Escuela de Fonoaudiología en el mes de febrero de 1984, para ese período (Resol. CD. N° 154/90). Nuestra gestión inmediata fue lograr la reincorporación a la vida académica de la mayoría de los docentes rentados y *ad-honorem* cesanteados en 1976, prevista por la Ley N° 23.068 promulgada por el Presidente Dr. Raúl Alfonsín, conforme a la Reforma de 1918.

Debemos hacer hincapié en que muchos de nosotros retornábamos a la docencia luego de casi ocho años de alejamiento forzado y, por otro lado, marcar los dificultosos trámites ante las autoridades para incorporar a aquellos compañeros expulsados de la universidad –aplicación de la Ordenanza Sánchez Matorras- quienes habían debido exiliarse al igual que muchos alumnos de la carrera, por estar en riesgo su propia vida y la de su familia.

En estas primeras instancias se procedió a solicitar la creación de la Sub-Comisión de Cambios Curriculares (CCC), integrada por las Fgas. Hilda Ogni como Directora, Nilda Ramírez, María del Carmen Zaniboni y Adriana Jannelli en representación de los docentes, la Lic. María Cristina Bisbal por graduados y la estudiante Marta Oliva por el alumnado (Res. CNC N° 413/84). Rescatamos, en estos primeros pasos, otro importante jalón en nuestro devenir académico, pues por primera vez pudimos tener representación de Fonoaudiología en el Consejo Académico Normalizador Consultivo de la Facultad (CNC) con voz y voto. Este hecho inédito permitió integrarme como consejera (Res. CNC N° 445/84) y gestionar, en ese recinto de decisiones, todo lo atinente a las inmediatas necesidades de la carrera.

Al mismo tiempo, posibilitó la apertura a nuevas acciones representativas en distintas áreas académicas y la participación de docentes, alumnos y graduados, que pudieran ser electos, como consejeros en el órgano máximo de la facultad.

La CCC comenzó entonces con la ineludible y sistemática búsqueda de resolver con prontitud la elaboración de la nueva currícula, que contemplara los rasgos que reforzaban la identidad, respaldada en la cultura simbólica y organizacional del endogrupo. Esto requería hacer una sistemática revisión de los hitos histórico-académicos acaecidos y su correlación con los que habían dejado importantes huellas en el trayecto educativo. Entre ellos, podemos mencionar:

A. 1971- Director de la carrera Prof. Titular de ORL, Dr. Juan C. Triputti, quien elevó un nuevo Plan de Estudios de carácter técnico-auxiliar de tres años de duración, que fuera aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas (Resol. CD N° 270/71) y, posteriormente, por la UNR (Resol. CS. N° 60/71) estando en vigencia durante dos años.

B. 1973- Se designó como Interventora de la carrera a la Fga. Nilda Ramírez, lo que configuró un hecho que se debe ensalzar por su notabilidad institucional para Fonoaudiología porque por primera vez se situaba al frente de la estructura educativa a un profesional disciplinar. Durante su gestión se obtuvo la Equiparación Automática a Nivel de Título Universitario para los diferentes certificados, desde 1960 y hasta 1972 inclusive (Resol. CD. N° 537/73), otorgada por la UNR (Resol. CS N° 60/73). También en esta gestión se produjo la revisión del Plan /71, se introdujeron modificaciones curriculares para mejorar el proceso educativo desde otra visión conceptual incluyendo nuevas asignaturas y modificando algunas existentes. La propuesta fue reconocida por parte de la facultad y su dictado se implementó en los dos ciclos lectivos 74/75. Sin embargo, la tramitación de la aprobación por la UNR quedó inconclusa por el golpe de estado del 76.

C.1973- Conformación de una Bolsa de Trabajo por decisión unánime del claustro docente. Se resolvió implementarla a nivel extramuros de la facultad, para superar una grave crisis, por la cantidad de docentes *ad-honorem* y un mínimo de cargos rentados, era el objetivo que cada docente cobrara una remuneración por su labor con paridad remunerativa. Este esfuerzo solidario logró sostener el funcionamiento académico de la carrera hasta la asunción del gobierno de facto (marzo76).

E. 1976- Intervención de la Carrera de Fonoaudiología. Se designó

al frente de la misma a un Otorrinolaringólogo, el Dr. Ardizzi, (Resol. N° 372 L 44/73) y en simultáneo, lo más doloroso e inaceptable: se establecía la “Transformación de la Carrera a Curso de Fonoaudiología” a dictarse en la Sala X del Hospital Centenario.

F.1976 - Cesantía de la gran mayoría de los docentes, producida en dos oportunidades, una en marzo de 1976 (Resol. 72 L.42 / 76), y la otra en noviembre del mismo año (Resol. N° 372/73). Sin ningún sumario previo o fundamentación administrativa – propio del accionario ilegal de delegados interventores como representantes de un gobierno de facto–.

G.1976- Designación del Dr. J. Minetti (ORL) como Director de la Escuela. En el trascurso de su gestión se elaboró un nuevo plan de estudios (Plan de Estudios/79) que fuera aprobado por el Consejo Directivo y que no fue remitido para su reconocimiento legal a la UNR, estando en vigencia durante cinco años.

En 1984 se inició la gestión ante la universidad para la aprobación de este plan de estudios por el severo perjuicio académico para el alumnado cursante y egresados de esa carrera; sin esta previa aprobación se hacía imposible en forma posterior gestionar y elevar el Plan de Licenciatura.

Consecuentemente, comenzó otro dinámico proceso de análisis enfocado en las acciones y objetivos de proyección académica donde se establecieron además, las posibles estrategias institucionales con la pretensión de sostenerlas más allá de las contingencias de tiempo y espacio.

En el trascurso de 1984, la *masa crítica* con diversos niveles de ejecutividad tuvo a su cargo la implementación de consultas con docentes, estudiantes y graduados, la organización de talleres y un específico seminario “La Fonoaudiología y sus Interdisciplinas en Salud y Educación”, que contó con la participación de diferentes especialidades médicas y de educación. Dicho seminario se realizó en el Centro Regional de Investigación y Desarrollo de Rosario (CERIDER), fue auspiciado por la Secretaría Académica de la UNR y obtuvo la colaboración del Secretario de Tecnología de Pedagogía Universitaria, quien dispuso para su desarrollo el sistema de circuito cerrado de TV a fin de favorecer la participación activa de los inscriptos (diciembre de 1984).

La CCC de la escuela cotejó todos los aportes de especialistas del área de educación que brindaron sus conocimientos pedagógicos y, asimismo, los documentos provenientes de Mesas de Trabajo Gremial AFAF (05/ 84), un primer Reglamento del Ejercicio Profesional de la provincia de Santa Fe elaborado y elevado a la Legislatura para su tratamiento (10/12/84)

y un Anteproyecto de Licenciatura confeccionado conjuntamente por la Asociación de Foniatras, Audiólogas y Fonoaudiólogas de Rosario (AFAF) y la Asociación de Logopedia, Foniatría y Audiología del Litoral (ASOLOFAL).

Al mismo tiempo, se realizaron entrevistas de asesoramiento en la Secretaría de Políticas Universitarias del entonces Ministerio de Educación y Justicia de la Nación, con la Prof. Elena Auberdiac.

Merecen otra mención destacable las jornadas de trabajo mantenidas con la Abog. María Cristina Sesca (Secretaria Legal y Técnica de la UNR), realizadas en el ámbito de la Escuela, quien nos brindó inestimables herramientas dirigidas a examinar la legislación vigente con respecto a los alcances del título, competencias laborales y actividades reservadas al título y lo referido a la exigencias establecidas para las carreras de licenciaturas que no podían tener una duración menor de cuatro años académicos con una carga horaria establecida –Resolución del Ministerio de Cultura y Justicia N° 2263/80 y sus complementarias 237/81–. Asimismo, dicha profesional nos encauzó para elaborar las incumbencias profesionales elevadas junto al Plan de Estudios.

Estas contribuciones se discutieron, en reuniones conjuntas, con los diferentes estamentos docente, estudiantil, graduados y no docentes, que brindaron su pleno apoyo. Otro pormenor interesante de resaltar fue la convocatoria a asamblea abierta con el temario “Denominación del título profesional a otorgar en la carrera profesional de grado”, cuyo objetivo fue lograr el consenso de toda la comunidad fonoaudiológica. La mayoría de los asambleístas determinó el del Licenciado, por su consideración en el medio social, pero una minoría, en la que nos encontrábamos, propuso el de Fonoaudiólogo, entendiendo que igual se aseguraba el alcance de título y, en especial, el atributo en investigación.

Consecutivamente, la CCC preparó un breve documento sobre el propósito de la creación de la carrera y sus nuevos contenidos curriculares, y lo puso a consideración del Sr. Decano, en una entrevista realizada en fecha 4/10/84, quien no ofreció su apoyo para continuar esta labor, aunque expresara una razón de tiempo para lograr su aprobación antes del comienzo de las clases.

A partir de esa fecha se empezó el arduo e intenso trabajo para preparar el expediente, que se continuó en nuestros domicilios incluso durante las vacaciones; en el mes de febrero/85 estaban finalizados la fundamentación y los propósitos para crear la licenciatura con su correspondiente Plan de Estudios e Incumbencias profesionales. Se incorporaba en el mismo la determinación del objeto de la profesión y el perfil profesional sostenido por



lineamientos curriculares integrados que aseguraran una sólida formación biológica, pedagógica, clínica, social y humanística, para comprender al ser humano como una unidad bio-psico-social en el proceso de salud-enfermedad. Se pensó en un profesional consustanciado en promover la prevención para favorecer la *salud fonoaudiológica* en función de las necesidades del país y de la región, que demostrara principalmente sumo interés hacia la investigación científica, como condición *sine qua non*, para el desarrollo científico de la fonoaudiología en el *campo de la comunicación humana* y que también fuera capaz de asumir con responsabilidad sus propias competencias con plena autonomía sustentada en valores de honestidad, solidaridad e integridad ética y respetuosa por la cultura y la preservación de los derechos humanos. La mayor connotación de este perfil profesional fonoaudiológico está dada por su significación en la apropiación de un *saber, un decir y un hacer* la práctica fonoaudiológica, y del cual podemos dar cuenta sólo a través de cómo se refleja y es reflejado en el desempeño profesional hasta el día de hoy.

En febrero 1985 el expediente N° 257734/138 “Licenciatura en Fonoaudiología” fue elevado a consideración del Consejo Normalizador Consultivo de la facultad. En el momento de su tratamiento se presenta un primer obstáculo, se sugería someterlo a consideración de los alumnos ingresantes en una reunión convocada a esos efectos y de sus resultados dependía su aprobación o no. Con previa difusión se realizan las tres reuniones planificadas asistiendo un veedor consejero docente, donde se fundamentó el inminente cambio a una carrera de cinco años logrando una votación totalmente favorable.

En la segunda reunión del CNC apareció otro sorpresivo obstáculo: se evaluó la no aprobación de la carrera, en función de la imposibilidad de sostener la actividad académica con los cargos existentes y el número de inscriptos. Se hizo una exhaustiva fundamentación de las estrategias establecidas para la apertura de cada año. Luego de un arduo debate se planteó una moción inesperada por parte de un consejero estudiantil, quien solicitó que se aprobara la creación de la carrera porque era una demanda justa y reivindicativa, destacando que se había cumplido sobradamente con todas las exigencias que fueron requeridas.

El CNC de la Facultad de Ciencias Médicas aprueba por unanimidad la creación de la Licenciatura y su Plan de Estudios (Resol. N° 171/85) y lo gira a consideración de la universidad.

La Comisión de Asuntos Académicos de la UNR, habiendo recepcionado y leído el mencionado expediente en una reunión llevada a cabo para su análisis planteó que ante la inminente apertura del ciclo lectivo solo se

podría efectivizar el trámite aprobando la creación de la carrera y los dos primeros años del Plan de Estudios, y aseguraba que en el transcurso del año se suscribirían los restantes. No había mucho que pensar y discutir de acuerdo a las metas posibles de concretar, por lo tanto, se tomó la decisión de aceptar la propuesta. En una reunión ordinaria el Consejo Superior Provisorio (CSP) de la UNR aprobó por unanimidad la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología y los dos primeros años de la carrera (Resol. CSP N° 204/85). En septiembre del mismo año el CSP homologó el Plan de Estudios y propuso al Ministerio de Educación y Justicia la fijación y el alcance del título de Licenciado en Fonoaudiología y las incumbencias profesionales del mismo (Resol. CSP N°260/85).

Tal vez quienes compartimos esos inolvidables momentos podamos tener presente la emoción desbordada y el júbilo que nos embargaba como expresiones de la enorme satisfacción por haber concretado, superando todas las vicisitudes, la legitimidad de este anhelo de reivindicación de los progresivos saberes en la construcción de la práctica vital desde diferentes dimensiones simbólicas.

Este año 2020 la comunidad fonoaudiológica festeja una doble e importante celebración referidas a un nuevo aniversario de la creación de la licenciatura y el ingreso al Artículo N° 43 de la Ley de Educación Superior. Considerando que se aproxima un nuevo desafío nos parece importante dejar esta reflexión, que creemos no ha perdido vigencia:

“Casi no hay cosa imposible para quien sabe trabajar y esperar al otro para que en conjunto construyan la obra que llevamos en nuestro interior, que siempre parecerá más bella que la que hemos realizado día a día, pero, sin duda, es la que guía el camino del esfuerzo diario para hacer realidad el sueño de alcanzar una profesión más digna que nos alegre por los frutos compartidos. Continuemos solidariamente y con participación comprometida paso a paso por la senda que nos hemos trazado”. (Hilda B. Ogní.1985. *Discurso. Acto Oficial de Creación de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología*).

### Referencias bibliográficas

Auberdiac, E. y Etcheverry, E. (1995). «Algunas reflexiones en torno a los títulos que otorgan nuestras universidades». En: Propuestas. Universidad Nacional de la Matanza. Año I, N°2, diciembre.

Barraza, A. (2007). “La formación docente bajo una conceptualización comprehensiva y un enfoque por competencias”. Estudios Pedagógicos. Vol. 33 N°2. Valdivia. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052007000200008>.

Bisbal, M. C. y Ogni, H. B. (2013). "Evocación por los 25 años de Creación del Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe". Publicación de Información Profesional. Colegio de Fonoaudiólogos de Santa Fe. 2ª Circunscripción. N°188, junio; pp. 8 -11.

Elzo, F. J. (2004): "La educación del futuro y los valores". Ciclo Debates de Educación. Julio. <http://www.uoc.edu/dt/esp/elzo0704.pdf>

Gómez Campo, V; Tenti Fanfani, E (1989). Universidad y Profesiones. Crisis y Alternativas. Buenos Aires: Miño y Dávila

Marquina, M. (2020). "Reconocimiento de títulos y acreditación en Argentina en el marco de la actual relación gobierno universidad" <http://www.anped11.uerj.br21/Marquina.htm>

Ogni, H.B. (1990). "Monografía sobre Epistemología". *Doctorado de Consolidación Académica*. Cátedra de Epistemología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

Ogni, H.B. (1993) "Incidencia de la Masa Crítica y Paradigmas en la formulación de un Cambio Curricular". *Actas del Primer Encuentro Iberoamericano de Fonoaudiología*. Pp. 11-14. Universidad de Valle. Santiago de Cali. Colombia.

Ogni, H.B. (1994) "Memorándum Gestión de la Dirección de la Escuela de Fonoaudiología 1984-1994". *Cap. I Gestión 84-85*. Facultad de Ciencias Médicas UNR.

Rocher, G.: (1976) "Introducción a la Sociología General". Volumen I. Editorial Herder. Barcelona.

### Datos de la autora

*Hilda B. Ogni es Fonoaudióloga y Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Rosario (Resolución CS N° 329, 2017). Ex Directora de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) desde 1984 a 1994. Ex Profesora Titular, por Concurso de Antecedentes y Oposición 2001-2014, Resolución CS UNR N° 094. Investigadora (categoría III) del Ministerio de Educación. Secretaria de Políticas Universitarias en 1999 y Representante Oficial como Directora del CIFUNyP, según Resolución Decanal N° 834 (FCM, UNR) durante el período 1992-1994.*

## Una mirada acerca de la historia de la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología

### Mónica Lauría

La participación en un libro construido de manera colectiva, con la intención de dar cuenta de las prácticas fonoaudiológicas desarrolladas en diversos momentos de intervención, en el marco de celebrar el centenario de la Facultad de Ciencias Médicas y el trigésimo quinto aniversario de la Licenciatura en Fonoaudiología, es de gran honorabilidad y de una resonancia particular, ya que dicho proceso histórico disciplinar coincide con mis 35 años de permanencia en nuestra Escuela.

En 1985, comencé a trabajar como personal administrativo de la UNR, y me destinaron a cumplir mi labor en la Escuela de Fonoaudiología, lugar donde he tenido el privilegio de compartir la tarea académico-administrativa, y la vida cotidiana, con compañeros no docentes, docentes y estudiantes, donde encontré un espacio de reflexión, aprendizaje y consolidación de valores propicio para repensar ideas, reafirmar convicciones, reforzar mi compromiso con la educación pública, y de participación con entusiasmo en tareas que merecen una mirada de transformación, en mejora de las prácticas viciadas; siempre en un marco de respeto por el otro, realizando la labor diaria con honestidad y sensibilidad hacia la comunidad universitaria, en particular, y hacia la sociedad, en general.

Ingresé con dieciocho años, en un período de normalización, con el impulso, la ilusión y la alegría de sentir las ventajas del retorno de la democracia. En muchos ámbitos sociales, estudiantiles, gremiales y culturales, hubo un renovado activismo, así como una coincidencia general en el reclamo por la vigencia de los derechos humanos. En medio de la reestructuración político-institucional, en la Facultad se disfrutaba del bullicio de los estudiantes y todos los sonidos. Eso me generaba alegría, al recordar otros momentos de silencio, esos afiches pegados en las calles que decían: «El silencio es salud».

Por aquellos años, la Escuela de Fonoaudiología se encontraba físicamente

al final del pasillo de la facultad, *en un aula*, donde funcionaba *todo*. El personal docente y no docente de la cátedra Medicina Preventiva de la carrera de Medicina nos facilitó un espacio para que pudiéramos funcionar como Escuela Universitaria, con pocos recursos, (recuerdo una máquina de escribir manual, un escritorio para la Directora, una mesa larga, un banco, dos ficheros) y mucha voluntad. Me recibieron una compañera no docente y la Directora.

Esos ficheros, que contienen lo que llamamos legajos de los estudiantes con sus datos académicos, que serían el sistema Guaraní de hoy, aún los seguimos manteniendo. Conservar aquellos ficheros permitió que, en una oportunidad, cuando se había caído el sistema informático de la Universidad, Fonoaudiología fuera la única escuela que pudo tomar exámenes finales, por tener esos registros en papel que aún hoy se continúan actualizando a modo de resguardo. Esto no invalida estar al tanto de la alfabetización digital, conociendo el avance y la innovación tecnológica. La misión del personal administrativo tuvo y tiene como propósito la gestión de calidad, el aseguramiento y el mejoramiento de la misma. En aquel momento, se cumplió con la misión, la función, los propósitos, los objetivos, según los procedimientos y los estudiantes pudieron rendir sus exámenes.

En aquella época (año 1985), todavía se cursaba la carrera de Fonoaudiología de tres años. Llegué a ver a estudiantes con un compromiso importante, realizando sentadas en las escalinatas del hall central de la Facultad reclamando por sus derechos, estudiantes que en la actualidad son docentes de reconocida trayectoria de la carrera.

En esa aula-escuela, descubrí a un grupo de mujeres, apasionadas por su profesión, decididas, pujantes y con un objetivo en común: *la creación de la primera Licenciatura en Fonoaudiología del país*. Rápidamente integré ese equipo de trabajo, colaborando desde lo administrativo, para impulsar lo que implicaba un cambio en la dinámica curricular. Si bien no alcanzaba a entender la magnitud de lo que se gestaba, estaba dispuesta a participar con las únicas herramientas con las que contaba, con dieciocho años: vocación para adquirir aprendizajes y un pequeño diploma que acreditaba haber aprobado un curso de dactilografía, lo que me permitía escribir varias palabras por minuto en esa Olivetti marrón con sus cintas gastadas.

A medida que la licenciatura se implementaba, conquistaba pequeños logros personales que se veían reflejados en el desempeño de las tareas administrativas. A su vez, el conocer la normativa me permitió entender que una unidad académica como la Escuela debía contar con más recursos humanos y espacio físico, Y que los mismos debían ser acordes con las necesidades de la carrera, teniendo en cuenta la planta docente, la matrícula

de alumnos/as y las actividades de docencia, investigación y extensión que se desarrollaban. Igualmente, nada detenía el avance de la carrera, y los pequeños logros y progresos.

Se llevó a cabo la migración de los estudiantes de la carrera de tres años (de los planes 71, 74 y 78/82) a la Licenciatura. Luego, a través de la Resolución 822/93, se implementó el Curso Especial para Graduados, que permitía a los profesionales fonoaudiólogos/as cursar algunas materias y adquirir contenidos faltantes de otras no específicas, como las asignaturas del área de metodología de la investigación, que se incorporaron más adelante, así como la Tesina, y obtener el título de Licenciadas/os en Fonoaudiología.

Al establecerse el ingreso abierto, fui testigo del acelerado incremento de la matrícula en las tres carreras: según Buchbinder y Marquina (2008), “la expansión acelerada del número de estudiantes constituyó entonces, sin duda, una variable central de la historia universitaria del período de la transición democrática”. Fraccionaba mis horas de trabajo, ya que había distintas funciones por cumplir. Por momentos, realizaba tareas de ingreso (en lo relacionado al examen de aptitud fonoaudiológica), en lo que ahora es el Departamento Biológico, ese lugar lo cedió la Facultad de Ciencias Bioquímicas por unos meses para desarrollar esa función.

Para 1990, nos mudamos a la planta baja del CUAS I, donde aún hoy nos encontramos, sin contar con tecnología, en ese momento. Con el avance de los años se vio reflejado el crecimiento de lo que fue un proyecto de carrera, en un espacio de construcción, impulsado por distintos grupos y sectores sociales, cuyos intereses quizás eran diversos y contradictorios, pero se lograba, a través de diferentes mecanismos de negociación e imposición social, un objetivo en común. El currículum (cuyo carácter es profundamente histórico y no mecánico ni lineal) fue aprobado por una resolución ministerial. En lo personal, comprendí la importancia de la identidad Nodocente y como actora de una Institución de Educación Superiora, entendí que era necesario, tomar compromiso y participar en otros espacios como representante del estamento en el Consejo Directivo y Consejo Superior. Al realizar esas tareas de gestión entendí, entre otras cosas, que las universidades deben ser plurales, que se debe garantizar la libertad de pensamiento y la existencia de las actividades que incluyan a todos los actores. En ese trayecto, acceder a la formación en lo profesional en nuestra universidad pública, me permitió articular los conocimientos adquiridos con la tarea como trabajadora Nodocente.

La Escuela de Fonoaudiología seguía incorporando actividades que la enriquecían como una organización académica y administrativa de la universidad. Así, combinó una estructura departamental y un sistema de cátedras. A partir de los años noventa, se implementó el reglamento de

departamentos, para lo cual se llevaron a cabo las primeras elecciones de Directores/as y Vicedirectores/as de Departamentos (elecciones bianuales) y Representantes de Cátedras. Con el correr de los años, llegó la Ley de Educación Superior y la globalización; con ellas empezamos a escuchar palabras como evaluación, acreditación, calidad, CONEAU y rankings. Lentamente se fue anexando tecnología, recursos humanos, todo fue muy valorado ya que costaba conseguirlo, y nos permitió compartir ese sentimiento especial por nuestra Escuela. La convivencia diaria durante 35 años trae a mi memoria miles de anécdotas. Ha sido todo un desafío, trabajar, aportar y compartir con nueve gestiones diferentes.

Mi deseo para compañeros/as docentes, no docentes, graduados/as, estudiantes y actores de esta institución es que, si bien las relaciones que hoy se establecen en la Escuela de Fonoaudiología son diferentes, múltiples, complejas, diversas, sería todo un desafío que juntos/as, solidarios/as y unidos/as, se alcanzara el objetivo que siempre se soñó, como en aquel 1985, y también se trascendiera, para plantear una profunda renovación en este centenario, afirmando nuestra identidad, convencidos/as de que tenemos una cultura y una historia compartida que incluye realizaciones y nuevos desafíos, que sostenemos la vigencia de los principios que constituyen orientaciones fundamentales en materia de autonomía universitaria y cogobierno.

Como integrantes de una institución de educación superior debemos impulsar avances en la consolidación de nuevos marcos normativos que tiendan a la unión efectiva del sistema, que permitan eliminar las asimetrías entre los sujetos, que los órganos de integración fortalezcan los espacios de discusión, en contextos donde cada persona pueda desplegar todas sus potencialidades desde sus propias particularidades, que se refuerce el diálogo y el compromiso colectivo para *cuidar la democracia*.

### Referencias bibliográficas

Brunner, J. J. (1990). *Educación superior en América Latina, cambios y desafíos*. Santiago de Chile: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Buchbinder, P. y Marquina, M. (2008). *Masividad, heterogeneidad y fragmentación. El sistema universitario argentino 1983-2007*. Univ. Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

III Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe (2018). "Hacia una ciudadanía latinoamericana y caribeña en Educación Superior". Córdoba, Centenario de la Reforma Universitaria, 5ta versión.

### Datos de la autora

*Mónica Lauría es Licenciada en Bellas Artes (FHYA, UNR). Cursó la Carrera de Analista de Sistemas en la Universidad Tecnológica Nacional de Rosario. Especialista en Política y Gestión de la Educación Superior (CEI, UNR) y actualmente en los tramos finales de la Maestría. Se desempeña como Directora Administrativa en Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Ha participado en cargos y misiones especiales a nivel universitario. Fue designada Miembro Titular de Comisiones Asesoras, la Comisión de Relaciones Internacionales de la FCM y la Comisión de Cultura dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNR. Integrante Titular electa del Consejo Superior de la UNR y del Consejo Directivo de la FCM.*

## Relato sobre la fonoaudiología en el contexto de la salud comunitaria: pasos, concreciones y desafíos

Susana Villarreal

### La historia personal nos marca

Quisiera comenzar este relato simplemente afirmando que la Salud Pública en mi acontecer histórico está marcada por mis vivencias personales. Por el trabajo de mi padre, por entonces enfermero y administrador del Hospital Dr. Alejandro Gutiérrez <sup>(1)</sup> de la localidad de Venado Tuerto, vivíamos en la casa del primer piso de este edificio. Los espacios, olores, guardapolvos blancos y carteles de enfermeras anunciando silencio, sonidos de la sirena de la ambulancia trayendo pacientes en emergencia y el personal que trabajaba en un efector público fueron parte de mi crecimiento y ámbito habitual de vivencias hasta mis cuatro años y medio. El atuendo de médicos y del personal de enfermería era un paisaje habitual para mí, por eso al llegar a la adolescencia me planteé si “me animaba a estudiar medicina”, pero lo descarté. Mi hermana había comenzado la carrera de Bioquímica y me sugerían estudiar Farmacia. Tenía claro que tendría que ser algo en relación a la enseñanza y con niños. Eso era parte de lo que se acercaba a mi vocación. Pero el mandato de ser profesional hizo que eligiera psicopedagogía, carrera que en 1975 no se dictaba en Rosario. La siguiente opción fue fonoaudiología, por entonces de tres años de duración. <sup>(2)</sup> Egresé como fonoaudióloga en diciembre de 1978,

---

1 El hospital fue fundado en 1908. Es importante resaltar que en los años cincuenta y sesenta los hospitales de todas las localidades del interior cumplían una función socio-sanitaria fundamental para toda la población sin distinción de nivel de ingresos. Todos los médicos prestigiaban su actividad en los efectores públicos y la actividad privada era secundaria.

2 Comencé el primer año en el año 1975, junto con un ingreso masivo de más de 350 aspirantes. Sólo se pudieron cursar tres materias (Anatomía, Lingüística y Psicología General). Al llegar la dictadura en marzo de 1976, se cerró la facultad y retomamos el cursado de las asignaturas restantes en el segundo cuatrimestre.

con la particularidad de no haber hecho ninguna práctica profesional con pacientes en asignaturas clínicas, con excepción de Audiología. <sup>(3)</sup>

### A la búsqueda de referentes que trabajaran en hospitales públicos

En febrero del año 1979 recorrí hospitales para realizar una experiencia de concurrencia. Tenía la firme convicción de que no podría ejercer mi profesión en un consultorio privado sin tener experiencia práctica, a pesar de haber obtenido inmediatamente la matrícula profesional, expedida por entonces por el Colegio de Médicos de Rosario. Así es que concurrí durante un año al Consultorio de Fonoaudiología del Hospital Roque Sáenz Peña, a cargo de la Fga. Gladys Maresca, una de las primeras fonoaudiólogas egresadas en Rosario. Volvía a un ámbito familiar para mí, por las estructuras edilicias semejantes de todo hospital público de muchos años. El verano siguiente me presenté como concurrente en el subsuelo de la Sala X <sup>(4)</sup> del Hospital Nacional del Centenario, ya que me faltaba transitar la práctica en audiología. Allí me aceptaron ante la necesidad de cubrir licencias en enero. Estaba bajo la Jefatura de la Fga. Nilda Ramírez de Pisano, gran maestra y carismática formadora de muchas generaciones de fonoaudiólogas. Éramos doce profesionales concurrentes y sólo dos rentadas.

Los diez años (entre 1980 y 1990) transcurridos en el hospital, fueron muy enriquecedores, desde lo humano y profesional. Entre estas profesionales, algunas con experticia en especial en audiología laboral, foniatría y con la interconsulta cercana con los otorrinolaringólogos de la sala, me permitieron afianzarme en la profesión dentro de la esfera hospitalaria. Podíamos consultar dudas sobre pacientes de nuestra práctica privada con colegas con experiencia. Teníamos a cargo una clase con estudiantes de la carrera de Medicina, que cursaban ORL, y participábamos con ponencias en Congresos. Las más jóvenes actualizábamos a las demás fonoaudiólogas con los aportes de la fisiopatología del lenguaje <sup>(5)</sup>, perspectiva propuesta por el Dr. Juan Azcoaga, adquiridos en cursos en una entidad privada.

---

3 La Prof. Adriana Yanelli nos llevó una vez, en grupos a hacer audiometrías a su consultorio particular.

4 El Servicio de Fonoaudiología dependía de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Carrera de Medicina y estaba situado en el subsuelo de la Sala X. Se comunicaba internamente con los consultorios de ORL. Por entonces su titular era el Dr. Triputti

5 La Teoría fisiopatológica llevada adelante por el Dr. Azcoaga, que recién comenzaba a desarrollarse a fines de los setenta en Rosario a través de APINEP, no había sido incluida ni se mencionaba en la formación durante la carrera de Fonoaudiología

Nuevos horizontes se abrieron con el regreso a la democracia. En 1984, se comenzó a gestar la Licenciatura. La Fga. Nilda Ramírez <sup>(6)</sup> integró la Comisión de Cambio Curricular y nos tenía al tanto de la gran transformación que implicaba organizar una carrera mayor, de cinco años de duración. Recuerdo que, cuando cruzaba la facultad, frente a Alumnado, camino al Hospital, me decía a mí misma afirmando casi en voz alta: “Quiero que mis colegas futuras egresadas tengan una formación mucho mejor de la que yo recibí, me lo propongo”.

Al tiempo, en 1984, la Directora de la Escuela de Fonoaudiología, la Fga. Hilda Ogni, le propuso al Servicio de Fonoaudiología del Hospital Centenario supervisar en su práctica pre- profesional a estudiantes que finalizaban la carrera de tres años, desafío que asumí. Luego, al comenzar a funcionar la Licenciatura en 1985, fui convocada para trabajar por primera vez con un cargo rentado, en una asignatura nueva, a cargo de la Fga. María Cristina Bisbal <sup>(7)</sup>. Mientras tanto continué con mi trabajo en el Hospital y en 1989-90 volví a supervisar las prácticas pre- profesionales obligatorias de las primeras licenciadas egresadas, en el Servicio del Hospital Centenario.

### **Año 1985: Buscando contenidos sobre prevención de la salud**

Empecé a ejercer la docencia como Jefa de Trabajos Prácticos (dedicación simple) en la cátedra Introducción a la Fonoaudiología. Todo era nuevo, también las instalaciones del CUAS I de calle Suipacha. No importaba la masividad, eran los tiempos de estrenar la democracia, con decano normalizador, el Dr. Aiello, y grandes cambios dentro de la Facultad de Ciencias Médicas. <sup>(8)</sup>

Una de las tareas que me encomendaron en especial, dado el giro que tomaba el Plan de Estudios de desplazar el eje de la atención fonoaudiológica desde la enfermedad hacia la salud, requería actualizar los contenidos acordes a las nuevas perspectivas. Debía buscar material sobre prevención

---

6 La Directora de la Escuela, Fga. Hilda Ogni de Labruna, convocó a una Comisión de Cambios Curriculares para transformar la carrera de tres años en licenciatura. En el año 1986. La Fga. Nilda Ramírez fue nombrada Prof. Titular de Patología y Terapéutica de la Fonación y dejó la Jefatura del Servicio de Fonoaudiología de Sala X.

7 Junto con la Prof. Bisbal, las demás Jefas de Trabajos Prácticos de Introducción a la Fonoaudiología, fueron la Fga. María Cristina Casalegno y la Fga. Susana Greppi. Cada una encargada de una comisión de cien alumnos.

8 En 1984, con el gobierno democrático, se creó la Escuela de Fonoaudiología, integrando junto a la Escuela de Medicina, Escuela de Enfermería y Escuela de Graduados la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR.

de la enfermedad en la cátedra Medicina Preventiva y Social <sup>(9)</sup> de la Escuela de Medicina. Fue un desafío ingresar y solicitar este material. Me atendió muy amablemente la especialista en estadística Beatriz Pérez (que había sido docente de la asignatura Estadística en la carrera de tres años). Seleccionó para mí un libro <sup>(10)</sup> del sanitarista argentino, el Dr. Floreal Ferrara, sobre los niveles de prevención, cuyo capítulo incluía el cuadro modificado de Leavell y Clark sobre “Niveles de aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad”. Estos conceptos fueron aprehendidos por varias generaciones de alumnas.

En 1995, a partir del proyecto de investigación sobre Formación en Prevención <sup>(11)</sup>, expuse sobre el tema en el primer seminario y decidí rearmar el cuadro de los niveles de prevención incorporando ejemplos propios de la fonoaudiología. Estos contenidos forman parte del Módulo Salud-Enfermedad, desde el inicio de la materia y preparan a los/as estudiantes ingresantes en la temática, que luego será profundizada en quinto año en la asignatura Introducción a la Salud Pública. Me enorgullece haber trabajado estas conceptualizaciones iniciales y haber podido reflexionar integrando nuevos aportes de autores/as a lo largo de mi recorrido académico, rescatándolos en presentaciones, ponencias, investigaciones y en el marco teórico de muchas tesinas que dirigí y evalué.

### **La fonoaudiología en la Atención Primaria de Salud**

En el año 1989, a los once años de la Declaración de Alma Ata, elaborada por la OMS de 1978, la Fga. Cristina Fracchiola <sup>(12)</sup>, de la ciudad de Santa Fe, fue invitada por la Directora Prof. Hilda Ogni para disertar sobre la Atención Primaria de la Salud (APS). Comencé a encontrar nuevas respuestas a los cuestionamientos que me hacía mientras caminaba por las

---

9 Su Profesor Titular era el reconocido sanitarista Dr. Miguel Santhia, artífice de una gran biblioteca que atesoraba con recelo en el ala este del edificio principal de la facultad. En ese ámbito fue muy generoso también en facilitar el uso de las aulas para el cursado de nuestra carrera.

10 Ferrara, F. et al (1972) Medicina de la Comunidad, Medicina Social y Medicina Administrativa. Bs As, Editorial Intermédica. Capítulo: “Parte Aplicada” pp. 300-307. Años después con admiración presencié en Rosario una conferencia del mismo Dr. Floreal Ferrara en Jornadas de Medicina General y APS.

11 Dirigido por Guillaumet, Miguel con participación de todas las docentes de Metodología de la Investigación e Introducción a la Fonoaudiología (1995-2000)

12 Primera fonoaudióloga Profesora Titular de Introducción a la Salud Pública, desde 1994, luego que el Dr. Santhia renunciara.

amplias galerías externas del Hospital del Centenario, camino al subsuelo de Sala X (¿arriban al servicio todos los pacientes que necesitan atención fonoaudiológica? ¿Qué sucede con los que no pueden llegar por la distancia o motivos económicos?): la atención debía ser lo más cercana posible a donde vive y trabaja la población.

Entendí el origen de esta estrategia, con mayor profundidad, al elegir este tema para la Tesina de la Licenciatura, buscando investigar la inserción de los/as fonoaudiólogos/as en la APS, en la ciudad de Rosario. Fue la Lic. Beatriz Pérez quien me recomendó como tutora a la Dra. Ena Richiger, por entonces Directora de APS de la Municipalidad de Rosario. Con ella, de su mano generosa, en 1993, inicié un camino de formación en salud pública<sup>(13)</sup>, leyendo publicaciones de sanitaristas brasileros acerca de la salud comunitaria. Recurrí a la Hemeroteca del Área Salud y la Biblioteca de la Asociación Médica, donde encontré los Cuadernos Médico Sociales, las Revistas de Salud de la OPS y la OMS. Me sumergí en valiosos aportes internacionales sobre APS, material que agregué al programa de la asignatura en la cual me desempeñaba como docente. En el trabajo de campo de mi investigación, recorrí casi todos los barrios buscando fonoaudiólogas que trabajaran en centros de salud, vecinales y dispensarios en parroquias. Comprobé la escasez de la atención fonoaudiológica por entonces, apenas en dos centros de salud municipales había colegas rentadas y en doce vecinales sólo recibían pagos voluntarios

En 1995 accedí al cargo de Jefa de Trabajos Prácticos en la asignatura Introducción a la Salud Pública de la Licenciatura junto con la Prof. Fracchiola. A fines de ese año se abrió la inscripción para el Curso No curricular de Introducción a la Salud Pública, que se dictaba para graduados/as en la cátedra Medicina Preventiva. Siempre recuerdo la situación particular que viví: me presenté para inscribirme y la secretaria me dijo que era sólo para profesionales. Le contesté que era fonoaudióloga, que había terminado el curso de adecuación y estaba a punto de presentar la Tesina de la Licenciatura. Preguntó a sus superiores si podía admitirme; mientras esperaba su respuesta, mi enojo aumentaba: ¡cómo era posible que se nos discriminara no reconociéndonos como profesionales de la salud! Finalmente pude realizar el curso desde marzo a diciembre de 1996, donde fui compañera de médicos/as y enfermeras que ocupaban cargos de gestión en efectores públicos de salud.

Esta fue otra de mis afirmaciones directrices en un nuevo camino a recorrer: la fonoaudiología debía afianzar la formación en salud pública, para

13 Fue ella la que me sugirió que cursara la Maestría en Salud Pública en el Instituto Lazarte.

poder ampliar su labor en los equipos de salud de distintos ámbitos de trabajo interdisciplinario.

### **La satisfacción del camino recorrido en formación**

Desde la elaboración de mi Tesina de la Licenciatura en 1996 hasta la Tesis de la Maestría en Salud Pública<sup>(14)</sup> en 2018, sobre el trabajo en APS, he podido reflexionar sobre el camino recorrido por las egresadas dentro del equipo de salud de los efectores públicos de Rosario.

El trabajo actual en salud comunitaria, que en el año 1995 se veía como incipiente, se afianza con las diversas prácticas en promoción de la salud y preventivas inherentes a nuestra disciplina, junto con los adelantos que han acontecido en el devenir de nuestra historia, como nos advirtieran en el año 1992, Píccoli, E. y Derman, B.<sup>(15)</sup>

En mayo de 2019, apenas jubilada de mi trabajo como docente de grado, pude concretar con gran satisfacción el Curso de Posgrado: “El fonoaudiólogo en la Red de Salud Pública. Aproximaciones al trabajo en el campo de la salud comunitaria”, que dicté junto con la Esp. Lic. Yanina Sosic. Allí, compartimos marcos teóricos que sostienen las experiencias de trabajo de egresadas de nuestra Licenciatura que trabajan en centros de salud pública de diferentes lugares del país, como Bahía Blanca y ciudades cercanas a Rosario, además de colegas de la ciudad de San Luis.

### **Algunas deudas pendientes en la formación en salud comunitaria**

Sigo pensando que cuesta todavía entender el concepto ampliado e integral de salud, con sus implicancias sociales, ambientales, económicas y culturales. No se invierte en promover una mejor calidad de vida equitativa para toda la población, ni se advierten las necesidades y la complejidad de los problemas de salud. No se incluye fuertemente el concepto del derecho

14 Tema: “El proceso de atención de la salud infantil, en especial el control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos centros de salud municipales de la ciudad de Rosario” Directora de Tesis: Mg. Alicia Aronna.

15 “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” (Píccoli, Derman et al, 1992)

a la salud como principal aspecto social de responsabilidad del Estado, ni se resalta lo suficiente en la formación de los profesionales esta defensa, como lo señaló Mario Rovere. <sup>(16)</sup> Sigo sosteniendo que el profesional fonoaudiólogo precisa saber no sólo sobre organización sanitaria y niveles de atención, para ejercer en forma eficiente su trabajo en el sector de la salud pública, sino también las implicancias sociales de las decisiones políticas en materia de salud. Esta perspectiva amplía la mirada de la atención cerrada en consultorio que intenta remediar la demanda puntual o reduce a su patología al paciente que consulta. Es necesario conocer las necesidades de la población a cargo, como sujeto activo para implicarse en el cuidado de su salud.

Falta comprender las prácticas de atención como procesos de trabajo por parte de los profesionales que favorecen acciones en relación al concepto de integralidad (Conill, 2004) como una directriz operacional de política de salud. Esta autora analiza dicho concepto a partir de sus cuatro dimensiones: la primacía de acciones de promoción y prevención; la articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; la garantía de atención en los otros niveles de complejidad médica; y el abordaje particular del individuo, incorporando los determinantes socio-culturales del proceso salud-enfermedad.

Reconozco las limitaciones de los intentos realizados para incluir a la salud colectiva/comunitaria en nuestra disciplina. Es mi recorrido y lectura, siempre provisoria, sobre el proceso de la atención fonoaudiológica. Sólo espero que otras/os continúen en este camino.

### Referencias bibliográficas

Piccoli, A, Derman, B y otros (1992). "Atención primaria de Salud en Fonoaudiología", *Fonoaudiológica*, Tomo 38, N° 2, ASALFA, Buenos Aires.

Rovere, M. (2006). "Redes en el Marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud", en *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*.- Córdoba: El Ágora. Pp 15-28.

Conill, E. M. (2004). "Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde" *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (5)

---

16 Rovere (2006:25) recuerda que: "...los profesionales tenemos una causa más grande que las contradicciones internas entre nosotros, esta causa más grande es justamente la idea de defender el derecho a la salud junto con la gente".

### Datos de la autora

*Susana Villarreal es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR), Magister en Educación Universitaria (FHYA, UNR, 2007) y Magister en Salud Pública (Instituto de Salud "Juan Lazarte"- CEI, UNR, 2018). Ex-Profesora Titular de las asignaturas Introducción a la Fonoaudiología e Introducción a la Salud Pública (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Investigadora categoría III, último proyecto: Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria.*



## Homenaje a Ana Baldomá

### Susana Villarreal y Fernanda Felice

**E**ste capítulo procura homenajear a nuestra querida compañera, Ana Baldomá. Destacamos su recorrido profesional, su valía como docente, el trabajo desarrollado en el marco de la gestión universitaria, su mirada atenta hacia sus estudiantes y los aportes a nuestra disciplina y la formación académica. Agradecemos su generoso andar que nos ha permitido construir nuevos saberes y experiencias.

Ana se inició en la docencia universitaria como estudiante ayudante y egresó como fonoaudióloga en el año 1978. Tiempo después, en el año 1981, se desempeñó como Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra Foniatría II, asignatura que luego fue denominada Lenguaje y Aprendizaje Patológico. En 1989, fue designada Profesora Titular de la mencionada cátedra y posteriormente accedió al cargo por concurso. Desde 1994 hasta 2002 fue Directora de la Escuela de Fonoaudiología, durante dos períodos. Entre los años 2011 y 2016 se desempeñó como Subsecretaria de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas. En el ejercicio de la profesión, se formó en el ámbito hospitalario junto a un grupo de fonoaudiólogas del antiguo Hospital Marcelino Freyre. Luego desarrolló su actividad laboral en el contexto privado. Se dedicó a la clínica del lenguaje y del aprendizaje en la infancia. Fue integrante del equipo interdisciplinario del Centro del Desarrollo Infantil de la ciudad de Rosario durante décadas. Participó en cursos de especialización para graduados/as. Dirigió trabajos de investigación vinculados a su saber y experticia disciplinar. Escribió publicaciones y capítulos de libros acerca de las problemáticas del lenguaje y del aprendizaje infantil.

La palabra educar proviene del latín *educare* que quiere decir criar, alimentar, nutrir. Pero además contiene la raíz del vocablo *educere* que significa guiar. Podríamos decir entonces que la educación implica acompañar el crecimiento de las personas. Freire (2004) propone a la educación como práctica para la libertad. Entiende que se trata de una actividad crítica y

problematizadora que tiene por objeto develar la realidad, para que estudiantes y docentes logren posicionarse de una manera más lúcida frente al mundo.

En este sentido, Ana Baldomá supo seguir los pasos del maestro Paulo Freire. Fue una docente que apostó por la educación como una práctica para la libertad, confiando en sus estudiantes y compartiendo generosamente sus saberes. Ana decía, con cierta insistencia y absoluta razón, que la transferencia es crucial en el devenir de los aprendizajes y el proceso terapéutico. Ella sabía que la amorosidad –de la que nos habla Freire–, la ternura –proclamada por Ulloa–, y el afecto son imprescindibles en el contexto de la clínica y la educación. Además, sabía que la complejidad humana nunca puede ser comprendida desde una mirada simplista ni reduccionista. Ana supo asumir posiciones claras y determinantes que ponían en jaque al modelo bancario de la educación y a los enfoques que reducen a la salud a su dimensión biológica.

Interpelaba a sus estudiantes y compañeras, a las perspectivas teóricas y prácticas disciplinares, en forma crítica, invitando a la reflexión constante, porque comprendía que los conocimientos se construyen, que no existen verdades absolutas y que el encuentro con cada niño/a implica siempre un nuevo desafío. Ante la oferta de tests, recetas mágicas y soluciones infalibles, ella redoblaba la apuesta y aseguraba que era imprescindible atender a la singularidad de cada sujeto, su historia y su contexto. De este modo, proponía instancias educativas que tenían por misión abordar la complejidad del proceso de adquisición del lenguaje con responsabilidad, estrategias de intervención terapéuticas y argumentos sólidos.

Es por ello que nunca se valió de un autor, una autora o una determinada teoría, al momento de abordar las problemáticas lingüísticas acontecidas en tiempos de infancia. Entendía que tal reduccionismo no permitía explicar la complejidad inherente a este proceso, porque no existe una única perspectiva capaz de atender los avatares en el desarrollo del lenguaje de las niñas y los niños. En este sentido, Ana ofrecía experiencias de aprendizaje diferentes, que exponían articulaciones entre la formación académica, la experiencia clínica y una constante invitación a reflexionar acerca de las infancias, las problemáticas lingüísticas y la posición ética de quien oficiara como terapeuta. Por fortuna, sus ideas consiguieron traspasar los muros de la Facultad de Ciencias Médicas, y ella se convirtió en una representante reconocida de la fonoaudiología.

En sus clases se la podía considerar una docente facilitadora, caracterizada por generar un clima inicial comunicativo y motivador, lo que creaba confianza en el grupo. Brindaba todo tipo de recursos de enseñanza y se transformaba ella misma en un recurso, que podía ser utilizado para el aprendizaje de las habilidades específicas que caracterizan a la disciplina. Su

estilo docente se asociaba con el enfoque del terapeuta y ciertos aspectos del enfoque liberador, según Ferstermacher y Soltis (1998).

En el trabajo de investigación acerca de las prácticas docentes y configuraciones didácticas en la Escuela de Fonoaudiología de la UNR, que incluía la observación de sus clases (Villarreal, 2007), se registró cómo su intervención pedagógica organizó los intercambios y otorgó pistas, guiando, persuadiendo o corrigiendo los pensamientos y estrategias de sus estudiantes, en el sentido del concepto de *zona de desarrollo próximo*, formulado por Vigotsky (1934) y del dispositivo de *andamiaje* propuesto por Woods, Bruner y Ross (1976).

Ferry (1990) expresa que enseñar es debatirse en contradicciones y que formar enseñantes es instituir una situación en la que aparezcan esas contradicciones. Esto no se consigue dando una lección sino cooperando en la gestión común de apropiación y analizando con el alumnado las condiciones que han sido un obstáculo o las que han facilitado el trabajo. Como docente, Ana construía progresivamente la secuencia de los temas: se detenía y avanzaba, evaluando la comprensión de sus estudiantes. Sus clases eran complejas, con enorme caudal de contenidos, pero con el abordaje de una temática específica a través de múltiples entradas. Utilizaba, como estrategias didácticas, la narración de historias de pacientes, películas o sus propias vivencias junto con la discusión de casos clínicos de niñas y niños evaluados, donde se interpretaba la observación y caracterización realizada por sus alumnos/as.<sup>(17)</sup> Desde

---

17 Secuencia de una clase observada y grabada de Ana Baldomá (2004)

Docente: Tengan los cuadritos a mano. [Se refiere al esquema impreso que repartió en la clase anterior, con preguntas que guían los encuadres teóricos y sus autores correspondientes] Siempre vemos este tema desde los tres ejes: Qué, Cómo y Por Qué. Qué: el lenguaje como objeto complejo. Cómo: se puede deducir un modelo fisiopatológico, neuropsicológico o psicológico: Piaget, Bruner; Vigotsky. Por qué: justificación de las estrategias de intervención. Ahora vamos a mirar el paciente en este video. [Observan Qué: ¿qué lugar tiene el lenguaje aquí? ¿Qué se puede interpretar? ¿Cómo está trabajando?

Docente: [A partir de la jergafasia del paciente] El nene, a su manera, da una explicación y yo aparezco con función de intérprete, como estructurante de la comunicación. Este nene tiene una problemática autista [y pregunta sobre los modelos teóricos ya vistos, llevando a los alumnos a asociar y continúa]

Docente: Andar atrás del chico es iatrogenia. Si uno habla y habla, lo estimula demasiado y lo termina confundiendo. Primero tenemos que empezar por la comprensión cognitiva y después la lingüística. La función de intérprete responde a la pregunta del Por qué, pero uno no es intérprete permanentemente. No traduzco, sino que trato de interpretar y ponerlo en el contexto, en función interactiva.

el modelo de la pedagogía centrada en el análisis (Ferry, 1990), intervenía permanentemente, ayudando a sus estudiantes –futuros/as terapeutas– a analizar el sentido y la dinámica de las situaciones planteadas frente a sus pacientes para poder comprenderlas, apreciar el valor de sus intervenciones profesionales y el efecto de sus actitudes en el microespacio pedagógico del consultorio.

A pesar de que le costaba sentarse a escribir, ella legitimaba la transmisión de un saber y un quehacer, tal como lo refleja en una de sus publicaciones, donde afirma que “la delimitación en el terreno del hacer, implica asimismo haber realizado un recorte y una apropiación en el campo del saber, así como también haber asumido la necesidad de transmitir esos saberes para poder formar nuevos profesionales.” (Baldomá, 2006)

Desde luego, transmitimos inconscientemente lo que hemos recibido de nuestros propios docentes en los distintos niveles cursados (Ferry, 1990). Ana reconocía la influencia de su madre docente y directora de escuela. También, el vínculo con profesionales docentes expertos/as que le aportaron a su experiencia. Comprendía, además, el valor de la universidad pública y gratuita. Por ese motivo, dedicó su vida a la docencia, la investigación, las actividades de extensión universitaria, la atención a la comunidad y la gestión. Fue reconocida por estudiantes, docentes y no docentes.

Reza el Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria (1918) que “toda la educación es una obra de amor a los que aprenden.” Como profesora universitaria, Ana siempre supo enseñar desde el respeto, la ética y el afecto. Es por ello que fue una autoridad reconocida en el aula, en el despacho de la Dirección de la Escuela de Fonoaudiología y en cada espacio que habitó. Además, esta proclama asegura que “la juventud no se equivoca en la elección de sus propios maestros (...). En adelante, sólo podrán ser maestros en la futura república universitaria los verdaderos constructores de alma, los creadores de verdad, de belleza y de bien.”

Estas líneas permiten comprender las razones por las cuales Ana fue elegida por sus estudiantes, quienes suelen guardar en la memoria a aquellas personas que les han enseñado algo más que los contenidos curriculares previstos en un programa de cátedra o plan de estudios. Por eso, Ana es inolvidable.

## Referencias bibliográficas

Baldomá, A. M. (2006): “Multidisciplina-Interdisciplina-Transdisciplina. Herramientas conceptuales para reflexionar acerca de nuestra práctica profesional. Fundamentos epistemológicos”. *Logopedia*. Revista del Colegio de Logopedas de Cataluña, Barcelona. pp. 8-11.

Barros, E. y otros. (1918). *Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria*. Córdoba. Recuperado en <https://www.unc.edu.ar/sobre-la-unc/manifiesto-liminar>

Bruner, J. (1984) *Acción, pensamiento y lenguaje*. Recopilación de J. L. Linaza. Madrid: Alianza Editorial.

Bruner, J. S. (1997). *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Ed. Visor  
Fenstermacher, G y Soltis, J. (1998): *Enfoques de la enseñanza*, Buenos Aires: Amorrortu.

Ferry, Giles (1990): *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. México, Paidós

Freire, P. (2004). *La educación como práctica de la libertad*. Ed. Siglo XXI.

Vigotsky, L. ([1962] 1991): *Pensamiento y lenguaje*. En *Obras escogidas*. T II. Madrid: Visor.

Villarreal, S. (2007) “Prácticas docentes y configuraciones didácticas en la Escuela de Fonoaudiología de la UNR”. Tesis de Maestría en Educación Universitaria. Facultad de Humanidades y Artes, UNR.

## **Fonoaudiología, desafíos actuales y nuevos horizontes**

**María Carolina Campra y Ana Clara Isaías**

**G**estionar salud o educación no es administrar recursos, dista mucho de esa definición que pareciera perpetuada en los supuestos básicos subyacentes y que, lejos de gestar, fragmentan y yerran, lo que deja afuera innumerables variables propias de la visión de la administración de empresas en donde se origina esta idea.

En palabras de Motta (1993), gestionar es el “arte de pensar, de decidir y de actuar; es el arte de hacer y acontecer, de obtener resultados. Resultados que pueden ser definidos, previstos, analizados y evaluados, pero que tienen que ser alcanzados a través de las personas en una interacción humana constante”. El trabajo dentro de las organizaciones sociales y públicas tiene que ver con garantizar derechos, no con la lógica del mercado. De acuerdo con Federico, dirigir estas instituciones tiene una complejidad mayor a la de dirigir cualquier empresa o industria, complejidad que está dada por los siguientes elementos: el objeto de trabajo, la amplia libertad de los trabajadores, especialmente los profesionales de la base organizacional, y el carácter artesanal (ontológico) del proceso de trabajo que lo aleja radicalmente del modelo industrial (Spinelli, Arakaki, & Federico, 2019).

La percepción que tienen algunas personas de las experiencias de gestión es que domina la improvisación, porque parten de un error estructural grave que los lleva a imaginar a dichas instituciones como racionales y a concebir a los sujetos que participan en ella como cartesianos (Spinelli, 2010). Recientemente, han sucedido eventos, fruto de prolongados movimientos colectivos, muy relevantes para la fonoaudiología por su impacto en las prácticas profesionales y en las instituciones formadoras. Estos eventos han requerido de un trabajo conjunto y de cooperación entre docentes, estudiantes y graduados/as.

En primer lugar, cabe mencionar la inclusión de la carrera en el art 43 (RES 161/2020) de la LES (Ley de Educación Superior, n° 24521), resultado del esfuerzo mancomunado de las instituciones académicas disciplinares

a lo largo y a lo ancho del país. Estas instituciones se nuclean en la CIFUNyP (Comisión Interuniversitaria de Fonoaudiología de Universidades Nacionales de Gestión Pública y Privada) que, luego de una serie de debates, revisiones y acuerdos, materializaron la presentación de un documento único, en el año 2014, ante el Ministerio de Educación de la Nación. En él se incluye la fundamentación de las actividades de riesgo, la enunciación de las actividades reservadas, estándares, contenido mínimos, carga horaria de la carrera, entre otros temas.

Resulta necesario aclarar que la LES clasifica dos tipos de carreras universitarias: por un lado, aquellas incluidas en el artículo 42, por no poseer actividades que representen un riesgo directo hacia la población beneficiaria sus servicios, y, por otra parte, las carreras incluidas en el art 43, que implican en sus actos profesionales la probabilidad de daño para la población. Las carreras que forman parte de este último son controladas por el Estado Nacional, y requieren de un proceso de evaluación y acreditación de las instituciones académicas que las dictan, efectivizado por la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). Las actividades reservadas a la fonoaudiología, entendidas como la parte del conjunto de alcances y habilitaciones profesionales del título que puedan implicar un riesgo directo a la comunidad, bajo su responsabilidad y como resultado de sus prescripciones, corresponden a:

- Prescribir y realizar, en lo referido a salud de la comunicación humana, prácticas fonoaudiológicas de evaluación, diagnóstico funcional, pronóstico y tratamiento de la voz, audición/vestibular, habla, fonoestomatología y lenguaje.
- Planificar y realizar acciones destinadas a la promoción de la salud y prevención de alteraciones fonoaudiológicas.

En este sentido, la práctica fonoaudiológica puede comprometer la salud de las personas, como consecuencia directa de su ejercicio, por acción u omisión de tareas vinculadas a la promoción, prevención, detección, diagnóstico, pronóstico o tratamiento oportunos. Por ejemplo, el uso inadecuado de instrumentos de *screening*, evaluación o diagnóstico científicamente evidenciados o validados comprometen el criterio clínico necesario para implementar las acciones adecuadas a cada caso. La falta de intervención oportuna en problemáticas que afectan la comunicación, por parte del/la fonoaudiólogo/a, puede devenir en consecuencias irreparables en los /as usuarios/as de los sistemas de salud y educación.. Además, el desempeño inadecuado en las funciones de gestión, administrativa, legal

y laboral puede tener efectos indeseados en la comunidad que demanda los servicios profesionales. Por último, la falta de formación continua, de actualización en el conocimiento y en el desarrollo tecnológico vinculado a las diferentes áreas de alcance del título de fonoaudiólogo/ a, dificulta la toma de decisiones orientadas a prevenir, habilitar y/o rehabilitar dificultades vinculadas a la comunicación humana en todas de las etapas vitales.

El ingreso a esta normativa de relevancia para nuestra carrera ha sido parte de un proceso que involucra actores con acciones concretas y decididas; hoy como punto de llegada para comenzar a ser un punto de partida desde el cual gestionar una planificación estratégica en un próximo cambio curricular. Según Matus, “el desafío está en combinar las ideologías con las ciencias ya que las ciencias sin ideología nos llevan a una posición tecnocrática (‘barbarismo técnico’) tanto como la ideología sin ciencias nos lleva a un ‘barbarismo político’” (2007) En síntesis, nos enfrentaremos a problemas que no son ni políticos ni técnicos en su totalidad, sino que son *tecnopolíticos* con grados variables de cada dimensión y, por lo tanto, exigen un equilibrio dado por un juicio cuasi racional, proveniente del análisis tecnopolítico.

La concreción de otro hito que dio jerarquización a la profesión, resultado de los procesos de gestión colectivos, tuvo lugar con la reciente sanción de la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, que tiene el objetivo de establecer el marco general del ejercicio profesional en el ámbito nacional y en el de las jurisdicciones que adhieran a ella. La ley ratifica las actividades vinculadas a la exploración, investigación, evaluación (por medio de procedimientos subjetivos u objetivos) que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las alteraciones de la comunicación humana, en las áreas de lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología e intervención temprana. Esta normativa regula la actividad profesional y las especialidades, y menciona entre las obligaciones de los/as graduados/as fonoaudiólogos/as la actualización permanente, instando a la unificación de las currículas de todas las universidades de gestión estatal y de gestión privada, a través de los organismos que correspondan. Todo esto interpela a las instituciones educativas, en tanto deben propender a una formación universitaria de calidad, las habilidades teórico- prácticas orientadas a constituir un perfil de egresado/a que desarrolle competencias en el campo disciplinar, con una postura crítica y compromiso ético que den respuestas a la complejidad característica de los contextos de salud, educación, laboral, legal, artístico y social.

Los cambios en el contexto sanitario mundial, productos de la pandemia

originada por el COVID-19, generan nuevos desafíos profesionales y académicos, tales como la virtualización de las prácticas fonoaudiológicas. El ingreso al artículo 43, la gesta de una Ley de Ejercicio Profesional y el contexto pandémico interpelan y exigen acciones que no estén libradas al azar ni dentro del marco de la improvisación. Es necesario continuar con una planificación estratégica como principal herramienta de gestión. Planificar, dice Matus, es “pensar antes de actuar, con método y de manera sistemática, es poder explicar posibilidades y analizar ventajas y desventajas, proponerse objetivos, proyectarse hacia el futuro (...) la planificación es la herramienta para crear el futuro” (Matus, 2007).

Conocer las dimensiones de las que está dotada la planificación permite darle el lugar trascendente en lo que resultará. Planificar la realidad centrándose en el *diseño de las reglas* del juego social y afinarlas orienta el juego para que opere con eficiencia y eficacia. Planificar *la estrategia del juego mismo*, permite anticipar o prever las jugadas marcantes de resultados futuros. No hay forma de que la planificación tenga lugar fuera de los contextos, ya que es la realidad quien está, cual marcapaso, dándonos información precisa del momento exacto. Es el accionar profesionalizante contextualizado en el marco de las demandas de salud fonoaudiológica en territorio el que dio origen a la disciplina y no al revés. Todo indica que debemos repensar las prácticas fonoaudiológicas.

Es tiempo de posicionarnos más fuertemente dentro del campo de juego intra e interdisciplinar y de ser capaces de lograr no solo el reconocimiento social opacado, sino una verdadera atención pública de salud fonoaudiológica. Es nuestro deber trabajar para formar profesionales que garanticen y defiendan el derecho a la salud de nuestra población, erradicando las demandas insatisfechas, tardías, iatrogénicas. Será un objetivo hacer visible la demanda oculta existente, que no hace otra cosa que recordarnos que debemos ser capaces de poder colocar en la agenda del Estado un problema de salud que aún sigue invisibilizado. Esta tarea es parte esencial de la práctica profesional, no se puede continuar limitando la formación práctica a lo que ocurre dentro de un consultorio. Esta formación fue útil en un tramo de la disciplina pero, en este momento, plantear (nos) que la fonoaudiología tiene pocos lugares dentro del campo de la Salud Pública debe conducir a replantear la formación práctica contextualizada y con sólidos conocimientos de planificación y gestión en salud.

Algunas personas sostienen que la planificación en gestión es casi imposible, haciendo referencia al concepto de incertidumbre sobre el futuro. Pero “el futuro es y será siempre desconocido, la planificación no tiene que ver con adivinarlo ni predecirlo, sino a prepararse para intentar *crearlo*

con imaginación en base a las posibilidades futuras que somos capaces de imaginar y descubrir” (Matus, 2007). La planificación es capaz de lidiar con las sorpresas. Lo que sorprende de ellas no es su novedad, sino su oportunidad, intensidad, particularidad y posibles efectos.

Hablar del ingreso a una etapa signada por lo digital, es parte de la discusión y de la planificación que seamos capaces de lograr. La OMS define la *telesalud* como la entrega de servicios de salud utilizando las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación), en especial cuando la distancia representa un obstáculo. La diversidad de contextos de intervención y las problemáticas sociosanitarias que atraviesa el rol profesional del futuro/a fonoaudiólogo/a deberán reflejarse en las diferentes modalidades de prácticas ofrecidas por las Unidades Académicas.

Es por ello que, en el marco de los consensos logrados por la CIFUNyP, en numerosas reuniones mantenidas durante 2020, se acordó la incorporación (de acuerdo a las necesidades y criterios de cada Unidad Académica) de modalidades no presenciales mediadas por las TIC en las instancias prácticas de formación. En este sentido, las prácticas pre-profesionales pueden realizarse en destino único (por ejemplo, presenciales) o combinar destinos en un trayecto híbrido (presencial/no presencial), acorde o ajustado según la derivación contemporánea al estudiante.

### **Prácticas profesionales por teleasistencia**

La teleasistencia ha sido reconocida para sostener procesos clínicos en la situación de pandemia y legitimada por obras sociales, colegios y leyes de teletrabajo. Entendemos que este estado de situación en relación a la teleasistencia requiere ser abordado en los procesos de enseñanza aprendizaje y en el desarrollo de competencias profesionales que se entretengan en las diferentes Escuelas de Fonoaudiología de nuestro país.

Reconocemos que es necesaria la implementación de la telepráctica/ teleasistencia en los espacios académicos, con la intención de brindar al/ la estudiante el conocimiento y la accesibilidad a los nuevos recursos y la utilización de diversos dispositivos para la intervención. La construcción de estrategias de promoción de la salud y de intervenciones preventivas (charlas, talleres, debates, conversatorios, etc.) que propicien el vínculo con la población por medios virtuales es una de las primeras y esenciales acciones fonoaudiológicas que nos ofrece la telepráctica en estos tiempos.

Se abrió un espacio de observación de casos clínicos como único ámbito posible en el marco de la pandemia, de donde se desprendió la necesidad de observar no solo al sujeto de la atención, sino también a su familia y

su entorno inmediato. Mediante esta actividad, es posible la observación funcional del paciente en terapia y la organización integral del abordaje propuesto, la realización del seguimiento de tratamientos en curso (pacientes previamente diagnosticados), la implementación de guías de observación para los/as estudiantes y el aprendizaje de la aplicación de un consentimiento informado. Mostrar experiencias de acompañamiento de pacientes a la distancia es otro aspecto importante para la profesionalización.

Esta modalidad de asistencia tiene desventajas respecto de la presencialidad: en primer lugar, se comprende que el uso de las tecnologías y la teleasistencia no logran suplantar el vínculo entre profesionales, sujetos de la atención y comunidad. Asimismo, algunas prácticas están específicamente obstaculizadas. Entre ellas, podemos mencionar el abordaje de pacientes con déficit del neurodesarrollo y problemáticas de la subjetividad, que presentan dificultades para la interacción mediada por las pantallas, o aquellos que requieran de un abordaje neuromotor. Dentro del área audiológica, si bien pueden realizarse intervenciones terapéuticas, como habilitaciones auditivas, calibraciones de implantes, terapia auditiva verbal y el acompañamiento a la familia a través de programas específicos, se encuentran limitaciones en los estudios audiológicos: audiometrías, logaudiometrías, impedanciometrías, entre otros. En el caso del área de la voz, los dispositivos de comunicación sincrónica deberían contemplar ciertas características técnicas mínimas para asegurar una señal acústica lo más fiel posible a la composición real de la voz del paciente. Cabe mencionar, además, que la teleasistencia depende en su totalidad de la tecnología: de internet y de los dispositivos con que cuenten sus usuarios, motivos ambos de limitación en caso de no poseerlos.

Entendemos que esta práctica teleasistida no reemplaza a la práctica presencial, como fonoaudiólogos/as sabemos que la dimensión que se expresa cuerpo a cuerpo, sin mediar pantallas, no tiene comparación. Sin embargo, ya no podemos negar que la necesidad de atención fonoaudiológica será, en muchos momentos, la única capaz de sostener la salud por la que bregamos. Consecuentemente, es necesario comprender que nuestros/as estudiantes tienen derecho a transitar por los aprendizajes que este nuevo escenario impone.

Lograr reposicionarnos en el campo de la Salud Pública y continuar hacia la Fonoaudiología del siglo XXI nos obliga hoy a planificar y a ser capaces de imaginar el futuro, sabiendo que “lo que puede o no ocurrir mañana decide si mis acciones de hoy son eficaces o ineficaces” (Matus, 2007). El futuro nos dirá si logramos estar a la altura de los tiempos y de la historia.

## Referencias bibliográficas

- CIN (2016) *Documento de revisión de actividades reservadas*. CE 1113/16.
- CIN (2017) *Estándares para la acreditación de carreras de fonoaudiología y microbiología*. CE 1248/17.
- CIFUNyP (2020) *Comunicado sobre la incorporación de la Carrera de Fonoaudiología en el Artículo N° 43 de la Ley de Educación Superior (21/04/20)*
- CIN (2018) *Comunicado sobre las actividades reservadas de la fonoaudiología*. Recuperado en: <https://www.cin.edu.ar/declaracion-actividades-reservadas/> (23/10/20)
- Congreso de la Nación Argentina. “Ley Nacional de Ejercicio Profesional”. *Boletín oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, 7 de octubre de 2020.
- Congreso de la Nación Argentina. “Ley de Educación Superior N° 24521”. *Boletín oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, 10 de agosto de 1995.
- Matus, C. (2007). *Adiós, señor presidente*. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa.
- Ministerio de educación. “Inclusión de la carrera de Fonoaudiología en el Artículo N° 43”. Resolución N° 161/2020. *Boletín oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, 20 de abril de 2020.
- Motta, P. (1993). *La ciencia y el arte de ser dirigente*. Bogotá: Uniandes.
- OMS. (2008) Telesalud. [https://www.who.int/goe/policies/countries/mex\\_telehealth.pdf?ua=1](https://www.who.int/goe/policies/countries/mex_telehealth.pdf?ua=1) (Recuperado el 22/10/2020)
- Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, p. 275.
- Spinelli, H., Arakaki, J., Federico, L. (2019). *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.

## Datos de las autoras

*María Carolina Campra es Licenciada en Fonoaudiología. Se desarrolla en el área de cuidados integrales y terapias complementarias. Docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología. Profesora Adjunta de la cátedra Introducción a la Salud Pública. Directora de cursos de posgrado. Docente de una materia electiva de la FCM. Directora de la Escuela de Fonoaudiología y Miembro CIFUNyP.*

*Ana Clara Isaías es Licenciada en fonoaudiología, ejerce su profesión*

*en el Hospital de Niños Zona Norte (Rosario). Secretaria del Comité de Docencia e Investigación (2017- 2019) y Miembro del FOIN (2017- 2019). Docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología. Profesora Adjunta de las cátedras Metodologías de la investigación. Vicedirectora de la Escuela de Fonoaudiología y Miembro del CIFUNyP.*

## **PARTE II**

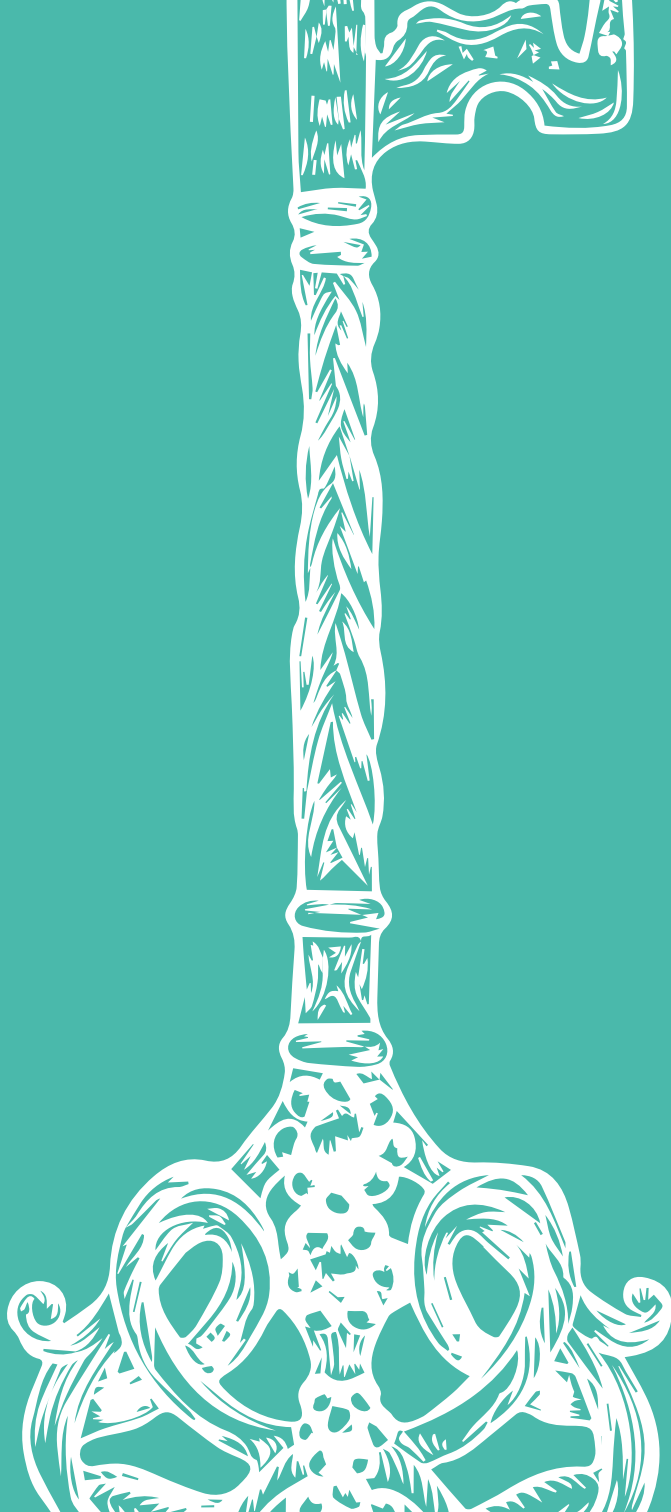
### **Intervenciones fonoaudiológicas para la promoción de la salud**

*«Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad son unas pobres causas.»*

**Ramón Carrillo**







## El derecho a la salud. Una mirada desde la fonoaudiología

**Julia Bertone**

*“El derecho a ser iguales cuando la diferencia inferioriza, pero el derecho a ser diferentes cuando la homogeneidad descaracteriza”.*

*Boaventura de Sousa Santos*

**C**oncebir a la salud como un derecho humano fundamental trasciende el derecho a la asistencia sanitaria e implica pensarla dinámicamente en el interjuego de todos los procesos que la determinan y no como un concepto aislado y estático. Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el acceso al sistema sanitario, constituyen los determinantes sociales de la salud (DSS) más importantes (OMS, 2011). En este sentido, el Dr. Floreal Ferrara (como se citó en Ferrandini, 2011) solía definir a la salud como “la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida”. Es necesario modificar esas condiciones para estar saludables, este compromiso es colectivo y el Estado cumple un rol fundamental en él.

Castellanos (1992) denomina condiciones de vida al conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar de cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad. Dentro de estas condiciones se pueden diferenciar cuatro dimensiones: biológicas, ecológicas, culturales y económicas. Las acciones de salud y bienestar actúan sobre estas dimensiones para reducir el riesgo de enfermar y de morir en una comunidad. La complejidad de los procesos de salud-enfermedad hace evidente la necesidad de interpretarlos como fenómenos colectivos en los que no hay posibilidad de separar dichas dimensiones.

A través del estudio de los determinantes sociales de la salud, puede explicarse la mayor parte de las inequidades, es decir, las diferencias injustas y evitables que se observan en las sociedades respecto de la situación sanitaria.

Como agentes de salud, los/las profesionales de la fonoaudiología corremos el riesgo producir y reproducir inequidades en la atención, lo cual nos invita a revisar las propias prácticas y reflexionar acerca de las acciones (promoción, prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento) que se realizan o se omiten en el ejercicio profesional cotidiano y que generan mayores desigualdades en la atención de la salud. También, podemos vislumbrar hacia el interior de la formación de grado cuáles son las herramientas para ejercer la profesión con las que cuentan quienes egresan, bregando siempre por el derecho a la salud en los diferentes ámbitos de intervención.

Cabe preguntarnos, entonces: ¿alcanza sólo el aprendizaje de las tecnologías semiblandas y duras para abordar las problemáticas actuales de la salud, desde un enfoque que contemple los determinantes sociales? Teniendo en cuenta lo antedicho, es necesario empezar a incluir otras herramientas fundamentales que permitan el trabajo dentro de los equipos interdisciplinarios, como así también abordar las complejidades de cada sujeto.

Al respecto, Merhy (como se citó en Herrmann, 2019) plantea que “buena parte de las herramientas que los trabajadores y trabajadoras disponemos para abordar las desigualdades en la atención de la salud son aquellas comprendidas entre las tecnologías ‘semiblandas’, y muy especialmente las ‘blandas’, como el alojamiento y la capacidad de escucha” (p.8). Los aspectos vinculares intersubjetivos son ejes transversales que atraviesan todo el proceso de atención, desde la asistencia hasta la planificación y la toma de decisiones en salud, en las cuales la comprensión y contención de las comunidades es indispensable. Si pensamos en el abordaje de la comunicación, la palabra se pone en juego, pero también todo el cuerpo. Es decir, los lenguajes verbal y no verbal son esenciales en el encuentro donde se produce el vínculo.

Entonces ¿es posible hoy detenerse en las formas de comunicar para lograr actos más humanizados en salud en tiempos de tanta vulnerabilidad? La palabra adquiere un valor singular cuando proviene del discurso de los/as profesionales de la salud. Nesler (citado en Dijk, 1999) sostiene que “(...) los receptores tienden a aceptar las creencias (conocimientos y opiniones) transmitidas por el discurso de las fuentes que consideran autorizadas, fidedignas o creíbles, tales como los académicos, los expertos, los profesionales o los medios de confianza” (p.29).

Desde la fonoaudiología, hay mucho para aportar acerca de los modos de comunicar. Es fundamental explicar que, al modificar el registro lingüístico, se logran interacciones comunicativas más empáticas. En el encuentro que se produce en cada proceso de atención y que se construye intersubjetivamente, es importante contemplar la historia de cada sujeto, su

contexto, sus padecimientos, miedos, incertidumbres y, de este modo, dar una respuesta más afectuosa desde un lugar de cuidado que tranquilice y alivie.

Persisten aún en las diferentes disciplinas relacionadas con la atención sanitaria y con una fuerte legitimación de muchos sectores sociales, el modelo médico hegemónico y el paradigma tradicional de la salud, desde una mirada que hace énfasis en la enfermedad y en las tecnologías duras y semiblandas. Desde este posicionamiento, se pretende atender la enfermedad, concibiendo al sujeto como un paciente descontextualizado de su medio. Esto se sostiene en las intervenciones de diferentes disciplinas y en los espacios de formación, aunque estas concepciones se encuentran en proceso de transformación. La fonoaudiología, como disciplina de la salud, no es ajena a esto y se podría deducir que su *habitus* está determinado por ciertas características que hacen a las representaciones sociales de la profesión, las cuales tienden a la asistencia y su especificidad. Asimismo, se podría decir que –dentro del campo de la salud constituido por actores que juegan diferentes roles– los/as profesionales de la fonoaudiología debemos asumir el desafío de conquistar nuevos espacios en los equipos de salud.

En la Argentina, el derecho a la salud se encuentra enunciado en la Constitución Nacional. Es clasificado como un derecho de segunda generación, siendo su función garantizar condiciones de vida dignas para todas las personas y defender el valor de igualdad. Los tres niveles del Estado –Nacional, Provincial y Municipal– deben velar e intervenir para que el derecho a la salud se garantice, mediante la gestión de políticas que tiendan a la equidad. Ahora bien, más allá de la existencia de políticas públicas de salud, suponer que este derecho está garantizado no alcanza: debe construirse y conquistarse con sujetos concretos. Es por ello que el Estado no debe intervenir desde una lógica donante de servicios, porque el derecho a la salud se relaciona con la construcción de ciudadanía, y la misma se conforma si hay derechos pero también con sujetos que reaccionen frente a la violación de los mismos y breguen por su cumplimiento (Rovere, 2006). Ello implica pensar a la salud de forma dinámica y determinada por diferentes procesos. Es necesario un Estado flexible, que esté presente en el territorio, en permanente vínculo con la población y las organizaciones sociales, que conozca las diferentes realidades y necesidades, para tomar decisiones y desarrollar acciones que tiendan a la participación social.

En este sentido, Rovere (2006) considera que la atención primaria de la salud (APS) es fundamental para que el derecho a la salud se concrete, y es indispensable que los diferentes actores involucrados tengan acceso a participar de las estrategias de promoción y prevención. Menciona que detrás del derecho a la salud existen por lo menos tres juegos de equidades:

equidad en la atención, equidad en la distribución de los riesgos y equidad en la distribución del saber y del poder. Esta última hace referencia al poder que otorga el acceso a la información y al conocimiento por parte de la población. Se trata de una categoría que excede al sector salud y remite a la imprescindible participación social. Por eso, es necesario brindar información pertinente para que la comunidad sea protagonista. Los individuos que integran una comunidad, según la OMS, deben dejar de ser objetos pasivos de atención, para convertirse en actores principales con toma de decisión y responsabilidad sobre su propia salud, actuando ante la realidad mediante medidas de prevención y promoción.

No es posible dejar de lado el trabajo en y con las comunidades. La importancia de conocer las particularidades de cada grupo poblacional y sus necesidades permite un abordaje que trasciende los límites del consultorio. Es decir, se debe considerar a los sujetos que solicitan un turno pero también acercarse a la comunidad, para llegar a quienes todavía no han podido hacerlo. Es imprescindible actuar no sólo desde las singularidades sino también desde las necesidades colectivas, teniendo en cuenta que brindar atención a las poblaciones es mucho más complejo que atender a la suma de los individuos que la integran.

El poder decisorio informado de las propias comunidades, de acuerdo con Rovere (2013), es una dimensión muchas veces desalentada por los/as profesionales de la salud en general. Se registra cierto temor y desvalorización de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades para participar activamente en la resolución de problemas. De este modo, elementos fundamentales de la concepción de la APS y la participación social se dejan de lado, cuando son claves para la sustentabilidad de los resultados o para encontrar mejores respuestas social y culturalmente aceptadas, y técnicamente ajustadas. La participación social es un derecho inalienable. Es un deber del sector salud facilitarla y propiciarla.

Respecto del abordaje de la comunicación, es indispensable garantizar la atención integral. Es necesario correr la mirada puesta exclusivamente en la asistencia, para desarrollar intervenciones de promoción y prevención que permitan el grado máximo posible de salud en relación a los aspectos vinculados a la comunicación humana. Para lograrlo, los/as profesionales de la fonoaudiología deberían estar presentes en los diferentes efectores de salud dependientes del Estado a fin de garantizar la accesibilidad a toda la población en todos los niveles de atención.

En este sentido, es importante que la Universidad promueva contenidos curriculares integrales que contemplen todo el proceso de atención fonoaudiológica. Se entiende que la formación de grado es un cimiento

fundamental para el aprendizaje de saberes y herramientas prácticas, con un enfoque tendiente a concebir a la salud como un derecho, desde la complejidad y el compromiso que esto implica. Desde la práctica docente, se hace necesaria la reflexión acerca de la concepción de salud en general y de la salud fonoaudiológica en particular como derechos humanos. Además, es fundamental pensar acerca del rol que ocupa la fonoaudiología en los efectores de salud y equipos interdisciplinarios en los diferentes niveles de atención y su inserción en los ámbitos de intervención, algunos ya explorados y otros que aún aguardan su participación. Cabe también repensar qué profesionales de la fonoaudiología necesita la sociedad hoy.

Es imprescindible que los/as profesionales de los servicios de salud tiendan a la equidad en la atención, pero que a su vez respeten las diferencias, con el objetivo de contemplar las diversas poblaciones, para que sepan que tienen efectivamente “el derecho a ser iguales y también tienen el derecho a ser diferentes” (Rovere, 2013, p.11)..Asimismo, la fonoaudiología tiene el desafío de habitar nuevos espacios, de cumplir nuevos roles, promoviendo la comunicación desde todos sus aspectos mediante el desarrollo de estrategias de intervención que atiendan a la salud de las personas y la comunidad.

La complejidad de las sociedades y la multiplicidad de factores que hacen al proceso de salud-enfermedad determinan la necesidad del trabajo interdisciplinario e intersectorial e invitan a repensar el rol fonoaudiológico en diferentes ámbitos que trascienden a la salud y la educación.

La situación sanitaria mundial que estamos atravesando, en el contexto de la pandemia por Coronavirus, permite vislumbrar la importancia de la fonoaudiología en los equipos de salud en los diferentes efectores, cada uno con sus características particulares, pero cumpliendo un rol esencial. Desde estos espacios logrados, existe un nuevo horizonte. Es necesario continuar participando activamente para que la salud siga siendo un derecho humano fundamental.

## Referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (2002). “Algunas propiedades de los campos”. En *Campo de poder, campo intelectual*. Bs. As.: Montessor. P. 128
- Castellanos, P. (1992). *Perfiles de salud y condiciones de vida. Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en Latinoamérica*. Presentado en el I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada, España.
- Ferrandini, D. (Noviembre de 2011). <http://www.heroinas.net/>. Recuperado el 10 de Noviembre de 2020, de <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>

Herrmann, J. M. (2019). “Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud. Posible marco para revisar las barreras de acceso a los servicios de salud”. En F. A. -FAMG-*La clínica y la gestión de la medicina general. El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud.*

López, O.; Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud”. *ALAMES. Medicina Social, Vol. 3, Nº 4.*

OMS. (2011). *Declaración Política sobre los Determinantes Sociales de la Salud.* Río de Janeiro.

Rovere, M. (2006). *Redes en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud”. Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.* Córdoba: El Ágora.

Rovere, M. (2013). “La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas”. Recuperado en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752013000300009&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000300009&lang=pt)

Terenzi Seixas, Clarissa y Merhy, Emerson Elias y Staevie Baduy, Rossana y Slomp Junior, Helvo. (2016). “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. *Salud Colectiva.* Recuperado en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/>

Van Dijk, T. A. (1999). “El análisis crítico del discurso”. *Anthropos* (186), 23-36.

### Datos de la autora

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 una materia electiva (Escuela de Medicina FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Co-Directora de curso de posgrado (FCM, UNR).

## Intervenciones fonoaudiológicas para el cuidado de la comunidad

**Celina Jasinski**

**T**rabajar formando parte de equipos interdisciplinarios, dentro de lo que se denomina la Atención Primaria de la Salud (APS), implica un posicionamiento diverso y dinámico, que debe tomar en cuenta conceptos acerca de la salud desde una perspectiva integral. Además, es necesaria una mirada diferente en relación al abordaje de la comunicación humana. En la práctica, queda en evidencia que la lógica asistencialista y las dinámicas de trabajo individual necesitan reformularse para dar respuesta a la amplia y variada demanda que se observa en nuestra disciplina.

Por otra parte, resulta fundamental, para poder pensar cualquier estrategia de abordaje, conocer la comunidad particular en la que pretendemos llevar a cabo nuestra práctica, en otras palabras, “caminar el barrio” como solemos decir. Si no conocemos las características de la población en cuestión y si no intentamos, al menos, comprender su particular forma de habitar y entender el mundo, difícilmente logremos generar las herramientas adecuadas. Las prácticas necesitan ser significativas en cada comunidad, para impactar en el sujeto y su familia, que muchas veces se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, no solo socio-económica, sino también cultural y subjetiva.

Si bien estas premisas deben considerarse en cualquier forma de abordaje, el contexto particular en el que se encuentran nuestros pacientes y la desajustada proporción entre la cantidad de consultas y la carga horaria de los/as profesionales vuelven imprescindible la implementación de recursos acordes. De los 51 centros de atención primaria de la salud municipales, que se encuentran en nuestra ciudad, solo la mitad (25) cuenta con la asistencia de colegas. Esta tarea es llevada a cabo por nueve compañeras, por lo cual se debe trabajar con una modalidad matricial, asistiendo semanalmente a entre tres y cuatro centros de salud.

Muchos de los casos para los cuales somos convocadas ameritan instancias terapéuticas individuales. Es muy importante poder hacer

algún tipo de intervención en las diferentes problemáticas que presenta la población. Es por ello que vamos diseñando *artesanamente*, como enuncia la compañera Micaela Fagioli (2020), diferentes formas de acompañar a la comunidad, en un trabajo interdisciplinario con los/as integrantes de los equipos de cada efector. Dentro de estas estrategias, que se van construyendo dialécticamente con los/as compañeros/as y la comunidad, sostenemos que la realización de talleres debiera ser la herramienta privilegiada en este nivel de atención. Si bien los talleres son gestados colectivamente, y se reconoce la importancia de nuestra mirada disciplinar, la participación de profesionales de la fonoaudiología en ellos –a largo plazo y de forma periódica– es controversial en muchos casos. En primera instancia, porque al disponer de pocas horas en cada uno de los centros de salud, los equipos sienten una especie de “pérdida” en la atención de pacientes en consultorio. Por otra parte, nuestra formación está orientada fuertemente a la práctica en sesiones individuales, por lo cual, para la implementación de estas estrategias, necesitamos valernos de recursos diferentes. Es decir, implica un cambio de paradigma y también modificar las representaciones sociales de la fonoaudiología intra e interdisciplinariamente.

En este sentido, es interesante profundizar sobre la intervención en los “Talleres de Desarrollo Infantil Oportuno”, gestados por el Gabinete de Desarrollo Infantil de la Municipalidad de Rosario. Estos talleres se llevan a cabo, intersectorialmente, en todos los centros de salud municipales de la ciudad de Rosario y centros de convivencia barrial. Asisten duplas y/o triplas, conformadas por niñas y niños de 0 a 3 años junto con sus cuidadores/as. Entre los profesionales, se encuentran pediatras, médicos/as generalistas, psicólogos/as, enfermeros/as y docentes. La presencia de profesionales de nuestra rama no se da en la mayoría de los espacios. Nuestra participación, en algunos de ellos, es el resultado del trabajo y la reflexión con los equipos de salud acerca de la importancia de que nuestras intervenciones sean *in situ*, espontáneas y oportunas, para acompañar el desarrollo comunicativo y lingüístico de las niñas y los niños que allí asisten. Es relevante mencionar que los pacientes, que son derivados a estos espacios, presentan cierta vulnerabilidad o un desafío en el desarrollo, generalmente, en la comunicación y el lenguaje, por lo cual la intervención desde nuestra disciplina es más que necesaria y, además, configura un enriquecimiento para el taller y un avance dentro de la historia del quehacer fonoaudiológico dentro de la salud pública, especialmente en la atención primaria de la salud (APS).

A partir de las experiencias vivenciadas en los talleres de dos de los centros de salud en los que trabajo, me resulta oportuno remarcar dos aspectos muy interesantes que en estas dinámicas se generan, y que sería fundamental

poder multiplicar y compartir para generar más y mejores prácticas. El primero radica en el valor que aporta a la construcción del vínculo. El encuentro que en este marco sucede favorece no solo la periodicidad que toda actividad conlleva sino también una forma de acercamiento diferente a las indicaciones de salud. En este sentido, una especie de cotidianidad que se instala permite ajustar los modos y los momentos de intervención por parte de los/as profesionales y, en el caso de los/as pacientes, ayuda a tomar las sugerencias y apropiarse de ellas para luego generalizarlas. Tal como lo plantea De Sousa Campos (2003), la “construcción de vínculo es un recurso terapéutico”. Participar activamente en el taller nos permite a los/as profesionales manejar un registro lingüístico más cercano con los sujetos, necesario para realizar las intervenciones precisas que requiere el abordaje de la comunicación. Esto, sumado a la fortaleza del vínculo que así se genera, permite acciones más sutiles y contextualizadas, que pueden ser interiorizadas de otra manera por los/as usuarios/as.

Además, hemos podido comprobar que muchas de las intervenciones realizadas en este dispositivo de carácter grupal cobran legitimidad en el ámbito comunitario. Los/as cuidadores/as están atentos/as a las indicaciones que los/as profesionales hacen a otras díadas y, con el correr del tiempo, se sienten habilitados a dar su parecer, ofrecer propuestas, contar sus experiencias y evocar algunas devoluciones que recibieron de sus terapeutas. Con respecto a este punto, se genera una dinámica más que interesante, porque en muchos casos los/as cuidadores/as se sostienen y estimulan entre sí. El cuidado de las niñas y los niños adquiere una lógica “de tribu”, donde cada persona no solo se responsabiliza del cuidado de su hijo/a, sino que también colabora con la crianza de los demás.

Nuevamente, tomando prestadas las palabras de Campo Sousa (2003), se puede plantear que “estimular la capacidad de las personas para enfrentar los problemas a partir de las condiciones de vida (...) involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud (...) considerar a cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad es el desafío de cada encuentro”. El formato de taller no es la única herramienta, pero sí es una de las más adecuadas. A partir de su implementación, ponemos en juego diferentes estrategias planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el trabajo en atención primaria, como son la intersectorialidad y la participación comunitaria, entre otras.

No debemos perder de vista la importancia de modificar el perfil profesional, desde la formación de grado, brindar herramientas a los/as graduados/as desde diferentes perspectivas para el abordaje en ámbitos

públicos y privados, que atiendan a las características de la sociedad actual. Pero, además, es fundamental promover la creación de nuevos cargos públicos en el área de fonoaudiología, para que cada profesional pueda llevar a cabo estrategias conociendo en profundidad a la comunidad y abordando las problemáticas comunicativas desde diferentes formas de intervención, en relación a las características de sus pacientes y sus dificultades. Solo de esta manera estaremos garantizando realmente el derecho a la salud.

Si logramos, con nuestras prácticas, generar y fortalecer vínculos que legitimen logros en el ámbito comunitario, podremos arribar a un abordaje más eficiente en términos de calidad y cantidad de personas a las que se hace extensivo. De este modo, lograremos empoderar a las poblaciones para que puedan reconocer y construir sus propios parámetros de comunicación saludable.

Acercarnos a estos objetivos implica aprender a cuidar a la comunidad desde adentro, con un conocimiento profundo y verdadero del contexto en el que trabajamos. Es decir, comprometiéndonos en nuestra tarea y con la población, para acompañarla, mejorar y promover su salud comunicativa. Porque este es el fin mismo de nuestra presencia en el primer nivel de atención de la salud.

### **Referencias bibliográficas**

Castellanos, P.L. (octubre de 1992) “Perfiles de salud y condiciones de vida. Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en Latinoamérica.” I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada, España.

De Sousa Campos, G.W. (2003) “Reflexiones sobre la clínica en equipo de salud de la familia”, *Investigación en Salud*, Vol. 6 N° 1 y 2, Publicación Científica de la Secretaría de la Salud Pública Municipal, Rosario.

Fagioli, M. (2020) Conversatorio “Fonoaudiología y Salud Pública”. <https://michaelafagioli.fic.wixsite.com/website/post/fonoaudiolog%C3%ADa-y-salud-p%C3%ABlica>

Rovere, M. (2006) “Redes en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud”, en *Redes en Salud, los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Córdoba: El Angora.

### **Datos de la autora**

*Celina Jasinski es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra Introducción a la Salud Pública y Auxiliar*

*Docente en la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Discapacidad Auditiva de Escuela de Fonoaudiología (Facultad de Ciencias Médicas, UNR). En el ejercicio de la profesión, se desempeña en centros de salud de atención primaria de la Municipalidad de Rosario.*

## Las intervenciones fonoaudiológicas en la atención primaria de la salud

**María Fernanda Ginghami**

**E**n los centros de salud se utilizan diferentes estrategias de atención, se trata de adecuar la práctica clínica a las características de los equipos y a la población del lugar. La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) está basada en la participación de la comunidad en el territorio, espacio apropiado para desarrollar dispositivos creativos. Intentaré entonces iniciar un breve recorrido por algunas de las intervenciones que se llevaron y se llevan a cabo en la ciudad de Rosario.

El punto de partida es el año 2006, con un Proyecto de Presupuesto Participativo elegido por la población del Distrito Noroeste: “Por el futuro de niños y niñas”. Se trataba de talleres a cargo de un equipo interdisciplinario, formado por fonoaudiólogos y especialistas en estimulación, que abordaban distintas problemáticas en todos los centros de salud del distrito. La misión de estos proyectos era generar acciones y políticas concretas con y desde la comunidad e impulsar el cambio en la participación de las distintas problemáticas que atraviesan.

La administración municipal otorga una asignación presupuestaria específica al Presupuesto Participativo, para ser ejecutada por las distintas secretarías. El mecanismo de trabajo está basado en la elaboración de proyectos sociales y urbanos, proyectos que encuentran su origen en el planteo de las necesidades y demandas que los vecinos y las vecinas manifiestan durante el desarrollo de las asambleas barriales. Más tarde, son los miembros integrantes de cada Consejo Participativo de Distrito los encargados de transformar, en un trabajo conjunto con el personal técnico y administrativo de la Municipalidad, aquellas propuestas y necesidades generales en proyectos concretos, que finalmente son presentados a los vecinos para su elección definitiva. La implementación de este canal de participación permite entablar una relación cercana con la ciudadanía y analizar en profundidad las problemáticas de los diferentes barrios. Es un proceso de planificación conjunta que comprende el encuentro, el diálogo y el debate que fortalecen el entramado social.

En este contexto, se puso en marcha el taller de acompañamiento del crecimiento y desarrollo de niñas y niños menores de tres años, que se realizó en los centros de salud del distrito Noroeste: Roque Coulin, Débora Ferrandini, Henry Dunant, Ceferino Namuncurá, Emaús y el Policlínico San Martín. Así, la teoría se convirtió en práctica, un proyecto plasmado en un escrito se concretó en el encuentro con los equipos de trabajo y las poblaciones a cargo.

Este dispositivo intentó abordar, con una mirada integral, esta etapa fundamental de la vida de un niño. A través de este espacio se propuso alcanzar los objetivos de prevenir, detectar y atender problemáticas del neurodesarrollo, fortalecer el vínculo madre-hijo, promover la autonomía de las madres en el acompañamiento de los niños respetando la diversidad cultural, para integrar la misma como recurso genuino y efectivizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Pero, ¿qué es un taller? El taller es un espacio de trabajo, reflexión, investigación, confrontación, juego y creación, donde se combina y articula el trabajo individual y personalizado con la tarea grupal y/o comunitaria. El uso del dispositivo taller permitió incluir médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, enfermeros y otros profesionales, para impedir la fragmentación del niño en aspectos psicológicos, sociales, neurológicos, de la comunicación, etc. Además, permitió la observación *in situ* del modo de relación de la mamá con el niño y las posibles intervenciones, que en ese espacio se generan, tanto por los profesionales como por el intercambio de saberes entre las madres. Esta modalidad no pretendió aumentar las tareas de los trabajadores de los equipos, sino redireccionar la utilización del tiempo de trabajo y la capacidad del recurso disponible hacia actividades de mayor impacto en la población, contando con el respaldo de un equipo interdisciplinario en el ámbito laboral.

Buscamos espacios físicos lo suficientemente amplios para colocar colchonetas en el piso, donde los niños jugaran con sus mamás y otros pares. A su vez, se pretendió que las madres pudieran intercambiar saberes y prácticas entre sí, y con los profesionales. Estos observaron en acto el desarrollo psicomotriz, el lenguaje, la visión, la audición, como así también el contacto libidinal del niño con su madre, fundamental en la constitución subjetiva. Esto no implicó que se dejara de lado las tradicionales prácticas de control de crecimiento y desarrollo (peso, talla, vacunación y detección de patologías), sino que amplió las mismas, para que fueran integradas con otros aspectos centrales del desarrollo. El espacio no sólo operó en la ejecución diagnóstica, sino también en las proyecciones terapéuticas.

Si bien el tiempo de los proyectos de Presupuesto Participativo es aco-

tado, el impacto logrado por esta intensa actividad en edades tempranas permitió visibilizar la necesidad de continuar e incorporar a la fonoaudiología como parte de los equipos de trabajo. Surgieron además otras propuestas en cada lugar: talleres para embarazadas, evaluación de niñas y niños que concurren a los Centros Crecer (ahora denominados Centros de Convivencia Barrial), charlas informativas compartidas con las familias, participación en las huertas y en los talleres de juego.

Hasta allí fue el camino recorrido y compartido con mi querida compañera, Rita María Sileo. Poco a poco se redistribuyeron los lugares donde cada una seguiría con su tarea. Esta decisión fue consensuada entre los jefes de los centros de salud, la Dirección de Centros de Salud y quienes integramos los equipos interdisciplinarios.

Las problemáticas de la infancia y las demandas de cada centro de salud convocan siempre a la elaboración de estrategias diferentes por fuera de la clínica en el consultorio. Es así como el Centro de Salud Emaús definió, en ese momento, un espacio de trabajo interdisciplinario e interinstitucional de evaluación en el proceso de enseñanza-aprendizaje con las escuelas del barrio. Pasamos de la derivación a la construcción, el acercamiento a algunas de las escuelas abrió la posibilidad de construir el problema en conjunto, desmontando la idea de la existencia de un especialista que sabe sobre cómo intervenir ante una problemática. Trabajamos con espacios de intervención que involucraban a los diferentes actores participantes: familia, escuelas y otras instituciones barriales, además de diseñar redes interinstitucionales para un abordaje integral de las situaciones planteadas.

Dentro de las estrategias realizadas, desarrollamos reuniones periódicas con docentes, entrevistas interdisciplinarias y actividades grupales con los padres de niños y niñas derivados de las escuelas, la evaluación y el tratamiento en cada caso, como así también reuniones con equipos de la red interinstitucional según la especificidad de la problemática.

En el período 2009-2010 una pandemia ingresó a la Argentina, el virus de influenza A (H1N1), que despertó gran temor en el mundo. La epidemia de gripe pasó a considerarse pandemia, anunciada por la Organización Mundial de la Salud. Las atenciones se vieron afectadas, mientras que el abordaje exigió la planificación, organización y participación de todos para dar respuesta a las necesidades de salud generadas por la emergencia sanitaria de esos años. Las estructuras del primer nivel y sus equipos de atención jugaron un valioso papel en la respuesta integral que se le brindó a la comunidad.

El año 2016 marcó otro momento importante en este recorrido, con la incorporación de nuevas colegas a la atención primaria de la salud. Se reorientó el trabajo fonoaudiológico, lo que determinó para mí un nuevo co-

mienzo, esta vez en el distrito Oeste. Con la mirada centrada en la población infantil, expuesta a una compleja problemática y en el marco de una política universal para las Infancias, se elaboró un proyecto que proponía entrelazar acciones que se venían desplegando con una propuesta más amplia de abordaje del desarrollo, priorizando nuevamente a menores de tres años.

Se organizó un nuevo dispositivo a nivel territorial, conformado por equipos interdisciplinarios e intersectoriales, un trabajo articulado entre centros de salud y centros de convivencia barrial, que contó con el apoyo de la Secretaría de Cultura y Educación. Estos dispositivos fueron localizados en lugares estratégicos de la ciudad y con otros efectores, instituciones y organizaciones sociales vinculadas al tema. Las actividades específicas comprendieron la presentación de situaciones, entrevistas, espacios de recepción, espacios de juego con fines terapéuticos apelando a la clínica ampliada, con la participación de niños y adultos coordinados por los equipos interdisciplinarios; seguimiento; formación y acompañamiento a los equipos intervinientes.

Con la llegada del año 2020 aparece en escena una nueva pandemia por el Covid-19, que irrumpe de manera abrupta nuestro quehacer cotidiano, pero que nos obliga sin lugar a dudas a re-construir. Nuestro trabajo se pone de manifiesto en otras tareas. Es difícil explicar cuál es realmente nuestra función en la comunidad, en el territorio, estar a disposición para las estrategias que implementa cada efector. Se hace imprescindible volver a pensar el concepto de agentes de salud con todo lo que eso implica. También, valorar el trabajo en equipo, hacer con otros, con amor, compromiso y responsabilidad.

Esta situación convoca una vez más a revisar los modos de intervención en tiempos de nuevos desafíos y aprendizajes. Las estrategias territoriales implican contener a la población, generar nuevos instrumentos de atención, orientación y acompañamiento; facilitar la tarea en los equipos de salud, dar respuesta a las demandas de las personas que siguen acercándose de manera presencial o virtual a través de las redes sociales para solicitar asistencia, capacitarse e introducir nuevas herramientas de comunicación.

Desde nuestra práctica, sabemos que comunicar es compartir, es hacer a otro partícipe. La comunicación permite el encuentro de miradas, gestos, rostros, palabras. La palabra es vínculo, es diálogo entre dos. Con la palabra se calma, se cuenta, se informa, y una información dada de una manera o de otra es muy importante en estos tiempos.

Entonces, ¿qué hacer en los centros de salud? No hay una sola respuesta, porque la actividad va cambiando día a día, los equipos se siguen transformando, las funciones se siguen construyendo. Por su significativa presencia en la comunidad y su interrelación con otras instituciones, el primer nivel de atención constituye el punto inicial del sistema en las acciones de salud



pública para contener o responder. Es el ordenador de la atención en los servicios y del seguimiento en la comunidad, cuando se mantienen eficientes coordinaciones con otros niveles de complejidad articulados en red.

Pensemos ahora en todas las acciones que se realizan desde la fonoaudiología: sesiones individuales, actividades grupales, visitas domiciliarias, consejerías, articulación en red, diagnóstico participativo, trabajo intersectorial, trabajo interinstitucional, promoción, prevención y clínica ampliada. Empecemos a sentirnos facilitadores comunitarios, gestores de redes de comunicación.

La APS tiene características que permiten la integración de profesionales y no profesionales en el desarrollo del trabajo en equipo, pensando siempre en un modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria. Estas acciones deben incluir a la fonoaudiología, porque es esencial para la red de atención, la cual no solo implica acompañar a los niños que presentan diferentes problemáticas y a sus familias, sino también es fundamental dar respuestas a las demandas de su entorno. Comenzar a entender estos espacios como prioritarios constituye la garantía de la atención oportuna e integral y del seguimiento de pacientes con alta vulnerabilidad sanitaria y, en la mayoría de los casos, alta vulnerabilidad social.

Invita a la reflexión una cita de Albert Einstein (s/f): “No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo. La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos. Es en la crisis donde nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias”. El contexto actual plantea la necesidad de construir nuevas conceptualizaciones acerca de la atención primaria y la salud comunitaria, y de la implementación de estrategias novedosas, resignificadas de hecho, a partir de las propias crisis.

### Referencias bibliográficas

Federación Argentina de Medicina General. (2020). *Re-Organización del Primer Nivel de Atención ante la pandemia de Coronavirus Argentina 2020*. En: <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/142-noticias/720-propuesta-de-reorganizacion-del-primer-nivel-ante-el-covid-19>

Municipalidad de Rosario. (2009). *El presupuesto participativo en rosario. Una apuesta renovada al experimentalismo democrático*. En: [https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca\\_pp/pp\\_rosario\\_una\\_apuesta\\_renovadora.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/pp_rosario_una_apuesta_renovadora.pdf)

Municipalidad de Rosario. (2013). *Desarrollo Infantil. Promoción e Intervención Oportuna. Diseño de estrategias y acompañamiento a los grupos*

*poblacionales y a los equipos territoriales*. Rosario, Secretaría de Promoción Social, Secretaría de Salud Pública. Borrador

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.

### Datos de la autora

*María Fernanda Ginghamini es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente de la cátedra Lenguaje y Aprendizaje Normal e integrante del equipo de investigación Fonoaudiología Social y Comunitaria (Escuela de Fonoaudiología, FCM. UNR). Integrante de Equipos de Salud en los Centros de Atención Primaria Dr. David Staffieri, Dr. Esteban Maradona y Jean Henry Dunant (Municipalidad de Rosario) y del equipo de Desarrollo Infantil Centro de Salud Dr. David Staffieri/CCB Oeste.*

### PARTE III

#### La fonoaudiología desde la perspectiva de género

*«El feminismo es una manera de vivir  
individualmente y de luchar colectivamente.»*

**Simone de Beauvoir**





## Abordaje de la violencia familiar en la clínica fonoaudiológica. Posibles intervenciones

**Yanina Sosic**

**E**l presente capítulo tiene por objetivo presentar a la violencia como problemática de salud prevalente. Propone reflexionar acerca de la misma en el seno de las familias y sobre la implicancia del profesional de la fonoaudiología en el abordaje de la temática, de manera que permita generar propuestas posibles de intervención no sólo en el plano de lo asistencial, sino también desde la prevención y promoción de la salud.

### **Violencia, salud pública y fonoaudiología**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2001) señala que la visibilidad de la violencia como problema de salud pública es de reciente emergencia, aunque manifiesta que los casos de niños/as y mujeres abusadas empezaron a llegar a las instituciones de beneficencia desde finales del siglo XVIII e inicios del XIX, según algunos registros. Considerando a la violencia como el “uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS, 2002), la misma no siempre ha sido objeto de estudio del campo de la salud.

Según Souza Minayo (2005), nunca un tema provocó tanta resistencia para su inclusión en la agenda sanitaria como la violencia. Argumenta que la salud, terreno casi monopólico del modelo médico y biomédico, cuya racionalidad tiende a incorporar lo social sólo como variable ambiental de la producción de las enfermedades, puede haber influido en este hecho. En este sentido, Spinelli (2008) denota que los abordajes de la violencia por parte de la salud pública y la medicina, la mayoría de las veces, se han realizado desde un enfoque “patologizante”, lo que la deja reducida a variables biológicas para su asimilación al campo médico-sanitario.

En América Latina, recién a partir de la década del ochenta la agenda del sector tiende a incorporar a la violencia, luego del estudio del síndrome del bebé golpeado en la década del sesenta y la influencia del movimiento feminista de los años setenta. Souza Minayo (2005) la define como pertinente al campo de salud pública por el impacto que provoca en la calidad de vida de las personas, las lesiones físicas, psíquicas, espirituales y morales que acarrea y las exigencias de atención y cuidados que demanda a los servicios de salud. Además, porque forma parte de las preocupaciones del sector sanitario cuando se trabaja desde el concepto ampliado de salud.

En este sentido, si consideramos a la salud como un derecho humano fundamental y bajo la premisa de que las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece son los determinantes más importantes del estado de salud (Comisión Determinantes Sociales de la Salud, 2008), se entiende la necesidad de abordar la violencia como problemática de salud prevalente. Además, según la OPS (1996), algunos de los aspectos fundamentales donde la perspectiva y métodos de la salud pública pueden contribuir significativamente a enfrentar y combatir la violencia giran en torno a poner énfasis en la prevención antes que en el tratamiento, favoreciendo a su vez un enfoque desde distintas disciplinas en su análisis.

Ambas cuestiones –considerar a la salud desde una visión integral considerando sus determinantes sociales y el enfoque interdisciplinar– ubican a los/las profesionales de la fonoaudiología como partícipes activos en su rol de agentes de salud e integrantes de los equipos intervinientes. Dicha situación obliga a pensar y repensar cómo contribuir desde nuestra especificidad disciplinar al abordaje integral de esta problemática, poniendo a disposición, para los análisis e intervenciones, nuestros marcos conceptuales y generando una comunicación, un diálogo con las demás disciplinas que integren dichos equipos de salud. La comunicación es inherente a nuestra profesión y sobre ella debemos trabajar también en el abordaje de la violencia.

### **Violencia familiar. Mujeres, niños, niñas y adolescentes como sujetos de nuestras prácticas**

Los niños, niñas y adolescentes ocupan un lugar central en la clínica fonoaudiológica y constituyen un grupo poblacional al que van dirigidas muchas de nuestras intervenciones. Es sabido que dicho abordaje implica un trabajo conjunto que incluye también a otros actores: padres, madres y demás adultos que participan en la crianza. En este sentido, las mujeres, en su clásico rol frente a los niños y niñas como madres/cuidadoras, constituyen

referentes a los que habitualmente convocamos en distintas instancias que se generan en torno a la clínica.

Tal como lo menciona Garaventa (2019), las organizaciones familiares resisten el paso del tiempo y prometen larga vida. Han cambiado sus formas y modos, sus estructuras de presentación y organización, pero por lejos continúan siendo el núcleo social primordial que planta a los hijos/as en la sociedad y determina los formatos del ingreso a la cultura de los mismos/as. Los niños, niñas y adolescentes aprenden en la familia, como primera sociedad, las formas de relacionarse y comunicarse. La violencia es una forma de relacionarse que se aprende. Cuando se desarrolla en el marco de la familia, los niños y niñas aprenden que la violencia es una forma de resolver conflictos, un modo habitual de expresar distintas vicisitudes propias a cada singularidad.

En la violencia familiar, subsisten profundas inequidades que propician situaciones de maltrato hacia los miembros de la familia, violencia ejercida hacia los más débiles, en función del sexo, la edad o la condición física. Según la OPS/OMS (2001), el reconocimiento de grupos más vulnerables muestra que la violencia familiar no se distribuye al azar, sino que tiene cierta direccionalidad en relación al sexo femenino, edad, preferencia sexual en los adultos masculinos, discapacidad o dependencia, entre otras. Ello ocurre tanto en el medio familiar como en el ámbito público. La desigualdad existente tanto en la vida pública como en la privada facilita el abuso de poder, exponiendo a las personas pertenecientes a los grupos vulnerables a situaciones de violencia.

En la selección de las víctimas pareciera existir una asociación entre inequidad social en ciertos grupos humanos, como por ejemplo desprotección legal, desconocimiento y atropello de derechos a nivel social y familiar, representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los niños/as, a los/las adultos/as mayores y a lo diferente. No obstante, tal como lo señala la OPS/OMS (2001), la violencia familiar no es específica de una clase social. Todos los grupos sociales, económicos, culturales, etarios, urbanos y rurales están involucrados independientemente del nivel educativo, religión o grupo étnico de pertenencia. Resulta claro cómo los integrantes de la familia culturalmente estigmatizados, cómo los de menor poder dentro de la estructura jerárquica familiar, son quienes corren el mayor riesgo de ser víctimas de la violencia, encontrándose entre ellos/as las mujeres, niños, niñas y adolescentes, sujetos de nuestra atención/cuidado. La violencia familiar, incluye entonces, a la violencia de género y aquella ejercida hacia las infancias y adolescencias.

Entendemos a la violencia de género cómo “cualquier acto violento

por razón del sexo que resulta, o podría resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, coacción o la privación arbitraria de libertad, produciéndose éstos en la vida pública o privada” (Organización de las Naciones Unidas, 1994). Por su parte, la violencia familiar según la OPS/OMS (2001) se trata de “toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder sin importar el espacio físico donde ocurra que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia”.

En nuestro país, el marco legal para dicha problemática está dado por la Ley Nacional N° 24.417 de “Protección contra la Violencia Familiar”, la Ley Nacional N° 26.485 de “Protección integral a las mujeres” y, al incluir a las infancias y adolescencias, por la Ley Nacional N° 26.061 de “Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”. Como profesionales de la salud, debemos conocer las mismas para acompañar a los/las usuarios/as del sistema de salud al restablecimiento de sus derechos frente a su vulneración.

#### **Intervenciones posibles desde el campo disciplinar fonoaudiológico, en el marco de los equipos de salud, la intersectorialidad y las políticas públicas**

El abordaje de la violencia familiar requiere no sólo de actividades en relación a la promoción de la salud y prevención, más allá de lo netamente asistencial, sino también de los diferentes niveles de intervención a nivel singular, familiar, comunitario y de la sociedad en general. La OPS/OMS (2001) plantea distintos niveles de actuación: macro social, meso o sectorial y micro o local, distinta población meta, acciones y actores sociales en las diferentes dimensiones de condiciones de vida para la deconstrucción de la violencia.

En este sentido, propone un trabajo a nivel macro, ubicando el modelo económico social y su vinculación con la equidad de género y el Estado. Esta relación puede expresarse en la generación de políticas, programas y acciones que generen acceso y control de recursos materiales y simbólicos sin discriminación para hombres y mujeres. Es decir, la construcción de políticas públicas con equidad de género constituye una forma de promover la salud.

El nivel meso supone al sector salud en coordinación con otros sectores clave del Estado, como el judicial o el de educación, en lo que conocemos como intersectorialidad, elemento clave para el abordaje a este nivel desde un enfoque de equidad de igual manera que en el nivel macro. La atención integral a la violencia familiar se concreta a nivel micro o local en los espacios de los servicios de salud y en los demás espacios territoriales donde

las personas participan y reciben acciones concretas para mejorar su calidad de vida. Aquí cobra relevancia otro aspecto central que es la participación social, el hecho de convocar a los/las usuarios/as, a la población destinataria de las propuestas, considerándolos como activos en el cuidado de la salud. En este punto, y en relación a la promoción de la salud, resultaría adecuado generar actividades que incluyan la perspectiva de género, esto es, deconstruir los modelos androcristas, concientizando y sensibilizando a la comunidad acerca de la importancia de la pluralidad y el respeto a las diferencias para promover relaciones más igualitarias en relación al género.

Asimismo, la promoción de formas no violentas en el ámbito familiar constituye otro de los ejes de intervención, si pensamos en optimizar la salud comunicativa. Las acciones que se generen están destinadas a desarrollar cambios en las representaciones sociales y actitudes que favorezcan una comunicación basada en la riqueza del lenguaje humano con su capacidad de simbolizar. En relación a este punto, resulta propicio pensar en un trabajo con las familias, con quienes ocupan un rol de cuidado en la vida de los/as niños/as, con el objetivo de generar condiciones saludables en torno a las modalidades discursivas y de intercambio verbal y para verbal de los interlocutores primordiales de los niños/as.

En relación a la prevención primaria, la misma incluye puntualmente acciones dirigidas a evitar la violencia familiar. Aquí toma relevancia toda estrategia que persiga sensibilizar a la sociedad para desnaturalizar la violencia en todas sus formas. Es importante poder delinear actividades donde se ponga en palabras sus implicancias, indicadores y síntomas. El proponer dispositivos clínicos que permitan compartir experiencias en torno a la violencia y el conocimiento de los mecanismos sobre los cuales opera colabora en el sentido de empoderar a las mujeres frente al hecho de poder identificar situaciones violentas y establecer algunos mecanismos para buscar ayuda u ofrecerla a quienes la necesiten.

En cuanto a la prevención secundaria, la detección temprana de las personas víctimas de violencia es un requisito indispensable para brindarles asistencia y protección. Junto con el equipo de salud debemos ser capaces de generar en cada instancia clínica una escucha abierta y sensible hacia las mujeres, niños/as y adolescentes, ya que cada encuentro con los/las mismos/as constituye un espacio privilegiado para su detección, el cual nos permite activar una red de trabajo en torno a la problemática y realizar un tratamiento oportuno. El mismo apunta a construir nuevos espacios que posibiliten simbolizar aquello que les acontece, y descubrir y/o encontrarse con modos más saludables de comunicación y de relación.

Finalmente, muchas veces, cuando fallan las instancias anteriores,

intervenimos desde la asistencia con el objetivo de brindar acciones concretas hacia las víctimas para atenuar las consecuencias de la violencia. Establecemos un trabajo que busque restablecer sus derechos vulnerados, con la consecuente optimización de su calidad de vida.

Según Garaventa (2019), lo social transforma a las familias y crea modalidades de época, pero el eje de los cambios que permitan avizorar una sociedad diferente deben tener su epicentro en la escuela y la familia. Es necesario tener en cuenta estas cuestiones para producir cambios que luego se reproduzcan socialmente. Se habla de una tarea que ha de ser pensada, planificada y ejecutada a través de políticas públicas.

De allí radica la importancia de poder inaugurar nuevos escenarios de intervención frente a la violencia familiar, de los cuales seamos partícipes como profesionales de la fonoaudiología dentro del equipo de salud, en articulación con otros sectores de la sociedad, en especial con el sector educativo, bregando por la consolidación de políticas públicas que tiendan a la equidad. De este modo, estaremos cumpliendo con nuestro compromiso ético en el cuidado de las infancias y adolescencias, ejerciendo nuestro rol junto con la comunidad en la defensa del derecho a la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

### Referencias bibliográficas

De Souza Minayo; M.C. (2005) “Relaciones entre procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida”. *Salud Colectiva*; Vol. 1, N° 1, Centro de Estudios para la Salud y Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Garaventa, J. C. (2019). “Lo ultramoderno y lo perverso arcaico. Persistencia de abusos y maltratos en las organizaciones familiares”. *Revista De Psicología*, 18 (2). <https://doi.org/10.24215/2422572Xe038>

*Ley Nacional N° 24.417 Protección contra la Violencia Familiar*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>

*Ley Nacional N° 26.485 Protección Integral de las Mujeres*. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-54999/152155/norma.htm>

*Ley Nacional N° 26.061 Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado en: [http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley\\_26061\\_proteccion\\_de\\_ni\\_os.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (1994) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. <https://www.undocs.org/es/A/RES/48/104>

OMS. (2013) *Declaración Política sobre los Determinantes Sociales de*

*la Salud* Citado en Rovere, (2013) M. *Programa de Educación Continua en Atención Primaria*. Buenos Aires: El Ágora

OPS. (1994) *Violencia contra las mujeres*. [https://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/es/#:~:text=Las%20Naciones%20Unidas%20definen%20la,producen%20en%20la%20vida%20p%C3%BAblica](https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/#:~:text=Las%20Naciones%20Unidas%20definen%20la,producen%20en%20la%20vida%20p%C3%BAblica)

OPS. (1996) *La violencia en Las Américas: La pandemia social del siglo XX*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3286/La%20violencia%20en%20Las%20Americas%20La%20pandemia%20social%20del%20siglo%20XX.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS. (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D. C.: OPS. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

OPS/OMS. (2001) *Programa mujer, salud y desarrollo*. Washington, D. C.: OPS. <https://www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph10.pdf>

Spinelli, H. (2008) “La violencia como problema de salud pública: La violencia estatal en Argentina 1976-1981”. *Salud Colectiva Cultura, Instituciones, Subjetividad Epidemiología, Gestión y Políticas*. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/violenciaestatal.pdf>.

### Datos de la autora

*Yanina Sosic es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Especialista en Salud Colectiva con orientación en Salud Social y Comunitaria. Profesora Titular de la cátedra Introducción a la Salud Pública (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Co-directora del Centro Comunitario Asistencial (Ce.Co.As.) y docente de la cátedra Psicología y Psicopatología del Lenguaje (Facultad de Psicología, UNR). Forma parte de proyectos de investigación y extensión. Ha publicado artículos y capítulos de libros en relación al campo clínico, social y comunitario.*

## La fonoaudiología en el cuidado de los derechos de las infancias. Aportes desde una práctica fonoaudiológica intersectorial e interdisciplinaria

**Carolina Mundani**

**A**lgunos interrogantes aparecen cuando inicio este escrito: ¿cómo comenzar? ¿Cómo convertir una experiencia en relato, en palabras que conjuguen una mirada, entre otras posibles, sobre la práctica fonoaudiológica en el abordaje de las infancias en contextos vulnerables? Sólo me permitiré algunas aproximaciones conceptuales entrelazadas con un hacer posible en los territorios de nuestra ciudad.

### ¿Infancia o infancias? Acercamiento a una definición

La construcción del concepto de infancia se ubica en el universo simbólico de las culturas y, por lo tanto, tiene una fuerte incidencia en las acciones que se emprenden en torno a las niñas y los niños. El mismo ha tenido grandes variaciones a lo largo del tiempo y es, además de una etapa en la biología de los seres humanos, una construcción sociocultural cuyas implicancias en estos periodos fueron producto de las ideologías de cada época.

Las revoluciones sociales y científicas transformaron de manera notable la mirada hacia los más pequeños y los colocaron en el centro de un nuevo sistema de representaciones colectivas. Fueron las instituciones de enseñanza y aquellas destinadas a la protección de los niños y niñas quienes contribuyeron a la consolidación de una nueva categoría social respecto de la infancia.

El nuevo paradigma, expresado jurídicamente en nuestro país a través de la Ley Nacional N° 26061 de “Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes”, reconoce a las niñas y los niños como sujetos de derechos, entendiendo a la infancia como un período que posee una entidad propia y no simplemente como un corto pasaje hacia la edad adulta; visibiliza a la niñez, la vuelve presente, reconoce su especificidad y su valoración a nivel social. Este vuelco ideológico permitió diseñar nuevas estrategias para

abordar las problemáticas relacionadas con la infancia, aunque no debemos desconocer que estos cambios no se presentan homogéneos. En primer lugar, porque las desigualdades crecientes en este período generan condiciones de desarrollo no sólo diferentes, sino profundamente fragmentadas. En segundo lugar, porque los nuevos discursos sobre la infancia se combinan entre sí y con las viejas concepciones de distintas maneras según el género, la clase social, la configuración y la historia familiar, la localización geográfica, etc. En tercer lugar, porque no asistimos al reemplazo de una concepción de infancia por otra, sino más bien a una puesta en cuestión de la pretensión moderna de definir universalmente lo que un niño es y debe ser, lo que da lugar a una multiplicación de los modos de concebir la infancia y las experiencias de ser niño.

Entonces, ¿podemos hablar de *una* infancia? Colángelo (2003) sugiere que “la infancia puede dejar de ser pensada desde un concepto neutro y abstracto, signado por caracteres biológicos invariables, para recuperar toda la riqueza de sus determinaciones socio-históricas. De este modo, tal vez, comencemos a hablar de <infancias>, plurales, múltiples, en el contexto de nuestra sociedad compleja”. En tal sentido, Alicia Stolkiner (2013) plantea que “sucede que la representación y construcción moderna de la infancia se fragmenta en la misma medida en que lo hace la sociedad, asignando distintos lugares según clases sociales, etnias y géneros”.

En el marco de esta complejidad, hablar de *infancias* propone una mirada plural, amplia y dinámica, que nos permite alejarnos de la infancia como categoría que intenta homogeneizar a una niña o un niño ideales, es decir, a establecer características y modelos para quienes forman parte de ella. Hablar de infancias nos permite tener en cuenta las posibles y diversas versiones de ser niña o ser niño, en relación con cada época y contexto en el que esté inmerso/a. Desde esta concepción, se comprende que cada sujeto recorrerá su propio camino en la construcción de su infancia. Esta se convertirá en una experiencia única e irrepetible en la se anudarán, entre otras cuestiones, lo histórico, cultural, social, familiar y lo propio, como un proceso de reconstrucción permanente en el camino hacia la identidad.

En este sentido, intervenir sobre las infancias en la actualidad implica encontrar las claves únicas e irrepetibles para cada niña o niño que nos permitan acercarnos a modo de una aventura compleja en un territorio desconocido en el que anhelamos una suerte de brújula para poder intervenir. Al respecto, plantea Degano (2006) “sólo la puesta en juego de una política de la subjetividad que oriente toda acción en el marco de la singularización de los niños hará que cada uno de los sujetos infantiles pueda habitar una niñez que dé cuenta, en su sentido, de los derechos proclamados”.



## **Una experiencia intersectorial e interdisciplinaria en el abordaje de las infancias vulnerables en el ámbito público**

El Proyecto de Abordaje Integral del Desarrollo Infantil forma parte de una estrategia de acompañamiento a las infancias desde el Municipio de la ciudad de Rosario. El mismo se lleva a cabo en forma conjunta entre las Secretarías de Desarrollo Humano y Hábitat y de Salud Pública, con el acompañamiento de la Secretaría de Cultura y Educación, en el marco de una política universal para las Infancias que entrelaza las acciones para el acompañamiento del embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, y que propone cursos de acción que permiten, intersectorialmente, articular políticas de salud, de protección y de cuidados. El objetivo es “promover y fortalecer la Prevención y Promoción del Desarrollo infantil integral, de niñas y niños de hasta tres años de edad, con riesgo y/o dificultad en su desarrollo en el orden de lo orgánico, subjetivo y socio-ambiental, reconociendo al niño y a la niña como sujeto de derecho y fortaleciendo la diada cuidador-niño/niña.” (Proyecto de Abordaje Integral del Desarrollo Infantil, 2017)

La propuesta se lleva adelante mediante espacios lúdicos grupales, con la diada cuidador-cuidadora y el niño/a menor de 3 años, coordinados por equipos interdisciplinarios (pediatra/generalista, psicólogo/a, educador/a de primera infancia, fonoaudiólogo/a, entre otros) donde se integran mediante la experiencia y la reflexión, el juego, la alimentación y el vínculo con otros niños y adultos, como elementos fundantes del desarrollo. El proyecto articula en su base conceptual al desarrollo infantil entendido como “el producto de la herencia, proceso de maduración y de la acumulación de experiencias de vida. Que no tendrá lugar a menos que se cuente con un medio suficientemente favorable”. (Winnicott, 1998)

En este sentido, el entorno familiar resulta indispensable ya que “son el primer contexto socializador, y aunque no es el único, sí es el primer tamiz a través del cual se adquiere los elementos distintivos de la cultura, los valores y las creencias que la caracterizan, la información acerca del modo en que se configuran las relaciones sociales en la sociedad, el modo en que se debe comportar en cada situación, e incluso, el modo en que se llega a pensar y sentir acerca de sí mismo”. (Musitu, 2001)

El énfasis en la intervención está puesto en las familias y, principalmente, en el vínculo del niño o niña con su cuidador primario, con quien tendrá sus primeras experiencias afectivas, quien lo introducirá en el campo del lenguaje, y que realizará la función de cuidado y sostén fundantes para el desarrollo. Plantea Winnicott (1998) acerca del cuidador/a que “el tiempo, el deseo, el nivel de información y educación, su estado de salud, su propio de-

sarrollo autónomo, los recursos familiares y comunitarios de los que dispone para ejercer y apoyarse en la crianza forman parte esencial del capital social que será determinante para que la crianza sea exitosa”.

Asimismo, el proyecto coloca al juego como eslabón central de la propuesta, puesto que en estos espacios lúdicos se articulan los conocimientos, vivencias y experiencias que cada cuidador primario trae en relación a su historia, conjuntamente con intervenciones y propuestas de los profesionales que donan, en acto, su saber, abonando desde lo disciplinar al desarrollo de las niñas y los niños que participan. “En el juego, y sólo en él, pueden el niño/a o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona sólo cuando se muestra creador”. (Winnicott, 1998)

Este espacio lúdico grupal destinado a los/as niños/as se enmarca dentro de la estrategia de atención primaria de la salud, en tanto implica atención, prevención y promoción de la salud y se lleva a cabo mediante una construcción interdisciplinaria donde, lejos de diluirse las miradas particulares de cada aporte, se avanza en la configuración de respuestas novedosas y complejas, que permiten potenciar y reconfigurar los campos de intervención, lo que redundará en un crecimiento profesional. Además, estos espacios estimulan las prácticas saludables en forma individual y especialmente colectiva, favoreciendo la participación y fortalecimiento de los lazos sociales y la construcción de ciudadanía. Es un espacio de apropiación, lúdico, terapéutico, y también un lugar propicio para observar emergentes que permitan al equipo interdisciplinario poder intervenir tempranamente en situaciones que así lo ameriten. Estos espacios constituyen una práctica social y profesional, basada en una concepción del niño/a, del desarrollo, del rol del adulto, de la familia, de la sociedad, de las instituciones, de los educadores; en el sostén y el apuntalamiento del infante. Concepción que refleja, también, las condiciones necesarias para que pueda cumplir esa función, de sostén, el adulto cuidador.

### **Un cierre que abra**

El desarrollo de cada niña o niño se construye plenamente en un contexto de relaciones interdependientes, en condiciones de corresponsabilidad a partir de los valores sociales y culturales que expresan sus familias y comunidad. Fortalecer, con un abordaje interdisciplinario desde una perspectiva de clínica ampliada, a las familias para que puedan acompañar la crianza de sus niñas y niños, haciendo foco en la promoción y prevención de la salud como derecho, contribuye a avanzar hacia infancias saludables a través de la participación ciudadana y permite cumplir con la premisa fundamental de nuestra profesión: la atención de la salud.

Como profesionales fonoaudiólogos/as, podemos intervenir y aportar en estos espacios interdisciplinarios como donantes de nuestros saberes y herramientas terapéuticas, que permitirán promover y ampliar ese campo dialógico que se abre, a veces de forma natural y otras veces no tanto, entre el cuidador/a y el niño/a. Un diálogo de gestos, miradas, caricias, lenguaje, que permitirá a esos niños y niñas adentrarse en el universo de la representación. Podemos intervenir, al modo de Vigotsky, apelando a su concepto de desarrollo proximal o a la frontera indómita de Graciela Montes o a la tercera zona, que bien describe Winnicott, apostando a las competencias de esas familias y sus niños/as, para que, a pesar del contexto desfavorable, puedan oficiar de soporte y sostén en la crianza de sus hijos/as.

Se vuelve necesario multiplicar los espacios de debate, intercambio y reflexión de profesionales con miradas amplias y críticas en el trabajo con niñas y niños desde una perspectiva de derechos humanos. Es importante que la universidad pueda mantenerse actual y pertinente acerca de las necesidades y problemáticas de la sociedad a la que pertenece. Poner en tensión las elaboraciones teóricas, los modos de acción y los dispositivos que se recortan de ella garantiza la vigencia de los diversos campos científicos que intervienen en el abordaje, en este caso, de las infancias.

### Referencias bibliográficas

Aries, P. (1973). *El niño y la vida Familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Ed. Taurus.

Bruner, N. (2008). *Duelos en juego. La función del juego y el trabajo de duelo en la clínica psicoanalítica con bebés y niños con problemas en el desarrollo*. Buenos Aires: Ed. Letra Viva.

Colángelo, M. (2003). "La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectiva de abordaje". *Serie encuentros y seminarios*. Mesa: Infancia y juventudes. Pedagogía y formación. Recuperado en: [http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei\\_20031128/ponencia\\_colangelo.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangelo.pdf)

Diker, G. (2009) ¿Qué hay de nuevo en las infancias? Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Frigerio, G. (2009) *Donde viven los chicos: Dar (el justo) lugar. Libro de Infancias. Infancias varios mundos. ¿Dónde viven los niños?* Vol. N° 22. Buenos Aires: Ed. Latingráfica.

*Ley Nacional N° 26061 Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes*. (2005). Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

López, M. E. (2005) "Didáctica de la ternura. Reflexiones y controversias

sobre la didáctica en el jardín maternal". *Revista de Educación Inicial Punto de Partida N° 18*. Buenos Aires: Ed. Del Sur.

Llobet, M. (Compiladora) (2013) *Pensar la infancia desde América Latina* Buenos Aires: CLACSO.

Mantilla, L.; Stolkiner, A.; Minnicelli, M. (2017) *Biopolítica e infancia: niños, niñas e instituciones en el contexto latinoamericano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

Montes, G. (2001) *El corral de la infancia*. Ciudad de México: FCE.

*Proyecto de Abordaje Integral del Desarrollo Infantil*. (2017) Municipalidad de Rosario. Rosario. Santa Fe.

Winnicott, D. (2012). *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós Ibérica.

### Datos de la autora

*María Carolina Mundani es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Miembro del Equipo Técnico del "Proyecto de Abordaje Integral del Desarrollo Infantil. Estrategias interdisciplinarias e intersectoriales" (Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat de la Municipalidad de Rosario). Es Profesora Adjunta de la cátedra Audiología I (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR) y Directora del Proyecto de Extensión "Esos locos bajitos" (UNR).*

## Los aportes de la perspectiva de género en el contexto de las prácticas fonoaudiológicas

**Victoria Arteaga**

**E**n esta ocasión, en que nos encontramos celebrando los 35 años de nuestra Licenciatura en Fonoaudiología y los cien años de nuestra Facultad, debemos celebrar la Educación Pública como derecho humano, hoy y siempre, y recordar que toda educación es política.

Para comenzar a tejer este relato, voy a rescatar algunas de las expresiones que surgieron en los Talleres de Crianza que realizamos con una compañera psicóloga social en el Centro de Acción Familiar (CAF) Número 16 del Barrio Ludueña, entre 2014 y 2017. ¿Qué es un taller? Es un espacio para hablar, recuperar, recrear; para hacer visibles elementos de la vida cotidiana, relaciones, saberes, para generar deconstrucciones y nuevas construcciones también. Es un espacio de comunicación y educación que prioriza el diálogo entre participantes. Mediante el diálogo se produce un intercambio de experiencias y vivencias que hablan directamente de los contextos donde se inscriben las vidas de las personas (Merchán y Fink, 2018).

La convocatoria al taller estaba destinada a todas las familias del CAF, pero en los años en que los llevamos adelante, fueron casi siempre mujeres (en su rol de madres) las que participaron. Sobran los dedos de una mano para contar a los hombres que asistieron. Frente a esta situación, podemos hacernos las siguientes preguntas: ¿influyen los roles de género para que, en los talleres con propuestas de crianza, participen mayoritariamente mujeres? Se entiende a estos roles como la forma de actuar en la sociedad que se espera, de acuerdo al sexo asignado al nacer; es decir, las mujeres en roles de tareas de cuidado y domésticas en el espacio privado, y los hombres en roles de tareas de producción en el espacio público ¿Son estos los únicos espacios donde las mujeres se sienten incluidas o en los únicos donde se las incluye? Si el hombre participa, ¿significa una fragilidad en relación a lo que se espera de su masculinidad hegemónica, entendida como un dispositivo de poder dentro del sistema patriarcal? Es un mandato, un conjunto de normas,

de prácticas y de discursos que imponen al hombre una heterosexualidad obligatoria y roles de proveedor y productor.

Las temáticas de los talleres eran la comunicación, el lenguaje, el juego, la lactancia, los límites, entre otras. A continuación, compartiré las expresiones que surgieron en estos espacios. En el taller de lactancia, por ejemplo, aparecían las siguientes:

- “Si das la teta hay que taparse y tener cuidado, porque los hombres se calientan”.
- “El papá quiere que le siga dando la teta”.
- “No di la teta porque queda feo sacar la teta”.
- “Mi marido no quería que siga dando la teta”.
- “El chófer del colectivo me dejó dar la teta”.
- “Me pongo mostaza o pasta de dientes para que no agarre más la teta”.

En el taller de juego:

- «Van a decir que es marica si juega con el coche» (un hombre en su rol de papá).
- «Acá en el CAF ¿los nenes juegan con muñecas?».
- «Yo era machona porque me gustaba el fútbol».
- «Mi hija es delicada, le hagas lo que le hagas, no pega nunca. El nene, en cambio, juega siempre a pegar; su papá y su tío lo alientan con juegos de luchas».
- «Me gusta todo rosa, porque el rosa es de nena”.
- “La pelota es de varón».
- «No, no da un nene con disfraz de princesa».

En el taller de comunicación y lenguaje:

- «Yo le explico al papá (que la cuestionaba por llevar a sus hijos al CAF) que los traigo acá porque aprendieron a hablar y a comer bien».
- «Las nenas son más charlatanas, los nenes tardan más, les gustan las actividades del cuerpo».

En el taller de límites:

- «A mí me despertaban a las cinco de la mañana para limpiar».
- «Yo no fui a la escuela porque tenía que cuidar a mi mamá».
- «A mí me pegaban, yo no quiero nada de eso para mis hijos».

Estas voces (mayoritariamente de mujeres) que se animan a asomar en el marco de una propuesta de promoción de la salud a través de talleres, nos llevan necesariamente a reflexionar sobre el contexto en el que se desarrollan las prácticas fonoaudiológicas. Tanto en el sistema público como privado, suceden dentro de un sistema patriarcal, por lo cual nos corresponde preguntarnos cómo influye este sistema en el cotidiano de nuestras prácticas. ¿Tenemos en cuenta la perspectiva de género, para analizar esta realidad, desde su dimensión política y social?

La perspectiva de género es el enfoque que viene a visibilizar aquello que estaba oculto, es decir, las relaciones de poder que existen en las sociedades patriarcales basadas en las relaciones de sexo-géneros. En este sistema, se reproduce la supremacía del hombre (categoría que incluye al hombre blanco heterosexual), por sobre las mujeres y personas del colectivo de la diversidad. Por lo tanto, la perspectiva de género promueve relaciones más igualitarias y justas, ya que identifica, describe y cuestiona las opresiones y desigualdades. La perspectiva de género es una práctica social y una teoría político/histórica. Además, es como esos lentes, «gafas violetas», que nos invitan a mirar la realidad con todos sus colores y matices. Es desde esta perspectiva que vamos a analizar y hacernos preguntas sobre las voces de las personas en los talleres, para así poder resignificarlas.

En relación al taller de lactancia, nos preguntamos: ¿podemos seguir siendo cómplices de un sistema que se reproduce en cada esfera de la vida cotidiana? Como en el relato donde se evidencia la imposibilidad de elegir con libertad la lactancia porque “los hombres se calientan». ¿Puede seguir teniendo más derecho sobre nuestro cuerpo “el chofer de colectivo» que nosotras mismas? ¿Podemos permitir que a las mujeres se nos siga señalando en los espacios públicos por alimentar a nuestros hijos? ¿Nos pusimos a reflexionar acerca de que en las expresiones del taller: “mi marido quería que deje de dar la teta”, “el papá quería que siga dando la teta”, “me pongo mostaza para que mi hijo deje de agarrar la teta”, siempre es un otro quien decide cuándo y cómo llevar adelante la lactancia? Estos relatos dan cuenta de las dificultades para ejercer la autonomía sobre las decisiones de los propios cuerpos. ¿Dónde aparece la dimensión del deseo? ¿Tenemos en cuenta que estas cuestiones pueden surgir en los talleres que hacemos? De este taller, en particular, quienes lo organizamos nos fuimos con muchísimos interrogantes. Quizás no falte información, sino condiciones de vida para ejercer derechos y poder decidir con libertad y sin miedo. En este caso, si elegir o no una lactancia.

Antes de analizar las expresiones que surgieron en el taller de juego, consideramos necesario hacernos algunas preguntas, ya que, «no podemos

transmitir a las infancias nuevas formas de relacionarse si no podemos desnaturalizar nuestras propias prácticas». (Merchán y Fink, 2016) ¿Proponemos diferentes juegos para niñas y para niños en el consultorio? ¿Abrimos el espacio para jugar libremente? ¿Qué juegos proponemos a las niñas? ¿Se relacionan los mismos con las tareas de cuidado o domésticas que el sistema patriarcal les impone (juegos de cocinita, de la mamá, de limpiar, entre otros)? Cuando un niño se pinta las uñas o se pone un disfraz de princesa, ¿qué sensaciones nos genera? ¿Entendemos que muchas veces lo que se pone en tensión son cuestiones que tienen que ver con nuestra mirada prejuiciosa en relación al contexto histórico-social en que crecimos? ¿Habilitamos o censuramos la pluralidad de juegos y sueños de las infancias? ¿Ponemos en diálogo estos temas con las familias, las escuelas y los equipos interdisciplinarios?

De este taller de juego, quisiéramos resaltar la frase “mi hija es delicada, le hagas lo que le hagas, no pega nunca. El nene, en cambio, juega siempre a pegar; su papá y su tío lo alientan con juegos de luchas”. ¿Tomamos real dimensión de lo peligroso que es reproducir estas crianzas? ¿Cómo nos imaginamos a esa niña y a ese niño, cuando sean personas adultas? «Conectar a los varones desde pequeños con sus afectos y emociones, que puedan reconocerlas y expresarlas, que puedan tramitar de otro modo situaciones que les generan malestar sin recurrir a la violencia, puede ser un camino que colabore en este proceso de revisión de mandatos y de modelos estereotipados de masculinidad». (Mlatz, 2018)

En este taller, fue muy movilizante cuando un hombre, en su rol de papá, se permitió compartir sus sensaciones con respecto a si su hijo jugaba con un coche: “van a decir que es marica”. ¿Quiénes son las voces que reproducen la sexualidad hegemónica del sistema patriarcal? Esos “qué dirán”, fundados en los estereotipos de género que son las etiquetas y prejuicios en función del sexo asignado al nacer (por ejemplo: hombre fuerte/ mujer débil). Los mismos influían tan fuertemente en la vida de este hombre que no podía mirar lo que estaba haciendo su hijo en el juego: pasear un bebé en coche, escena cotidiana y habitual de la forma en que este papá trasladaba a su hijo. A medida que desarrollaba su relato, lo fuimos acompañando con algunas preguntas, hasta llegar a un momento en donde se emocionó al interpretar que su hijo jugaba a ser él. Podríamos decir que pudo mirar a su hijo con «gafas violetas» rompiendo con la dureza de la masculinidad hegemónica, para habitar diferentes sensaciones y emociones. Poder mirar más allá de los roles y estereotipos de género que impone el sistema, en esta ocasión, le permitió a este hombre encontrarse con su hijo, su juego y hasta con él mismo.

En el taller de comunicación aparecía la frase: “las nenas son más charlatanas, los nenes tardan más en hablar, les gustan más los juegos

del cuerpo». ¿Reconocemos estas expresiones? ¿Acaso no reproducen nuevamente estereotipos y futuros roles de género? ¿Hemos participado en ámbitos donde se naturalizan? Con el tiempo entendí que las expresiones que surgían en los talleres y que, en un principio, parecían venir de la singularidad de la persona hablante eran la expresión de la sociedad misma, las huellas sutiles, pero explícitas del patriarcado que se escurre en cada rincón y aspecto de nuestras vidas.

¿Con qué herramientas contamos para analizar esta realidad? ¿Qué pasa en los espacios de formación? En los espacios académicos y curriculares, ¿se pone en juego esta dimensión para tener una mirada contextualizada de nuestra profesión? ¿Se nombra al sistema patriarcal como parte del contexto de la vida cotidiana de las personas? ¿Tenemos real dimensión de su influencia? En las aulas, ¿se promueven tiempos de diálogo y debate para que los contenidos teóricos se encuentren con la propia historia? Tiempos tan necesarios y fundantes para que, al devenir profesionales de la salud, tengamos la capacidad de escuchar lo que sucede en las vidas de las personas y acompañar sus necesidades, evitando intervenciones aisladas o repetitivas y convirtiéndolas en prácticas transformadoras. «Conocer la realidad para transformarla, transformándonos» (Freire, 2010).

El motivo por el cual elegí compartir estas expresiones es que las mismas visibilizan la urgente necesidad de poner en agenda e incorporar la perspectiva de género en nuestra formación y en nuestras prácticas profesionales cotidianas.

A modo de cierre de este relato, y espero que con la apertura a muchas preguntas, me permito resaltar uno de los tantos aspectos saludables de la fonoaudiología: *la comunicación*. Esta, nuestro objeto de estudio, es un alentador punto de partida para encontrarnos y reflexionar críticamente. «En una época de posverdades, posindustrialidades, posmodernidades, poshumanidades, tal vez reivindicar el encuentro entre seres humanos -un encuentro real, significativo, intenso- sea, hoy, contrahegemónico». (Becerra, 2017)

Sigamos encontrándonos.

### Referencias bibliográficas

Maltz, L. (2018). *Educación sexual integral*, na oportunidad para la ternura. Buenos Aires: Novedades educativas.

Merchán, C. y Fink, N. (2018). *Infancias libres. Talleres y actividades para educación en géneros*. Córdoba: Las Juanas editoras.

Merchán, C. y Fink, N. (2016). *Ni una menos. Desde los primeros años*. Córdoba: Las Juanas editoras, 2016.

Maffia, D. H. (2008). <http://dianamaffia.com.ar/>. Recuperado el 20 de Octubre de 2020, de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%ADas.-Feminismo-y-epistemolog%C3%ADa-cr%C3%ADtica.pdf>

Freire, P. (2010). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.

### Datos de la autora

Victoria Arteaga es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente del MIU (FCM, UNR). Se desempeña en la Secretaría de Estado de Igualdad y Género de la Provincia de Santa Fe. Mamá de Camilo.

## Fonoaudiología y lenguaje inclusivo

### Luciana María Francesconi

**E**l presente capítulo aborda las coyunturas actuales entre fonoaudiología y lenguaje inclusivo. Desde el año 2018, con sus primeras voces en Argentina, esta nueva manera de nombrar tuvo múltiples resonancias en la sociedad en general y en autores y personajes de distintas disciplinas.

La Universidad Nacional de Rosario (UNR) plasmó estas repercusiones en una resolución emitida por el Consejo Superior en diciembre del año 2019. La comunidad educativa de la Escuela de Fonoaudiología asumió el compromiso legal que proponía la normativa. La misma legitima y avala su uso optativo. Es necesario destacar que no condiciona la producción de los discursos escritos u orales, pero se encuentra disponible para participantes que decidan apropiarse del lenguaje inclusivo, para informar o comunicar sus ideas, sentires y saberes.

En este sentido, se propone y privilegia incorporar la lengua no sexista, no androcéntrica e inclusiva en la comunicación institucional, administrativa y en gestión. Este modo de comunicación tiene como objetivo primordial desmontar y prevenir las violencias implícitas en los usos lingüísticos excluyentes y discriminatorios. La modalidad sugerida es la utilización de estructuras discursivas que no remitan a un género específico (comunidad por hombres, infancia por niños, estudiantes por alumnos, integrantes por miembros, entre otras posibles). No se pretende borrar el masculino, sino incluir a todas las identidades que quedan por fuera del binomio (femenino/masculino). En un principio fue la @, que luego dio paso a la x, para llegar actualmente a la e como forma privilegiada en género colectivo o género neutro.

No se trata de aplicar este modo de comunicación meramente como receta (entenderlo en estos términos sería normativizarlo), sino entenderlo como políticamente correcto. Su práctica y su uso llevarían a desnaturalizar ciertas marcas incorporadas, precisamente, en y por el lenguaje. La aspiración es precisamente la contraria: propiciar, abrir prácticas discursivas y usos del lenguaje verbal y escrito que confronten y salgan de la normalización impuesta, dominante y universal.

El uso del lenguaje inclusivo acontece en un contexto marcado por la movilización social por los derechos feministas, la lucha de los colectivos de mujeres y la visibilización e inclusión de diversas subjetividades no hegemónicas. El Área de Género y Sexualidades de la UNR tiene como propósitos jerarquizar políticas institucionales que abonen a una sociedad igualitaria, inclusiva, plural, feminista y libre de todo tipo de violencias. En consonancia con esta perspectiva, la Facultad de Ciencias Médicas creó la secretaría de género. La función y el compromiso asumido insisten y refuerzan permanentemente las acciones que garantizan estas misiones. Las mismas revisan y desmontan los obstáculos que las reducen, limitan o desvían. Actualmente ciertas instituciones siguen tramadas por saberes y jerarquías androcéntricas, sostenidas por discursos y prácticas que reproducen desigualdades de todo tipo: de género y sexualidad, pero también étnicas-raciales, generacionales, de clase y discapacidad. Es por ello que la comunidad de la Facultad de Ciencias Médicas celebra la resolución N° 662/2019 que apela a la deconstrucción del masculino signado como universal y admite el uso del lenguaje no sexista o inclusivo.

El fenómeno del lenguaje inclusivo es investigado por la etnolingüística o antropología lingüística, disciplina que se ocupa de abordar a la lengua como fenómeno cultural. Es decir, valora el punto de encuentro entre la lengua y la vida social de un determinado grupo, en un cierto lapso temporal. Este enfoque intenta teorizar la relación que acontece entre la sociedad y la lengua. Al respecto, la escritora María Teresa Andruetto nos interpela con una frase de su discurso de cierre del Congreso de la Lengua (2019): “en la lengua se libran batallas, se disputan sentidos, se consolida lo ganado y los nuevos modos de nombrar –estos que aparecen con tanta virulencia– vuelven visibles los patrones de comportamiento social (...) algo que no existía comienza a ser nombrado, algo que ya existía quiere nombrarse de otro modo, verdadera revolución de la que no conocemos sus alcances, ni hasta dónde irá”.

En consonancia con esta autora, Elena Pérez (2019) postula que la lengua no es ese conjunto aislado de palabras encerradas en un diccionario. Las lenguas cambian por minúsculos pactos, que algún día llegan a las voces, a las bocas, a las conciencias y de ahí a la centralidad legal del diccionario. La lengua no circula en un vacío o aislada de su cultura y sus hablantes, está viva y nos pertenece. Por su parte, el investigador, lingüista y filólogo Santiago Kalinowski (2019) define al lenguaje inclusivo no sexista como un fenómeno retórico y político antes que lingüístico. Es adoptado en la expresión de muchas personas que no se identifican varones ni mujeres. Aunque su origen se remonta a los reclamos feministas, es hoy también una opción no excluyente para la minoría no binaria.

Desde esta perspectiva, se desprende que la diversidad es parte de nuestra naturaleza humana; que es imprescindible valorar y respetar las diferencias, así como también resulta necesario gestar espacios de comunicación para que las infancias y adolescencias puedan expresarse y nombrarse desde su identidad autopercebida. No debe olvidarse que la Ley de Identidad de Género N° 26.743 así lo anuncia. El lenguaje inclusivo busca el cuidado y el respeto de la legibilidad corporal en cada construcción identitaria.

La fonoaudiología, como disciplina que aborda la comunicación humana y sus posibles alteraciones en todas las etapas de la vida, debe bregar por la construcción de vínculos respetuosos y libres de todo tipo de violencia, con visiones fuertemente basadas en la igualdad, en la no discriminación y el respeto por las diferencias. Ello en vistas a transitar un nuevo camino en la desconstrucción de las identidades sexuales y el cuidado de la salud comunitaria. El lenguaje inclusivo es un espacio de materialización y un discurso posible para nombrar nuevas subjetividades. Siempre y cuando se pueda comprender que aquello que no se nombra, no existe. Y lo que se nombra, construye nuevas realidades.

### Referencias bibliográficas

Kalinowski, S y Sarlo, B. (2019). *La lengua en disputa, un debate sobre el lenguaje inclusivo*. Buenos Aires: Ediciones Godot.

Kalinowski, S. et al (2020). *Apuntes sobre lenguaje inclusivo no sexista*. Rosario: UNR editora.

Morgade, G. et al (2011). “Pedagogías, teorías de género y tradiciones”. En: *Toda educación es sexual*. Buenos Aires: La Crujía.

Andruetto, M. T (marzo 2019). *Discurso clausura del Congreso Internacional de la Lengua Española*. Córdoba.

*Ley Nacional de Identidad de Género N°26.743* (mayo de 2012). Recuperado en: [http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley\\_26743\\_identidad\\_de\\_genero.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf).

Peréz, E, Charla Tedx Córdoba (2019). *Lenguaje inclusivo, entre el sistema y el síntoma*. [https://youtu.be/mfiGdz\\_-zcv](https://youtu.be/mfiGdz_-zcv)

*Resolución N° 662/2019. Lenguaje no sexista e inclusivo UNR.*

### Datos de la autora

*Luciana María Francesconi es Licenciada en Fonoaudiología y docente de la cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Escuela de Fonoau-*

*diología (FCM, UNR). Es integrante del Departamento de Acompañamiento Pedagógico de la FCM. Se dedica a la clínica del lenguaje y el aprendizaje escolar con niñas, niños y adolescentes.*

**PARTE IV**

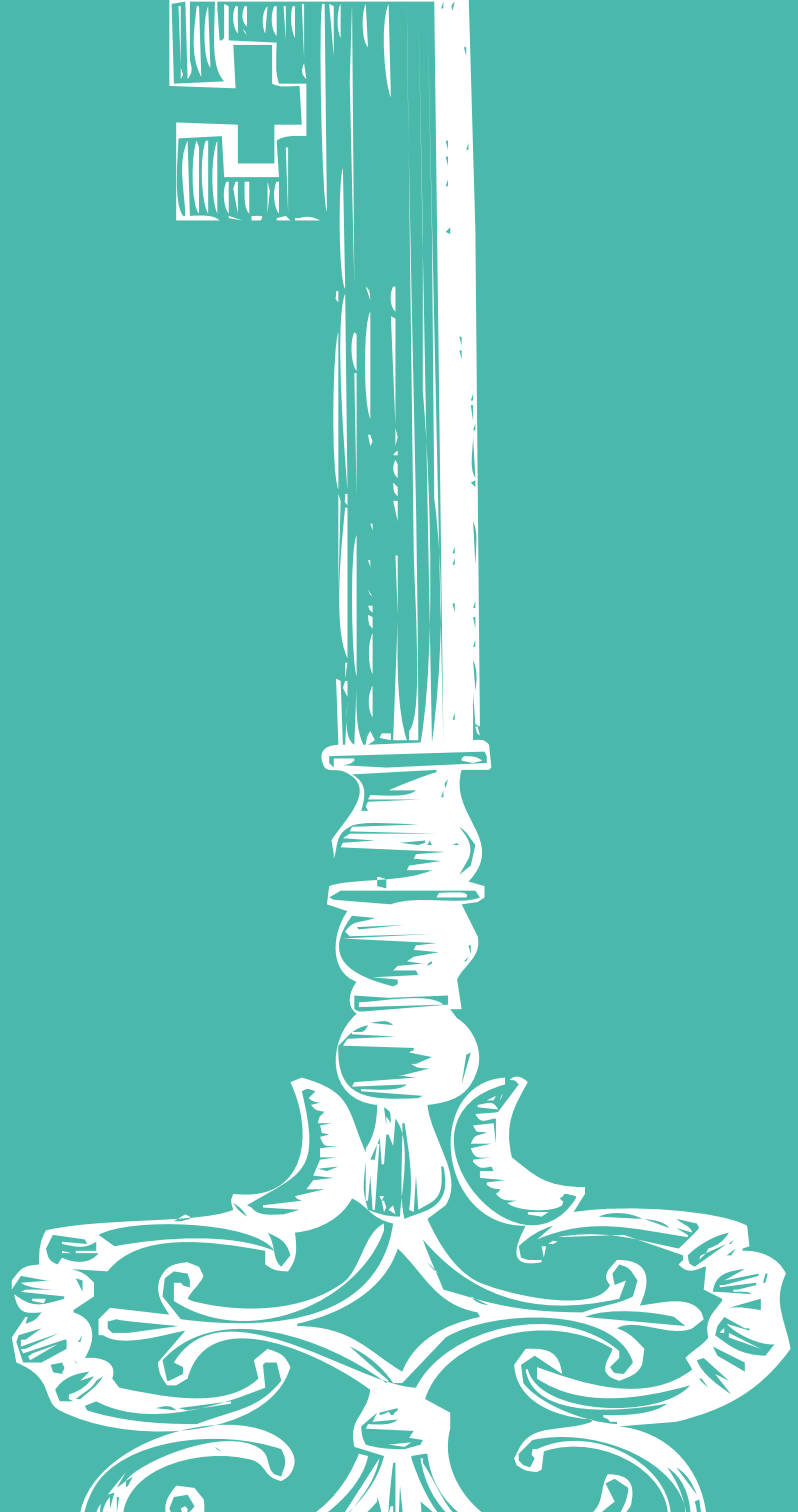
**Fonoaudiología: la especificidad del saber disciplinar  
y las prácticas clínicas**



*«Decir la palabra es transformar la realidad. Pero, a la vez, nadie dice la palabra solo. Decirla significa decirla para otros. Decirla significa necesariamente un encuentro.»*

**Paulo Freire**





## Intervenciones fonoaudiológicas en el Hospital de Niños Zona Norte

**Natalia Cuatrocasas**

**R**esulta interesante analizar la particular gestación del Hospital de Niños Zona Norte, de la ciudad de Rosario. Una institución con una historia joven pero contundente, con un acontecer deseado, pensado y sentido, no sólo desde lo personal sino desde la necesidad popular de la época enmarcada en un proceso histórico muy particular para nuestro país.

Los efectores que integran el sistema público provincial de salud se organizan en tres niveles de atención para garantizar el acceso universal y brindar una cobertura integral a la población.

El primer nivel representa el primer contacto de personas, familias y comunidades con el sistema de atención de salud, garantizando la proximidad de la asistencia a los lugares de vida y trabajo de esas personas, y forma parte de un sistema global de desarrollo económico y social. El segundo nivel se caracteriza por la baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, acciones y prestaciones que requieren internación ambulatoria, internación abreviada y emergencias. En este nivel se les da respuesta a personas que han consultado en un primer nivel y que requieren interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. En el tercer nivel se desarrollan prácticas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. La complejidad se refiere a las tareas diferenciadas o procedimientos complejos que se realizan en cada efector y sus alcances. Los niveles de atención condicionan el grado de complejidad y en función a ello se requiere determinados recursos humanos, tecnológicos y cierta organización específica.

Allá por los años sesenta surgió el deseo de concretar la existencia de un Hospital en la Zona Norte de la ciudad de Rosario, deseo que partió de un impulso comunitario forjado por la necesidad de un grupo de familias trabajadoras que requerían atención gratuita para sus niños. El único hospital que brindaba atención a la comunidad infantil en ese entonces era el Vilela

y estaba situado muy lejos, lo que hacía dificultoso el acceso a las familias de la zona.

Así fue como, inspirado por dicha realidad, respaldado por varias ONG, el Dr. Roberto Carra abordó el plan de construcción de un Hospital Público, pero con la particularidad de que no se enmarcó en un proyecto de gestión política, sino en la unión de voluntades individuales y colectivas de asociaciones y vecinos, que sumaron sus esfuerzos para dar forma progresivamente a este anhelo.

El hospital funcionó como efector de segundo nivel de complejidad durante varios años. En tiempos más recientes, accedió a un tercer nivel de complejidad, con la inauguración de la sala de Terapia Intensiva en diciembre de 2014. Para situarse en este nivel, al hecho de poseer UTI se sumó al de funcionar como Hospital Escuela, mediante la formación de profesionales de grado y post grado, gracias a convenios y acuerdos con diversas instituciones públicas y privadas de las carreras de profesionales de la salud. El Hospital Zona Norte en la actualidad da respuesta a necesidades de cuidados críticos e intermedios de internación y ambulatorios en contextos terapéuticos y diagnósticos. La infraestructura está preparada para la realización de estudios complementarios complejos, salas de internación, cirugía, especialidades quirúrgicas específicas.

El Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte está conformado por cuatro fonoaudiólogas cuyo desempeño se basa en la atención de pacientes, abarcando las áreas de incumbencia, poniendo especial énfasis en el abordaje temprano de las dificultades del lenguaje y la comunicación. Se realizan evaluación, diagnóstico, tratamiento y acciones de promoción y prevención respecto de la salud desde las áreas que abarca la fonoaudiología. Los pacientes son derivados por diferentes servicios y variadas disciplinas (ORL, Pediatría, Neurología, Gastroenterología, Internación, UTI, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Kinesioterapia, fisiatría etc.).

Con el surgimiento de la UTI se generó la necesidad de intervención en otras áreas, para lo que se requirió ampliar la capacitación del personal. Se atiende también la demanda de “Hospital de Día”. Principalmente somos convocadas desde éstos sectores para la evaluación e intervención en alteraciones deglutorias y disfagia, así como también en los casos que requieren atención a nivel comunicativo- lingüístico.

Se aborda el área de Audiología realizando estudios como impedanciometría, audiometría, logaudiometría y evaluación subjetiva de la conducta auditiva, implementando un sistema de derivaciones para estudios específicos que no se realizan en la institución.

Se procura un abordaje integral e integrado de cada paciente. La suma

de las especificidades permite una visión amplia y abarcativa de la situación del niño o niña con quien estamos interviniendo, pero la sola suma no lo hace integrado. Para tal fin se requieren ciertas habilidades que tienen que ver con la empatía y la capacidad de comprender que el saber no tiene un dueño/a y que no es propiedad de nadie. Se debe ser solidario, ejercitar la escucha y ser capaz de apropiarse de propuestas personales devenidas en construcciones colectivas. Se trata de lograr la unidad en la diversidad. En esto consiste la transdisciplina, y aunque parezca una utopía, existen esperanzas de poder funcionar de este modo. Todo depende del espíritu individual y de la impronta institucional en la funcionalidad de sus actores.

El Hospital Zona Norte es un ámbito ideal para pensar en concretar dicho anhelo ya que es un efector de pequeño porte, donde el personal se conoce, en su mayoría, y se “encuentra” permanentemente. Se ve de esta forma facilitado el acceso a todas y todos los que allí se desempeñan para consultas, intercambios de opiniones y abordajes conjuntos.

El servicio de fonoaudiología se reúne periódicamente para programar acciones, establecer pautas comunes, intercambiar conocimientos y discutir casos clínicos. Se procura funcionalizar permanentemente la atención para dar respuesta efectiva a la gran demanda que es cada vez mayor.

El acento está puesto, como se mencionó antes, en la intervención temprana con el niño/a desde una percepción global, teniendo en cuenta la situación familiar, su dinámica, el análisis de los signos y síntomas y lo que está más allá de lo que puede observarse en el consultorio, como procesos subyacentes y alteraciones en el medio en el que se desarrollan. Se plantea un diagnóstico funcional, es decir, que va a estar sujeto a al monitoreo permanente de la evolución en todos los aspectos de su desarrollo. La idea es establecer una red de contención entre la familia, el equipo de salud y el equipo pedagógico si lo hubiera en función de la etapa de desarrollo del paciente. En base a todo esto se procura un diseño de intervenciones efectivas que se adecuen al niño/a y su entorno de vida (familia, cuidadores), respetando los tiempos de las infancias. Pareciera utópico este último planteo, y la evidencia demuestra que resulta complejo, muchas veces, por la realidad social, económica, estructural, de recursos humanos e infraestructura.

Además de lo asistencial, el desempeño profesional dentro de un efector de este tipo implica otras acciones. En el marco de un acuerdo con la Escuela de Fonoaudiología de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, se reciben alumnas y alumnos de la Cátedra de Taller III (práctica pre profesional), a quienes se brinda la posibilidad de asistir durante un cuatrimestre de cursado para observar el accionar profesional fonoaudiológico.

Tiene lugar en la Institución además el Sistema de Prácticas optativas

fonoaudiológicas para la formación pre profesional, también gestionado por dicha Escuela. Para la regulación institucional de estas prácticas tiene lugar el comité de Docencia. Existe además otro comité de Higiene y seguridad y una Comisión de difusión. Todos los miembros de la comunidad que cumplimenten con ciertos requisitos pueden acceder y desempeñarse dentro del hospital en el ámbito de la gestión además de lo asistencial.

Es muy amplia la posibilidad de desempeño en nuestra profesión y muy artesanal la labor que se realiza en estos ámbitos. No sólo implica el abordaje de un paciente con sus particularidades y su gran abanico de posibilidades, sino también una realidad social y familiar, a veces, muy vulnerada y con vastos obstáculos a vencer. La práctica se vuelve, entonces, un desafío cautivante y enriquecedor, no sólo desde el punto de vista profesional, sino a nivel personal. Esto obliga a superarse permanentemente frente a las adversidades y a las diversas realidades.

Quienes ejercen su profesión en una institución impregnan el tiempo de permanencia con su propia historia personal, social, formativa, de intercambios y caminos adoptados para transitar saberes y paradigmas que los atraviesan y trascienden a otros seres humanos para seguir escribiendo y determinando la Historia. Cada uno asume un rol protagónico desde su *quehacer*, pero depende de todos/as (de los valores, convicciones, saberes e intercambios) que los acontecimientos actuales sean dignos de ser contados en un futuro. Somos seres dialécticos, de comunicación y somos seres *históricos* que devenimos en cultura. Una nueva historia se está escribiendo permanentemente en cada institución y en la vida de cada persona (niño/a) con la que intervenimos. Todo depende, en realidad, de la manera en que se elija escribirla.

### Referencias bibliográficas

- Gabriela González, Gustavo Ferneti, (2018). Álbum de Manejo. Colección Dr. Roberto Carra. Hospital de Niños Zona Norte. Rosario.
- Gabriela González, Gustavo Ferneti, (2018). Una colección colectiva. Colección Dr. Roberto Carra. Hospital de Niños Zona Norte. Rosario.
- Martin Zurro A. y Cano Pérez J. F., (2010). Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier.
- Méndez Eugenio Vilaca, (2013) Las redes de atención de salud. Brasilia: Organización Panamericana de Salud.
- Facultad de Psicología U.B.A. Secretaria de investigaciones, (2006) Anuario de investigaciones Volumen IV. "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios".

Mónica Alejandra Pesce, (2016). *Neurodesarrollo infantil. Manual de terapias*, Buenos Aires: Corpus libros médicos y Científicos.

Santa Fe es Salud. Niveles de atención. Recuperado en: <https://www.santafe.gov.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4>

La salud como derecho social. Niveles de atención en salud. Recuperado en: <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/niveles-de-atencion-medica>

### Datos de la autora

*Natalia Cuatrocasas es Licenciada en Fonoaudiología y docente de la cátedra Audiología I (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Se desempeña como fonoaudióloga en el Hospital de Niños Zona Norte. Integrante del Consejo del IUFAR. Instituto Universitario de Fonoaudiología Aplicada de Rosario.*

## Pasado y presente en el abordaje de personas con problemas auditivos

**Gabíela Dotto**

**E**n el presente capítulo pretendo dar cuenta de las transformaciones que nos permitió desarrollar, con especificidad y excelencia, la disciplina, junto con los avances tecnológicos acontecidos en los últimos años en el diagnóstico, los dispositivos de ayuda auditiva y las alternativas terapéuticas para las personas con problemas auditivos, los cuales permitieron mejorar significativamente su calidad de vida aquí, en Rosario.

En la década del ochenta, los diagnósticos audiológicos se realizaban a través de la observación de la conducta del niño pequeño. La fonoaudióloga evaluaba de manera subjetiva la audición utilizando instrumentos musicales, juguetes sonoros, la voz, etc. Cuando la edad del niño lo permitía, se realizaba una audiometría y una logoaudiometría junto con una timpanometría y/o test de reflejos. A su vez, se realizaba la evaluación del lenguaje mediante la aplicación de diversos tests estandarizados. La edad promedio del diagnóstico audiológico se encontraba entre cuatro y cinco años, y el grado de las hipoacusias era entre severas y profundas. En líneas generales, en nuestro país, la etiología se podía dividir en un 40% de causas indeterminadas y, del 60% restante, un 30% de causas infecciosas, dentro de las cuales la embriopatía rubeólica era la de mayor incidencia, 67%, el citomegalovirus en un 12% y la toxoplasmosis en un 7%. La mayoría de los niños con hipoacusias eran los llamados sordos puros, es decir, había muy baja incidencia de patologías asociadas a la sordera.

La terapéutica fonoaudiológica estaba orientada a que el niño desarrollara el lenguaje oral. Era una metodología oralista pura, de base conductista, que utilizaba con mayor énfasis la visión por sobre la audición.

Respecto del equipamiento protésico, muchos niños usaban los audífonos de caja analógicos. El modo de equipamiento era alternado, usaban el audífono un día o una semana en cada oído. Algunos tenían el equipamiento en Y (un solo cable que salía del audífono y se dividía en dos con sendos

moldes). La misma amplificación para los dos oídos, sin importar el nivel de ganancia que requería cada uno en particular. Los audífonos de cajas eran sostenidos por un arnés, que se ubicaba en el pecho o en la espalda, según el criterio del terapeuta. Pocos niños contaban con dos audífonos de caja y menos aún tenían audífonos retroauriculares (BTE). Los primeros BTE analógicos se calibraban con *trimmers*, donde se podía variar sólo algunos parámetros acústicos.

En 1987, en Buenos Aires, el Dr. Jorge Schwartzman realizó el primer implante coclear de Latinoamérica junto con el equipo de audiólogas Norma Pallares, Graciela Brik y Mónica Matti. Con esta cirugía comenzó una nueva etapa en cuanto a las posibilidades de equipamiento protésico para las personas sordas.

Hacia los años noventa se comenzó a utilizar en Rosario, con mayor frecuencia, el Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral (PEAT o BERA), aunque esta era una práctica disponible en nuestro país desde la década anterior. La mayoría de los diagnósticos auditivos se realizaban en base a los resultados de esta prueba y se confrontaban con los obtenidos en la evaluación informal de la audición. El BERA, que se utilizaba con mayor frecuencia, era el neurológico, y arrojaba datos determinantes para el diagnóstico. El equipamiento protésico se realizaba en base a los resultados de estos estudios, con los consabidos errores que se pudieron haber cometido, ya que el BERA sólo informa sobre una amplia zona frecuencial con énfasis alrededor de los 4000 Hz, pero no brinda información de las frecuencias graves. Recién sobre finales de esa década comenzó a tomar más fuerzas el BERA por clic con búsqueda de umbrales.

En algunos efectores de salud se comenzó a realizar una pesquisa de los problemas auditivos, tomando los lineamientos del *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)* del año 1994, y se intentó hacer un seguimiento de los recién nacidos de riesgo de padecer hipoacusia capacitando a fonoaudiólogos, neonatólogos, enfermeras, entre otros.

En cuanto a los factores etiológicos, a partir del año 1997, en Argentina se incluyó en el Calendario Nacional de Vacunación Obligatoria la vacuna Triple viral. Esto promovió una merma muy significativa de la incidencia de la embriopatía rubeólica como causa de hipoacusia. También en esa década se introdujo la vacuna *Haemophilus influenzae* para prevenir la meningitis.

En ese momento, los niños se equipaban de forma bilateral con audífonos BTE. No así los adultos, que se equipaban en el peor oído. Coexistían los otoamplifonos analógicos programables digitales y los digitales programables, lo que permitía una mayor exactitud en su calibración. El implante coclear (IC) se fue instalando como una posibilidad de equipamiento

para pacientes que cumplieran con las indicaciones de candidatura. La *Food and Drug Administration* (FDA), en el año 1990, aprobó la implantación en niños con hipoacusia profunda mayores de dos años y, en 1998, se bajó la edad de implantación a dieciocho meses.

En Rosario, en 1993, el Dr. Héctor Ruiz realizó el primer implante unilateral local a un adolescente de quince años y a un niño de cinco años. Por entonces, se pensaba que equipar a un solo oído con el IC era suficiente para desarrollar el lenguaje en los niños. No obstante, en 1997, el Dr. Luis Nicenboim desarrolló el primer implante bilateral a un adulto. En tanto, para los adultos que presentaban hipoacusias conductivas o mixtas, uni o bilaterales, y que no podían ser equipadas con audífonos convencionales por causas como disgenesias, otopatía externa crónica, otitis media crónica, otorrea crónica, se recurría a los dispositivos de conducción ósea: BAHA (*Bone Anchored Hearing Aid*). En bebés, a partir de los tres meses, se los podía equipar con uno o dos procesadores con una *softband* hasta que el niño alcanzara la edad suficiente para la cirugía. La FDA aprobó en 1999 el uso de implantes de titanio en pacientes mayores de cinco años.

En líneas generales, el abordaje terapéutico seguía siendo el oralista, aunque comenzaba a tener más presencia la postura psicogenética de base constructivista, donde se aceptaban otras formas de comunicación. En este sentido, y para dar respuesta a los pacientes que tenían una comunicación basada en la lengua de señas (LS), el equipo de fonoaudiólogas de Puertas de Sol (1992), instrumentó cursos de LS para profesionales, lo que las convirtió en pioneras en la utilización de esta modalidad comunicativa en el abordaje terapéutico.

Por otra parte, y a partir de la implantación en niños pequeños, se dieron los primeros pasos en la Terapia Auditiva Verbal (TVA), un abordaje basado en la audición donde se maximiza el canal auditivo para la recepción de los sonidos del habla en función de la adquisición del lenguaje. En la Argentina, la Fga. Hilda Furmanski fue pionera en este tipo de abordaje terapéutico. Los equipos terapéuticos eran cada vez más interdisciplinarios, incorporando distintas disciplinas para lograr un trabajo más integral. El promedio de edad de inicio de tratamiento se encontraba entre los dos y tres años. Llegaban a la (re)habilitación niños con grados de hipoacusia entre leve y moderada de distintas edades, muchos de ellos detectados en el ingreso escolar, y también adolescentes que no habían tenido tratamiento, con un lenguaje limitado donde el abordaje desde la comunicación total era una posibilidad. Es decir, en esa década coexistieron distintas formas de abordaje terapéutico, según los requerimientos específicos de cada paciente, lo que propició que los tratamientos fueran personalizados.

Hacia el año 2000 se pretendió erradicar el síndrome de rubéola congénito y, por tal motivo, se realizó una campaña de vacunación enfocada a niños de uno y seis años. Los resultados de esta medida los veríamos años después. Además, se sancionó en Argentina la Ley N° 25415 “Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia”. El protocolo normativo plantea distintas etapas: nivel I de pesquisa, nivel II de detección, nivel III de identificación diagnóstica y nivel IV de intervención terapéutica. A partir de este programa se logró bajar aún más la edad de diagnóstico e inicio de la terapéutica. A su vez, se observó en las consultas un incremento de niños con *handicaps* asociados a la hipoacusia; esto se daba como consecuencia de la sobrevida de estos bebés gracias a la atención que habían recibido en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

El implante coclear pasó a ser un equipamiento muy utilizado para los niños que, luego de un uso prudencial de audífonos y no advirtiéndose desarrollo en las habilidades auditivas y lingüísticas, debían realizar el cambio de dispositivo de ayuda auditiva. La FDA aprobó en el año 2000 la implantación a niños con pérdidas profundas a partir de los doce meses, y con pérdidas de severas a profundas partir de los dos años.

En la década de 2010, se logró bajar aún más la edad promedio de diagnóstico e inicio de tratamiento (entre los cuatro - seis meses a un año), lo que permitió aprovechar el período sensible para la formación de las conexiones neuronales para el desarrollo de la plasticidad auditiva necesaria en la adquisición del lenguaje. Para el diagnóstico de la hipoacusia ya se disponía de baterías de pruebas subjetivas y estudios objetivos que permitieran investigar, de manera exhaustiva, el recorrido de toda la vía auditiva. En cuanto a las causas de la hipoacusia, se observaba un incremento de las etiologías adquiridas como el CMV, la toxoplasmosis y de las de tipo hereditaria, la conexina 26 y 30 y la otoferlina, responsables en muchos casos de las neuropatías auditivas.

Muchos niños que llegaban a la consulta presentaban distintos tipos de patologías orgánicas y/o subjetivas asociadas a la hipoacusia, por lo cual el abordaje terapéutico debía ser interdisciplinario y flexible, teniendo en cuenta sus limitaciones singulares y potencialidades a fin de decidir el abordaje apropiado: TAV, bilingüe/multilingüe (LS-LO-LE) o recurrir a la terapia cognitivo-conductual, entre otras. El entorno familiar jugaba un papel fundamental para poder realizar una terapia centrada en la familia.

Las posibilidades de equipamiento protésico de que hoy en día se dispone son muy amplias y cubren las distintas necesidades según la localización de la lesión y el grado de pérdida auditiva. Audífonos de alta tecnología, implantes de conducción ósea, *softband* en niños menores de cinco años,

implantes cocleares convencionales o híbridos, implantes auditivos de tronco cerebral; software específicos para calibrar cada uno de los dispositivos, etc. El objetivo del equipamiento siempre es restaurar la binauralidad, por lo cual, en los casos que lo ameritan, que son la mayoría, se equipan con dos dispositivos.

En estos 35 años se han suscitado innumerables avances tecnológicos que permitieron una mirada distinta de las personas con problemas auditivos. Estos se orientaron no solo al equipamiento protésico, que hoy permite dar respuesta a las distintas patologías auditivas, sino también al diagnóstico audiológico certero, que posibilita la detección de la hipoacusia antes de los tres meses y el inicio del tratamiento más oportuno.

También hubo cambios sustanciales en cuanto al enfoque de la intervención terapéutica. Sabemos que el órgano de la audición es el cerebro y no los oídos, que son la puerta de entrada a todo el sistema. Hoy propiciamos abordajes terapéuticos flexibles e interdisciplinarios, utilizando distintas estrategias para que cada paciente pueda desarrollarse en los distintos aspectos: cognitivo, lingüístico y afectivo-emocional, y para así efectivizar la comunicación de la mejor manera posible, empoderando a las familias, ya que sabemos que es allí donde se dan los mayores y mejores aprendizajes.

### **Referencias bibliográficas**

Diamante, Vicente – Pallares, Norma (2019). *Implante Cocleares y de Tronco Cerebral*. Buenos Aires: Ed. Edifarma.

Dotto, G. (2016.) “Pasado y presente en el abordaje de personas con problemas auditivos” en *IX° Manual de la AAOFP* (Asociación Argentina de ORL y FONOAUDIOLÓGÍA Pediátrica) pp. 263 a 268.

Join Committee on Infant Hearing. (2000) “Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and an intervention program”. *American Journal of Audiology*. 9:9-29

“Ley N° 25415 Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia”. *Boletín oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, abril de 2001.

### **Datos de la autora**

*Gabriela Eugenia Dotto es fonoaudióloga, docente, investigadora y Directora del Departamento “Clínica y Terapéutica Fonoaudiológica” de la de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Dirige proyectos de Investigación (categoría III) sobre la problemática de la sordera. Es disertante*

*en numerosos Congresos Nacionales e Internacionales desde el año 1990. Ha escrito diversos artículos para revistas científicas y capítulos de libros vinculados al abordaje de las personas que presentan problemas auditivos.*

## Intervenciones fonoaudiológicas en el contexto del quirófano

**Silvina Peralta**

**E**s para mí un desafío poder escribir estas líneas en donde intento plasmar mi transitar en esta maravillosa profesión. Muchas emociones se despiertan: el caminar inicial por la facultad con compañeras que con el correr del tiempo se transformaron en amigas, y profesores que no sólo nos formaban como profesionales, sino fundamentalmente como personas. ¡Cuántas veces nos instaban a seguir, a aceptar desafíos! Muchos nombres y muchos rostros entrañables. Me recuerdo con mi título recién estrenado, pensando: “¿y ahora qué?”

Los temas neurológicos me interesaban, así que comencé a concurrir al servicio de neurología del Hospital Centenario. El jefe del servicio, profesor Dr. Edgardo Marelli, (neurólogo y psiquiatra) me recibió y explicó cómo funcionaba el servicio. Comencé con observaciones y participando en las lecturas bibliográficas y seminarios en donde el profesor desgranaba temas complejos con una simpleza y claridad que nos admiraba.

Tiempo más tarde, a principios de 1994, la Dra. Miriam Stolfi (neuróloga y psicóloga), profesora adjunta de la Cátedra de Neurofisiología de la Escuela de Fonoaudiología, comenzó a coordinar el Laboratorio de Neuropsicología, abocado al diagnóstico, tratamiento e investigaciones de las demencias, como la enfermedad de Alzheimer, y de otros deterioros de las funciones cerebrales superiores en el subsuelo de sala 3 del hospital. El Dr. Edgardo Marelli era el consultor del equipo.

La labor en el hospital era intensa y dinámica. El equipo estaba conformado por neurólogos que se especializaban en temas cognitivos, anatomopatología, licenciados en fonoaudiología, psicólogos, y una profesora de artes visuales que realizaba estimulación por el arte en pacientes con demencias de grado leve y moderado (sin duda alguna una auténtica precursora).

El trabajo con el paciente se iniciaba con la elaboración de una exhaustiva historia clínica y realización de exámenes neurológicos y de laboratorio,

tests neuropsicológicos, evaluación psicológica y fonoaudiológica e incluía entrevista a familiar/es acompañante/s del paciente. También se realizaban sesiones de estimulación de las distintas funciones cognitivas. La importancia de la afectividad y la emoción en el tratamiento del paciente y la contención de la familia era una enseñanza y una premisa de la Dra. Stolfi. El apoyo psicológico y la orientación general en la vida cotidiana del paciente y del cuidador/a hacían que la dinámica de interacción familia - paciente - profesional fuera cercana y constante.

Esta etapa fue de un gran aprendizaje y riqueza personal y profesional. Tanto el Servicio de Neurología como el Laboratorio de Neuropsicología (centro de demencias) promovían la realización de trabajos de investigación y participación en congresos nacionales e internacionales, pasantías y concurrencias en otros centros de neuropsicología en nuestro país y en el extranjero. El laboratorio de neuropsicología funcionó por más de quince años ininterrumpidos asistiendo a pacientes y familias de la ciudad de Rosario y otras localidades de la provincia.

Actualmente, continúo abocada a temas vinculados con la cognición y a un área que varios años atrás hubiera pensado difícil de imaginar: la cirugía de tumores cerebrales en pacientes despiertos. Desde el año 2017 se viene desarrollando esta actividad bajo la coordinación de los neurocirujanos Dr. Héctor Rojas y Dr. Ignacio Barrenechea.

La cirugía de tumores cerebrales en pacientes despiertos es una técnica que disminuye la probabilidad de secuelas. Mediante el mapeo del cerebro, en pleno funcionamiento, permite identificar, y en muchos casos preservar, las áreas funcionales primarias: lenguaje, movimiento, visión, y las fibras cerebrales. De esta manera, se incrementa el grado de seguridad durante la extracción de ciertas lesiones del sistema nervioso. Incluso la resección amplia es más sencilla cuando no afecta estas zonas esenciales, denominadas elocuentes. En ocasiones, el tumor o lesión vascular involucra las áreas motoras, sensitivas o del lenguaje, o las vías descendentes -cableado interno del cerebro- en su paso por las zonas más profundas. La resección, aún dentro del tejido anormal, puede aumentar el déficit neurológico, llegando a ser permanente y, por ende, afectar el pronóstico y calidad de vida del paciente.

Estas intervenciones se desenvuelven en etapas muy diferenciadas. En primer lugar, se realiza una sedación y se anestesia el cuero cabelludo del paciente. En esta etapa, se accede al cerebro a través de la extracción de una ventana en el cráneo (craneotomía). Una vez allí, se mapea toda la zona expuesta con un estimulador cortical para buscar las áreas importantes que deben ser conservadas. En ese momento, se procede a despertar al paciente, quien permanece en vigilia mientras se realizan ciertas pruebas. Mediante la



realización de preguntas y test secuenciales, se valora el lenguaje y otras funciones en tiempo real. De ese modo, se asegura que la manipulación de las áreas próximas al tumor no comprometa esta/s facultad/es. Una vez hallada la vía de entrada segura, se resecciona el tumor con el paciente nuevamente sedado. En algunos casos, se lo vuelve a despertar para buscar ciertas estructuras profundas que deben preservarse.

El trabajo multidisciplinario para el estudio, diagnóstico y tratamiento tiene por objetivo minimizar el daño neurológico y psicológico de estas cirugías. Además de la fonoaudióloga, el equipo está conformado por: neurocirujanos, neuróloga cognitiva, neuroanestesista, instrumentadoras quirúrgicas especializadas, neurólogos especialistas en monitoreo intraoperatorio, psicólogas, neuropatólogos, neuroimagenólogos, oncólogos.

Mi intervención dentro del equipo se basa en la preparación y evaluación de los pacientes, previo a la intervención quirúrgica, para determinar el estado cognitivo en general y el funcionamiento de determinadas funciones en particular, las cuales serán estimuladas durante la cirugía. Por ello es fundamental una coordinación y comunicación fluida con los distintos profesionales, para luego, según la información brindada y consensuada por el equipo, poder seleccionar los recursos y estímulos con los que se abordará al paciente en los encuentros previos a la cirugía y durante el transcurso de la misma. Es de suma importancia que el paciente se familiarice con las pruebas motoras, del lenguaje, etc., para que se sienta preparado, seguro y que reconozca el papel activo que desarrolla durante la intervención.

La posibilidad de ser espectadora *del cerebro en acción* es indescriptible y el acompañamiento, la cercanía y la relación con el paciente, una *vivencia única*. Vivencia tan única como la docencia, en donde recorro aulas que he transitado como alumna y en donde me reencuentro con otros alumnos, con sus aprendizajes, emociones, inquietudes y que me brindan sin quizás saberlo, la oportunidad de poder acompañarlos en este maravilloso y coincidente camino que elegimos recorrer.

## Referencias bibliográficas

Guillaume Herbet, Sylvie Moritz-Gasser, Anne-Laure Lemaitre, Fabien Almairac & Hugues Duffau (2019) "Functional compensation of the left inferior longitudinal fasciculus for picture naming", *Cognitive Neuropsychology*, 36:3-4, 140-157,

De Witt Hamer PC, Robles SG, Zwinderman AH, Duffau H, Berger MS. (2012) "Impact of intraoperative stimulation brain mapping on glioma surgery outcome: a meta-analysis". *Journal of Clinical Oncology*. Jul 10; 30 (20):2559-65.

Blanca Navarro-Maina, Luis Jiménez-Roldána, Pedro González Leona, Ana M. Castaño-Leóna, Alfonso Lagaresa, Ángel Pérez-Nuñeza. (2020) "Protocolo de intervención neuropsicológica en la cirugía del paciente despierto: experiencia de 3 años con tumores gliales". *Neurocirugía*, 31: 6, abril, pp. 279-288.

Sainz, Lorena, *et al.* (2019). "Experiencia emocional percibida por pacientes sometidos a craneotomía con despertar intraoperatorio". *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 4(1), 32-39.

Gulin, S. L., Perrin, P. B., Peralta, S. V., McDonald, S. D., Stolfi, M. E., Morelli, E., Peña, A., & Arango-Lasprilla, J. C. (2018). "The influence of personal strengths on quality of care in dementia caregivers from Latin America". *Journal of Rehabilitation*, 84, 13-21. 13.

Perrin Paul B, Gulin, S. L., Elder, H., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Peña Obeso, L. A., & \*Rivera, D. (2018). "Resilience in dementia caregivers from Argentina and Mexico: Psychometric properties of the Spanish Resilience Scale for Adults". *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 1, 1-16.

Morlett-Paredes, A., Perrin, P. B., Peralta, S. V., Stolfi M. E., Morelli, E., & ArangoLasprilla, J. C. (2015). "Structural equation model linking dementia cognitive functioning, caregiver mental health, burden, and quality of informal care in Argentina". *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 23, 341-347. 31.

## Datos de la autora

*Silvina Peralta es Licenciada en Fonoaudiología. Docente de la Cátedra de Neurofisiología de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Miembro del laboratorio de Neuropsicología en centro de demencias (1994 - 2005) Hospital Provincial Centenario, Rosario. Es integrante de un centro de rehabilitación en el área neurocognitiva de San Jerónimo Sur; y de la unidad neurooncología de la ciudad de Rosario. Fue docente y coordinadora en diversas materias de maestrías. Participa como disertante en congresos nacionales e internacionales y ha realizado publicaciones en revistas nacionales e internacionales.*

## Evaluación y diagnóstico de la función vestibular

**Lilian Frankel**

**E**l 20 de abril de 2020, los Títulos de Fonoaudiólogo/a y Licenciado/a en Fonoaudiología fueron incluidos en la nómina del artículo 43 de la Ley de Educación Superior (LES) N°24521 y bajo Resolución N° 161/2020 del Ministerio de Educación, fijándose las siguientes *actividades reservadas* de estas titulaciones:

1. Prescribir y realizar, en lo referido a la salud de la comunicación humana, prácticas fonoaudiológicas de evaluación, diagnóstico funcional, pronóstico y tratamiento de la voz, audición - vestibular, habla, fonoesmatología y lenguaje.

2. Planificar y realizar acciones destinadas a la promoción de la salud y prevención de alteraciones fonoaudiológicas.

Entonces, y en acuerdo con la praxis que les compete a los profesionales en fonoaudiología, a continuación, se describe el *sistema vestibular* para luego detallar, desde lo estrictamente funcional, cómo evaluarlo para poder arribar al diagnóstico.

Este sistema está especialmente diseñado para el control de la orientación y estabilidad postural, la superficie de apoyo, el entorno visual, la información respecto a la posición y el movimiento de la cabeza en relación a las fuerzas de gravedad e inerciales (Shumway-Cook y Woollacott, 2012) y las representaciones internas que implican una habilidad esencial para lograr la interacción con el mundo circundante (Kluzik, Peterka y Horak, 2007).

Todo lo antes mencionado es posible gracias a la capacidad del sistema nervioso central (SNC) de integrar y re-ponderar la información proveniente de los diferentes sistemas sensoriales: vestibular, visual y somatosensorial. El área de integración sensitiva multimodal posterior –ubicada en la unión entre los lóbulos parietal y temporal– compone la información de más de un canal sensorial y la proyecta hacia las áreas de asociación motora multimodales –ubicadas en el lóbulo frontal– con la orden de planificar el movimiento adecuado (Assländer y Peterka, 2014).

El sistema vestibular está conformado de dos laberintos localizados en el oído interno, cada uno de ellos comprende a cinco órganos sensoriales que, complementados con sus pares contralaterales, son capaces de censar las aceleraciones lineales y angulares cefálicas en el espacio (Kandel, Schwartz y Jessell, 2001). A su vez, la información derivada del sistema visual, a través del reflejo vestibulo-ocular (VOR) es utilizada con el propósito de estabilizar la mirada frente a un objetivo durante los movimientos de la cabeza. Este fenómeno se debe a la generación de un movimiento ocular en la dirección contraria al movimiento cefálico (Angelaki y Cullen, 2008).

Este sistema permite visualizar el movimiento y la orientación de los objetos en el ambiente, así como detectar el movimiento relativo de uno mismo en relación al ambiente (Selzer, Clarke, Cohen, Kwakkel y Miller, 2014). La influencia de la visión sobre el control de la postura varía de acuerdo a las condiciones de luminosidad, agudeza visual, localización y tamaño de los estímulos percibidos dentro del campo visual. Por ello, en ausencia de visión el balanceo del cuerpo tiende a aumentar en la mayoría de las personas (Chiari, Kluzik y Lenzi, 2001).

El otro sistema que se integra es el somatosensorial, que ofrece información directa sobre la orientación del cuerpo en el espacio, en relación a la superficie de apoyo. Esta conducción propioceptiva, a través del reflejo vestibulo-espinal (VRS), deriva de sensores distribuidos en todo el cuerpo –husos musculares, órganos tendinosos de Golgi, mecanorreceptores cutáneos, receptores articulares y de presión, a nivel cefálico, cuello, tronco y miembros superiores e inferiores– (Frankel, 2018) Este sistema pone de manifiesto la relación existente entre los diferentes segmentos del cuerpo (Laube, Govender y Colebatch, 2012) y la estabilidad tanto estática (habilidad de mantener la proyección del centro de gravedad dentro de la base de sustentación en una posición erguida tranquila, al estar de pie o sentado), como dinámica (mantenimiento de la postura erguida en la vertical en diferentes situaciones desestabilizadoras: un empujón o un movimiento autoiniciado como, por ejemplo, caminar) (Yim-Chiplis y Talbot, 2000).

Entonces, cada sistema sensorial contribuye a su modo, siendo cada uno más sensible para diferentes movimientos particulares, de manera tal que cada uno de ellos brinda un marco de referencia exclusivo, se pondera de acuerdo a las condiciones del ambiente, para el control postural (Shumway-Cook y Woollacott, 2012). Cuando uno o más de estos sistemas se encuentran dañados o no habiliten información precisa respecto a la orientación del cuerpo en el espacio, la ponderación otorgada se verá reducida y entonces otro sentido más preciso –o disponible– se verá incrementado (Horak y Hlavacka 2001; Assländer y Peterka 2014; Horak 2006; Oie, Kiemel y Jeka 2002; Horak y Macpherson 1996).

En la clínica vestibular se realiza la primera valoración semiológica al paciente, donde se evalúa la presencia de nistagmo y sus características; el reflejo vestibulo-ocular en sus diferentes modalidades: test de impulso cefálico, inhibición del VOR, entre otras pruebas; los reflejos vestibulo-espinales con pruebas como la de Bárány. Luego, pueden aplicarse pruebas vestibulares objetivas y directas que permiten investigar el sistema vestibular completo y que aportan al diagnóstico neuro-otológico ante una disfunción o trastorno vestibular. Estas evaluaciones pueden ser: la videooculonistagmografía, la posturografía computarizada, los potenciales evocados miogénicos vestibulares, oculares y cervicales, la electrococleografía, el video de impulso cefálico (VHIT), el procedimiento de evaluación de la hidropesía coclear y los estudios complementarios de tipo radiológico, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, entre otros. También, se pueden implementar cuestionarios, escalas, encuestas que son estandarizadas y consideradas como herramientas de validez científica y de fácil aplicación. Demandan poco tiempo para completarlas y son fáciles de comprender. A través de la realización de estudios o investigaciones, permiten determinar características, efectos en lo emocional, físico y/o funcional y resultados con respecto al compromiso en el equilibrio y el balance en la vida diaria y en el bienestar general del paciente (Walteros *et al.*, 2009)

A través de la información sensorial disponible para mantener el equilibrio en las actividades de la vida diaria, se puede evaluar el impacto funcional de las personas bajo diferentes contextos:

A tal fin, una herramienta muy valiosa e imprescindible es la anamnesis (Keber y Newman-Toker, 2015) espacio que habilita escuchar la descripción que hace el paciente de su problema, relevar los síntomas claves, desde cuándo los posee, cuánto tiempo duran, las situaciones que los desencadenan, otros síntomas que se asocian y los antecedentes que presenta.

A continuación, se disponen algunos de los Test clínicos funcionales para la evaluación del mantenimiento de la postura.

#### Exploración de la Estabilidad Estática:

Test Unipodal: la indicación más común utilizada es “mantente de pie sobre una pierna, tan inmóvil como puedas durante el mayor tiempo posible”. Se realiza tanto sobre la pierna izquierda como sobre la pierna derecha. La pierna de apoyo no debe moverse, y la otra pierna no debe tocar el suelo, ni a la pierna de apoyo. Durante la realización se permite que el paciente mueva sus brazos para mantener el equilibrio. El tiempo establecido para la realización de la prueba es de 60 segundos (s),

(también se usa 15 y 30 s), con los ojos abiertos. Y hasta 5 s con los ojos cerrados (Michikawa, Nishiwaki, Takebayashi y Toyama, 2009).

Prueba de Romberg: es la prueba clásica por excelencia y la más conocida (Romberg, Duncker y Sittenfeld, 1840). Consiste en solicitar al paciente que se mantenga de pie sin ayuda, manteniendo los pies juntos con los ojos abiertos y observar su respuesta cuando se le pide que cierre los ojos. La puntuación se puede reflejar de dos formas diferentes: la objetiva es anotar el tiempo en segundos que se mantiene de pie y la subjetiva, calificar como test negativo (en la normalidad) cuando el paciente se mantiene estable de pie con un leve balanceo durante al menos 6 segundos; o test positivo –en la patología–, cuando el paciente aumenta las oscilaciones, se cae o necesita ayuda para mantenerse en pie (Khasnis y Gokula, 2003).

#### Exploración de la Estabilidad Dinámica:

Timed Up & Go (TUG): (Barry, Galvin, Keogh, Horgan y Fahey, 2014; Herman, Giladi y Hausdorff, 2011) es una herramienta para la detección del riesgo de caídas. Durante la prueba, el sujeto debe pararse y caminar a un ritmo cómodo y seguro hasta una marca en el piso a tres metros de distancia de la silla, debe girar cuando llegue a la marca, caminar hacia la silla y sentarse. Se toma el tiempo de duración del test. El menor tiempo indica el mejor rendimiento funcional (< 13 s).

Marcha de Unterberger-Fukuda: el paciente debe realizar entre 40 y 60 pasos sin moverse del lugar, con ojos cerrados y brazos extendidos y se observa si aumenta la base de sustentación y si pulsiona a medida que avanza la prueba. Un giro mayor de 45 grados a uno u otro lado se lo considera patológico (Baloh, 1995).

Test clínico modificado de integración sensorial y equilibrio: fue descrito por Shumway-Cook y Horak, en 1986. Evalúa la integración sensorial bajo diferentes contextos, en el control de la estabilidad postural del paciente, (Wrisley y Whitney, 2000) con la activación de los sistemas –visual, somatosensorial y vestibular–. La prueba incluye mantener el equilibrio en superficie firme e inestable, con los ojos abiertos y cerrados, permaneciendo quieto en el lugar y luego con marchas. El control postural se mide durante treinta segundos como máximo por cada condición. Una persona podría confiar o depender de manera excesiva en un solo sentido –visual o somatosensorial– para mantener el control postural. Alteraciones provocadas en el sistema de la orientación sensorial derivará en la inestabilidad del paciente. En consecuencia, pre-

sentará una gran probabilidad de sufrir una caída (Jeka, Allison, Saffer, Zhang, Carver y Kieme, 2006).

Test de tarea doble: el paciente marcha mientras realiza una tarea cognitiva, como nombrar animales o restar números. La marcha cautelosa o enlentecida durante esta prueba es característica de lesiones corticales o subcorticales, mientras que los pacientes con trastornos de ansiedad mejoran su marcha al concentrarse en la tarea cognitiva (Oberauer, Wendland y Kliegl, 2003).

#### Exploración del Reflejo Vestíbulo Ocular:

Test de agudeza visual dinámica: el paciente debe leer las letras de la tabla con la cabeza derecha y quieta, para luego evaluar la estabilidad visual dinámica, posicionándose el examinador detrás del paciente y ejerciéndole movimientos cefálicos en los planos horizontal y vertical, cortos y rápidos (2 Hertz) y no más de 20° de rotación hacia cada lado (Leigh y Zee, 2006).

En conclusión, la evaluación funcional del sistema vestibular cuantifica y/o cualifica el equilibrio estático y dinámico, la influencia sensorial en el control de la postura, (ponderándose un sentido sobre el otro), la estabilidad del cuerpo en diferentes direcciones y con respecto al centro de la gravedad, la movilidad funcional en las que participa el equilibrio.

#### Referencias bibliográficas

Angelaki, D., & Cullen, E. (2008) "Vestibular System. The Many Facets of a Multimodal Sense". *Annual Review of Neuroscience*. 31, 125-150.

Assländer, L., Peterka, R. J. (2014) "Sensory reweighting dynamics in human postural control". *Journal of neurophysiology*. 111(9),1852-64.

Baloh, R. W. (1995) "Approach to the evaluation of the dizzy patient". *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 112: 3-7.

Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., Fahey, T. (2014) "Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis". *BioMed Central Geriatrics*, 14: 14.

Chiari, L., Kluzik, J., & Lenzi, D. (2001) "Different postural behaviors in normal subjects: Sensory strategy or control strategy?" Rome: ES-MAC-SIAMOC Joint Congress.

Frankel, L. (2018) "Sistema vestibular y bases de su rehabilitación". 306,

297-319. En Serra, S. *et al. Manual de la audición*. Buenos Aires: Brujas.

Herman, T., Giladi, N., Hausdorff, J. (2011) "Properties of the Timed Up and Go Test: more than meets the eye". *Journal Gerontology*, 57: 203-7.

Jeka, J., Allison, L., Saffer, M., Zhang, Y., Carver, S. & Kieme, S. (2006) "Sensory reweighting with translational visual stimuli in young and elderly adults: the role of state-dependent noise". *Experimental Brain Research*, 174: 517-527.

Kandel, E., Schwartz, J., & Jessell, T. (2001) *Principios de Neurociencias*. Madrid: McGraw Hill/ Interamericana de España, S, A. U.

Keber, K.A., Newman-Toker, D. E. (2015) "Misdiagnosing dizzy patients. Common pitfalls in clinical practice". *Neurologic Clinics*, 33:565-575.

Khasnis A, Gokula RM. (2003) "Romberg's test". *Journal of Postgraduate Medicine*, 49(2): 169.

Kluzik, J., Peterka, R.J. & Horak, F.B. (2007) "Adaptation of postural orientation to changes in surface inclination". *Experimental Brain Research*. 178, 1-17.

Laube, R., Govender, S. & Colebatch, J.G. (2012) "Vestibular-dependent spinal reflexes evoked by brief lateral accelerations of the heads of standing subjects". *Journal of Applied Physiology*. 112(11), 1906-1914.

Leigh, J., Zee, D. (2006) *The Neurology of Eye Movements*. Oxford: Oxford University Press.

Michikawa, T., Nishiwaki, Y., Takebayashi, T., Toyama, Y. (2009) "One-leg standing test for elderly populations". *Journal of Orthopedic Science*, 14 (5): 675-685.

Oberauer, K., Wendland, M., Kliegl, R. (2003) "Age differences in working memory-the roles of storage and selective access". *Memory & Cognition*, 31(4): 563-9.

Selzer, M., Clarke, L., Cohen, L., Kwakkel, G. & Miller, R. (2014) *Neural Repair and Rehabilitation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shumway-Cook, A. & Woollacott, (2012) *M. Motor Control*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Walteros, D. *et al.* (2009) "Validez y confiabilidad del DHI versión colombiana". En *Revista Areté: Bogotá*. D.C. Vol. 9; N° 1. 122-139

Wrisley, D. M, Whitney S. L. (2004) "The effect of foot position on the Modified Clinical Test of Sensory Interaction and Balance. *Arch Phys Med Rehabil Vol* 85.

Yim-Chiplis, P. K., Talbot, L. A. (2000) "Defining and measuring balance in adults". *Biological Research for Nursing*. 1 (4): 321-331.

## Datos de la autora

Lilian Frankel es Fonoaudióloga, Doctorada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (2005). Investigadora de programas de incentivos categoría D (2008). Docente de grado, desde 1988 y continúa (Licenciatura en Fonoaudiología, Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Docente en los Simposios Anuales Internacionales de Postgrado en Neuro-Otología, Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA), desde 2007 y continúa. Docente en Cursos de Postgrado en: Clínica de Mareos y Rehabilitación Vestibular. Fundación “San Lucas” para las Neurociencias. Rosario, desde 2004 y continúa. Docente de Postgrado en Cursos del Doctorado de la FCM (UNR). Ha realizado publicaciones en libros, revistas nacionales e internacionales. Es fundadora del área de Rehabilitación Vestibular en el Instituto del Oído Dr. Nicenboim, Rosario, en INEBA y en la Fundación San Lucas para la Neurociencia, Rosario.

## Desorden en el procesamiento auditivo central. Dificultades auditivas y audición normal

### Viviana Casaprima

**E**n la práctica fonoaudiológica, se puede observar pacientes que, con audición dentro de parámetros normales, manifiestan dificultades para comprender el lenguaje hablado en entorno ruidoso o seguir consignas auditivas complejas; otros pacientes pueden presentar una pérdida auditiva, pero esta no se correlaciona con la magnitud de las dificultades que manifiestan en su vida diaria. Por esto, suelen ser diagnosticados, si no se evalúa con mayor profundidad todo su sistema auditivo, como pacientes con audición normal, atribuyéndose las dificultades antes mencionadas a déficits de atención, motivación u otra causa, cuando puede tratarse de un desorden en el denominado Procesamiento Auditivo Central. La Audiometría Tonal brinda información sobre la sensibilidad auditiva, permite determinar si la persona evaluada presenta hipoacusia y el tipo, grado y configuración de la misma, pero no brinda una perspectiva general de la función auditiva.

Pacientes con la misma agudeza auditiva, según estudios audiómetros, pueden presentar un desempeño auditivo diferente en entornos sonoros más demandantes. Karlin, en 1942, ya planteaba discrepancias significativas entre las mediciones audiométricas y el éxito en la predicción de la audición de sonidos complejos en situaciones acústicas cotidianas (Karlin 1942, citado en Casaprima 2014). Fuente y Hormazabal señalan que en la clínica audiológica deberían llevarse a cabo pruebas más cercanas a situaciones de escucha diaria, de tal manera de pesquisar posibles alteraciones auditivas y comunicativas vinculadas con el procesamiento central, que los sujetos pudieran presentar (Fuente y Hormazabal 2007, citado en Casaprima, 2014).

La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA), en el año 2005, definió el término Procesamiento Auditivo Central (PAC) como la eficiencia y eficacia con que el Sistema Nervioso Central (SNC) utiliza la información auditiva; se refiere al procesamiento perceptual de la información auditiva en el SNC y la actividad neurobiológica que subyace a

dicho procesamiento, y que genera los potenciales electrofisiológicos auditivos e incluye todos aquellos procesos y mecanismos auditivos responsables de una serie de fenómenos conductuales fundamentales en el proceso de escucha y comunicación.

Dichos fenómenos son la localización y lateralización del sonido, la discriminación auditiva, el reconocimiento de patrones auditivos, el reconocimiento de aspectos temporales de la audición (resolución o discriminación temporal, ordenamiento y enmascaramiento) y el desempeño auditivo frente a señales acústicas competitivas y degradadas. Todos estos procesos y mecanismos son aplicables tanto a señales verbales como no verbales. (ASHA, 1996, citado en Casaprima 2014). Al déficit de algunas o todas las habilidades auditivas centrales antes mencionadas, se lo conoce como Desorden del Procesamiento Auditivo Central (DPAC).

La ASHA, en el año 2005, definió al DPAC como “las dificultades en el procesamiento perceptual de los estímulos auditivos y en la actividad neurobiológica que subyace a ese procesamiento”. Bellis (2020) remarca que el DPAC es un déficit auditivo que puede coexistir con otros trastornos cognitivos, del lenguaje o relacionados de orden superior, pero el DPAC no es el resultado de dichos trastornos. Por otro lado, Cacace y McFarland sostienen que el DPAC es una disfunción de la percepción auditiva, de modalidad específica; con este criterio el diagnóstico de DPA se puede realizar sólo cuando el trastorno afecte al Sistema Auditivo Central (SAC), sin otro déficit asociado (Cacace y McFarlan, 2005 citado en Casaprima, 2014). Rosen, en este sentido, observa que esta definición es demasiado restrictiva, puede haber patologías que afecten varios sistemas generando alteraciones en diferentes modalidades (Rosen, 2005).

Los integrantes del grupo de Trabajo de la ASHA señalan que el requisito de “la especificidad modal” como un criterio de diagnóstico para el DPAC no es consistente con cómo realmente ocurre el procesamiento en el SNC, ya que la neurología cognitiva básica ha demostrado que hay muy pocas áreas enteramente compartimentadas en el cerebro que sean solamente responsables de una modalidad sensorial (ASHA, 2005).

Por su parte, la *British Society of Audiology* (BSA) (2011) sostiene que un DPA es el resultado de una función neural atípica y se caracteriza por un pobre reconocimiento, separación, agrupamiento, localización u ordenamiento de sonidos que no corresponden al habla. Dicha Institución en el año 2018 actualizó la definición del DPA, manifestando que su origen está dado por una función neuronal deteriorada, que puede incluir las vías aferentes y eferentes del SNAC, así como la de otros sistemas del procesamiento neuronal que proporcionan una modulación “de arriba hacia abajo”

del SNAC. Estos otros sistemas incluyen, pero no se limitan a, la visión y las funciones cognitivas del lenguaje, el habla, la atención, la función ejecutiva, la memoria y la emoción.

La BSA (2011) clasifica al DPA en tres categorías:

- DPA del desarrollo, la alteración se presenta en la infancia con umbrales tonales conservados y sin la presencia de un factor de riesgo potencial.
- DPA adquirido, los casos asociados a una causa postnatal, como trauma neurológico o infección, que pudieran explicar el trastorno.
- DPA secundario, el desorden se produce en presencia o como resultado de un déficit auditivo periférico transitorio.

Para explicar la naturaleza del DPA del desarrollo, que contempla a sujetos con sensibilidad auditiva normal para tonos puros y presencia de sintomatología auditiva, Moore (2018) sostiene que el problema experimentado por estos niños podría no ser el resultado de un procesamiento deficiente de las señales auditivas en el SAC, sino que estas dificultades auditivas podrían ser principalmente por una síntesis deficiente del lenguaje, por la falta de atención u otro deterioro de la función ejecutiva en el procesamiento cortical de la información auditiva más allá del SAC. Además, manifiesta que el problema puede ser completamente cognitivo, afectando principalmente el procesamiento del lenguaje, la atención o la memoria y ejerciendo un efecto no específico sobre la percepción auditiva. Este autor utiliza el término *dificultades auditivas* para resumir cualquier dificultad auditiva que refiera el paciente, a pesar de la audiometría normal; dicho término no implica ningún mecanismo ni diagnóstico específico.

Todo lo planteado anteriormente evidencia las dificultades que existen todavía para elaborar un constructo teórico y práctico sobre el DPA en general, pero particularmente sobre la categoría *DPA del desarrollo* elaborada por la BSA; según refiere Moore “...no conozco ninguna otra área de la Audiología o de la Neurociencia donde exista un callejón sin salida intelectual, teórico y práctico de tan larga data” (Moore, 2018).

Se estima que entre un 2 y 3% de los niños presentan algún desorden del procesamiento auditivo, con predominio para los varones sobre las niñas (relación 2:1); en adultos mayores de sesenta años se calcula una prevalencia del 10 al 20% que aumenta en forma directamente proporcional con la edad (Chermak y Musiek, 1997, citado por Cañete, 2006). En los niños, la consulta generalmente se da durante el período escolar y con frecuencia se sospecha de un posible desorden central a partir de la sintomatología

(Bellis, 2000 citado en Casaprima, 2014). El adulto, en cambio, es derivado para una evaluación auditiva por dificultades que pueden relacionarse con pérdida auditiva periférica. Se sospecha de un posible desorden auditivo central cuando se determina que las dificultades auditivas manifestadas por el paciente no se corresponden con el grado de pérdida auditiva y/o cuando el rendimiento del equipamiento auditivo es menor al esperado (Bellis, 2000; Chermak, 2016).

Los pacientes con DPA pueden presentar dificultades para entender el lenguaje hablado, seguir correctamente instrucciones verbales, entender el lenguaje rápido o fraccionado, comprender información de forma simultánea y/o competitiva, localizar la fuente del sonido, estas dificultades suelen empeorar en ambientes acústicamente adversos. Además, los niños con DPA pueden tener problemas con la ortografía, la lectura, la comprensión y la información presentada verbalmente en el aula. Por otra parte, se pueden observar dificultades para aprender una lengua extranjera, para seguir instrucciones secuenciadas y relacionadas con la percepción musical (Chermak, 2002). Algunos pacientes presentan dificultades relacionadas con la percepción de los aspectos prosódicos del habla, como ritmo, entonación y acentuación. Estas personas no refieren dificultades características del déficit auditivo y de los desórdenes en el procesamiento, en cambio, pueden manifestar trastornos para reconocer el sarcasmo, el humor y las señales de tono de voz que contienen información importante para el oyente (Bellis, 2003).

La presencia de alguna de las conductas mencionadas anteriormente no determina un DPAC, ya que pueden ser atribuidas a otros desórdenes (Mignon, 1999). Los sujetos que presentan alguno de estos síntomas deben considerarse en riesgo de presentar algún trastorno central y deben ser derivados para una evaluación diagnóstica del procesamiento auditivo (AAA, 2010).

Bellis y Ferre (1999) sostienen que es fundamental, en los niños que presentan dificultades académicas y de comunicación, evaluar la función cognitiva general, las habilidades del lenguaje receptivo y expresivo, la atención y el aprendizaje. Esto contribuiría a un diagnóstico diferencial del DPA y a determinar la participación relativa de un trastorno central en las dificultades generales del niño (Casaprima, 2014).

El 47% de niños con DPA presentan simultáneamente dificultades en el lenguaje y la lectura (Sharma, 2009). Dado que las investigaciones son de tipo transversal, se dificulta determinar si el APD ha causado las dificultades en el lenguaje y en la lectura en un individuo, o si existe alguna otra dificultad que explica todos estos problemas. Chermak (2016) observa que la comorbilidad

de los DPA y otros trastornos del desarrollo neurológico se pueden explicar sobre la base de que las funciones perceptivas, del lenguaje y las cognitivas se basan en amplias redes de sustrato neurofisiológico y vascular compartido; dichas redes son polimodales, multisensoriales, superpuestas, interconectadas y sincronizadas. Arlinger y colaboradores observan que las dificultades para escuchar, procesar el lenguaje y comunicarse en entornos de escucha complejos que presentan individuos de diferentes grupos etarios solo se pueden entender y manejar dentro de un marco interdisciplinario que articule la investigación auditiva y cognitiva (Arlinger, 2009 citado en CISG, 2012).

La AAA (2010) considera que el propósito de la evaluación auditiva central debe ser identificar la presencia de anomalías o disfunciones en el SNAC y diagnosticar un DPAC, para poder así describir la naturaleza y extensión del desorden, con el propósito de desarrollar programas de manejo e intervención para los sujetos afectados.

La necesidad de evaluar la función auditiva central con fines diagnósticos y la batería de pruebas a aplicar pueden surgir a través de lo referido por el paciente durante la aplicación de la anamnesis y la interpretación de los estudios audiológicos de rutina que evalúan la función auditiva periférica, seleccionando así el fonoaudiólogo los test que demuestren alta sensibilidad y especificidad para evaluar los procesos o habilidades supuestamente alterados. Para una selección apropiada resulta fundamental el conocimiento de los procesos cognitivos y mecanismos anatomofisiológicos que examina cada una de las pruebas (Zenker & Barajas, 2003, citado en Casaprima 2014).

La evaluación del sistema auditivo periférico es relevante, por un lado, para descartar la presencia de Hipoacusia Sensorioneural o Mixta, Neuropatía Auditiva y Sinaptopatía coclear que pueden generar dificultades en la discriminación del habla en ambientes ruidosos. Por otro lado, es importante dado el efecto negativo que la disminución auditiva puede tener sobre los resultados de algunas pruebas centrales; esto no impide la evaluación del PAC, pero sí determina el tipo de prueba a utilizar.

Para evaluar el PAC se pueden utilizar pruebas electroacústicas, electrofisiológicas y tests conductuales verbales y no verbales. En relación a las mediciones electrofisiológicas, algunos autores consideran que es fundamental incluirlas en la evaluación del sistema auditivo para poder confirmar un trastorno del procesamiento auditivo, ya que permiten aislar el SNA al reducir al mínimo las influencias lingüísticas y reflejar los niveles de disfunción (Jerger y Musiek, 2000 citado en Whitelaw, 2008). Otros investigadores plantean que las pruebas electrofisiológicas no deben ser consideradas como parte obligatoria de la batería diagnóstica del SAC; estas

deben utilizarse sólo ocasionalmente cuando se tiene evidencia de daño neurológico (Matson, 2005 citado en Casaprima, 2014).

Con respecto a la evaluación conductual, las pruebas se pueden clasificar, según el comportamiento auditivo que identifican, en pruebas de procesamiento temporal, de escucha dicótica, de interacción binaural y monoaurales de baja redundancia del habla. Algunas de ellas requieren que el estímulo acústico utilizado se modifique o distorsione para poder estudiar una función en particular. Cuando se utiliza material verbal, este debe ser de baja redundancia, de uso común y acento neutro (Casaprima, 2014). Beck y colaboradores (2016) recomiendan para evaluar específicamente el PAC medidas de procesamiento auditivo temporal, espectral y espacial.

La batería para evaluar los DPA debería estar conformada por un grupo reducido de pruebas que sean relevantes para los problemas manifestados por el paciente, normatizadas con alta sensibilidad y especificidad, validez regional, adecuadas a la edad y con baja carga lingüística y cognitiva (Casaprima, 2013). Jerger y Musiek (2000) consideran que, en general, se debe utilizar instrumentos que evalúen específicamente conductas auditivas y cuyo rendimiento no se vea afectado por otros factores como la atención, memoria y las exigencias lingüísticas.

La BSA (2011) argumenta que la investigación de APD debe ser multidisciplinar. De esta manera, debe incluir la evaluación del lenguaje, del aprendizaje y de la función cognitiva, incluidas pruebas para la memoria auditiva y atención. La administración de pruebas audiológicas de forma aislada, sin considerar estas cuestiones, puede resultar en diagnósticos erróneos y retrasos en el manejo apropiado de los individuos con trastornos coexistentes.

Según el grupo de trabajo de la ASHA (2005), la interpretación de los resultados de las pruebas conductuales para arribar al diagnóstico de un DPAC, puede ser absoluta, es decir, la interpretación se basa en la norma o relativa. En este caso, la interpretación se basa en el desempeño del paciente intratest, intertest y en la comparación con los resultados de otras pruebas que evalúan lenguaje, las funciones cognitivas y multisensoriales, entre otras.

Es fundamental la intervención temprana en el DPA, sin embargo, es recomendable interpretar con precaución los resultados de las pruebas aplicadas en niños. En el período de tiempo durante el cual se completa la maduración del SNC, se puede observar en los niños cierta variabilidad en los resultados de las pruebas comportamentales, los cuales pueden mejorar con el tiempo. En este sentido, las Directrices Canadienses (2012) refieren que, cuando en la primera evaluación realizada a los niños se obtienen resultados anormales, es conveniente informar sobre el potencial riesgo de presentar un desorden auditivo y no diagnosticar un trastorno en

el procesamiento auditivo hasta realizar una reevaluación. En relación al diagnóstico de DPAC, diferentes autores coinciden en que es más apropiado informar las dificultades auditivas que presenta un sujeto considerando sus necesidades personales y ambientales específicas, y desde esa perspectiva elaborar una intervención terapéutica.

La investigación de la función auditiva central debe formar parte de la evaluación auditiva de aquellos pacientes en los que se sospecha una disfunción central, los que presentan dificultades de aprendizaje, retraso de lenguaje y/o determinadas dificultades auditivas. Al considerar el impacto negativo que puede tener un DPAC en la comunicación, en lo académico, en lo psicosocial y las controversias que existen todavía sobre ciertos aspectos del mismo, es fundamental continuar investigando para obtener nuevas evidencias que permitan orientar la toma de decisiones clínicas y mejorar los métodos de evaluación y de diagnóstico.

### Referencias bibliográficas

American Academy of Audiology Clinical Practice Guidelines (2010). *Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Management of Children and Adults with Central Auditory Processing Disorder* [www.audiology.org/central-audition](http://www.audiology.org/central-audition)

American Speech-Language-Hearing Association (2005). (Central) *Auditory Processing Disorders* (Technical Report). [www.asha.org](http://www.asha.org).

Beck, D., Clarke, J., Moore, D., et al. (2016). "Problems in cognitive evaluations by audiologists". *Audience review*. 23 (2): 36-38

Bellis, T. (2020). "Comprensión de los trastornos del procesamiento auditivo en niños". <https://www.asha.org/public/hearing/Understanding-Auditory-Processing-Disorders-in-Children/>

Bellis, T. & Ferre, J. (1999). "Multidimensional approach to the differential diagnosis of auditory processing disorders in children". *Journal of the American Academy of Audiology*, 10, pp319–328.

Boothroyd, A. (1997). "Auditory development of the hearing child. Scandinavian audiology". *Supplementum* 46(46):9-16 <https://www.researchgate.net/publication/13911941>

British Society of Audiology. (2018). *Position Statement & Practice Guidance Auditory Processing Disorder (APD)* [www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/Position-Statement-and-Practice-Guidance-APD-2018.pdf](http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/Position-Statement-and-Practice-Guidance-APD-2018.pdf)

British Society of Audiology. (2011). *APD SIG (b). Practical Guidance: An overview of current management of auditory processing disorder*. [[www.thebsa.org.uk/images/stories/docs/BSA\\_APD\\_Management\\_1Aug11\\_FINAL\\_a\\_mended17Oct11.pdf](http://www.thebsa.org.uk/images/stories/docs/BSA_APD_Management_1Aug11_FINAL_a_mended17Oct11.pdf)]



*Canadian Guidelines on Auditory Processing Disorder in Children and Adults: Assessment and Intervention*. (2012). [www.speechandhearing.ca](http://www.speechandhearing.ca)

Cañete, O. (2006). “Desorden del Procesamiento Auditivo Central (DPAC). Revisión Bibliográfica”. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 66, pp263-273.

Casaprima, V. (2014). *Procesamiento auditivo Central. Importancia de la evaluación comportamental*. (Trabajo final de la especialización) Universidad del Museo Social. Buenos Aires. Argentina

Casaprima, V., Jannelli, A., Lobo, M., *et al.* (2013). “Obtención de valores normativos en la evaluación de la función auditiva central”. *Revista Médica de Rosario*, 79, pp73-77.

Chermak, G. (2016) “Diagnosis and Intervention”  
<https://www.audiologyonline.com/articles/20q-capd-diagnosis-and-intervention-17875>

Jerger, J. & Musiek, F. (2000). “Report of the Consensus Conference on the Diagnosis of Auditory Processing Disorders in School-Aged Children”. *Journal of the American Academy of Audiology*. Vol 11(9), pp467-474.

Keith, W., Purdy, S., Baily, M. *et al.* (2019). “New Zealand Guidelines on Auditory Processing Disorder”. *New Zealand Audiological Society*. <https://www.audiology.org.nz/>

Kreisman, N., John, A., Kreisman, B., Hall III, J. *et al.* (2012). “Psychosocial Status of Children with Auditory Processing Disorder”. *Journal of the American Academy of Audiology*. 23(03): 222-233. DOI: 10.3766/jaaa.23.3.8

Moore, D. (2018). “Auditory processing disorder (APD)” *Ear Hear*, 39(4): 617–620. doi:10.1097/AUD.0000000000000582.

Moore, D., Hugdahl, K, Stewart HJ, *et al.* (2020) “Listening Difficulties in Children: Behavior and Brain Activation Produced by Dichotic Listening of CV Syllables”. *Front. Psychol.* 11:675. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00675

Moore, D., & Hunter, L. (2013). “Auditory processing disorder (APD) in children: A marker of neurodevelopmental syndrome”. *Hearing, Balance & Communication*, 11, 160-167. DOI: 10.3109/21695717.2013.821756

Moore, D., Sieswerda S.L., Grainger M.M., *et al.* (2018) “Referral and diagnosis of developmental auditory processing disorder in a large, United States hospital-based audiology service”. *Journal of the American Academy of Audiology*. In Press.

Rosen, S. A. (2005). “Riddle Wrapped in a Mystery Inside an Enigma: Defining Central Auditory Processing Disorder”. *American Journal of Audiology*. Vol. 14, pp139–142.

Sharma, M., Purdy, S., Kelly, A. (2009). “Comorbidity of Auditory Pro-

cessing, Language, and Reading Disorders”. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 52(3):706-22. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/07-0226)

Whitelaw, G. (2008). “Auditory Processing in Adults: Beyond the Audiogram”. [www.audiologyonline.com](http://www.audiologyonline.com).

### Datos de la autora

*Viviana Casaprima es Licenciada en Fonoaudiología y Especialista en Audiología. Profesora Titular del Departamento de Audiología, docente e investigadora (categoría III) de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR).*

## La fonoaudiología y los peritajes

**Miriam Gómez**

**E**n gran medida, hablar de peritajes es hablar de la historia de la audiología laboral, que es parte de mi historia personal. A fines de la década del setenta comencé, junto a un grupo de fonoaudiólogas, a realizar una concurrencia en un Hospital Público PAMI 2, con el objetivo fundamental de aprender acerca de las prácticas audiológicas. Dentro de ese espacio, comenzamos a recibir pacientes con problemas ocasionados por el ruido en el lugar donde trabajaban, se empezaba hablar de los traumas acústicos y a realizar jornadas nacionales sobre ese tema.

En ocasión de asistir a dichas jornadas, junto con mi compañera, la Lic. en Fonoaudiología Thelma Montañez, que en ese momento era docente de la Escuela de Fonoaudiología, tomamos contacto con equipos interdisciplinarios de empresas multinacionales, abogados e ingenieros en seguridad y médicos de empresas, con la intención de abordar los trastornos auditivos que eran provocados fundamentalmente por el ruido. Tiempo después, el trabajo dentro de la empresa multinacional nos permitió seguir aprendiendo sobre el ruido, los traumas que ocasionaba y otros agentes que provocaban hipoacusias laborales. También nos permitió contactarnos con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y recibir información permanente.

A fines de 1983, compartimos la experiencia y el honor de realizar los estudios audiológicos a los ex combatientes de la Guerra de Malvinas, lo que nos permitió conocer innumerables casos de traumas neumosonoros por explosiones, tal como se describe en el compendio de otorrinolaringología de Thompson y Zubizarreta (1979), y que hoy conocemos como traumas acústicos agudos. Asimismo, este período nos convocó al trabajo como peritos desde los estudios jurídicos, ya que las demandas por problemas auditivos se habían propagado en nuestro país. A comienzos de 1984, la entonces Directora de la Escuela de Fonoaudiología, Hilda Ogni, consideró que estos conocimientos eran relevantes para integrarlos a la carrera en la cátedra de Audiología II, así que comenzamos con el desempeño docente en la escuela.

Durante la década del ochenta y hasta mediados de los noventa participamos con mi compañera, en más de 4 mil peritajes tanto en Tribunales Provinciales como Federales y más de 30 mil estudios en diferentes empresas nacionales. También realizamos mediciones de ruido ambiente y trabajamos en equipo con el área de ingeniería en seguridad de algunas empresas. No solo se hacían los relevamientos audiológicos por ruido, sino que también se investigaban las hipoacusias de origen tóxico e infeccioso relacionadas con el ámbito laboral.

Tuvimos que aprender además sobre los marcos legales, tales como la Ley N° 19.587 de Higiene y Seguridad del trabajo y su decreto 351/79, que hace referencia a los tipos de ruidos y los niveles permitidos por ley así como las tablas para obtener el Nivel Sonoro Continuo Equivalente (NSCE) y la reforma de la Ley N° 24.557/95 sobre Riesgos de Trabajo, en donde se puede obtener la clasificación de las enfermedades profesionales y la obtención por la tablas vigente de la incapacidad o Total Obrera (TO). Cabe destacar que esta actividad requiere de la vinculación con profesionales de abogacía, lo cual se profundizó a partir de la creación de las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART). A mediados de los noventa, ya se contaba con más de cuatro tablas evaluativas para la TO, pero con la aparición de las ART surgió un margen regulador que promovía una aplicación específica para determinados casos. Muchas empresas habían quebrado debido a la cantidad de juicios laborales por hipoacusia, lo que se denominó “la industria del juicio” en aquella época. En el marco de las intervenciones que se realizaron en ese período, y como parte del trabajo permanente con la ingeniería en seguridad, se brindaron charlas de carácter preventivo e informativo en la Universidad Tecnológica Nacional, así como en una en una empresa de cordón industrial de la ciudad de San Lorenzo.

A fines de 1988, el trabajo en el Sanatorio de la Federación de la Carne permitió ejercer la fonoaudiología de manera integral, ya que posibilitó el contacto directo con los trabajadores de los frigoríficos, en donde se pudieron pesquisar y estudiar otro tipo de problemas de salud de índole laboral que causan hipoacusias, como la brucelosis. Esta actividad dio paso a la actuación en peritajes en los casos de las personas infectadas por esa bacteria, trabajando con registros de casos desde Reconquista hasta Rosario. Se comenzó a generar el reconocimiento social de la disciplina y la referencia local y provincial en esta función.

Este recorrido descrito en el texto, permite una reflexión acerca del trabajo único y enriquecedor de la intersectorialidad y de la interdisciplina. La salud del ser humano siempre nos lleva al encuentro con otros saberes y otras profesiones, porque es compleja por naturaleza, y estas interacciones nos dan

la posibilidad de entrar en contacto con un trabajo que amplía enormemente el interjuego con profesionales de las más variadas disciplinas, como abogados, ingenieros, técnicos en seguridad, fiscales y médicos laborales.

El transcurso de los años ochenta y noventa claramente fue un desafío para las fonoaudiólogas dedicadas al área laboral. Parte de lo complejo fue esgrimir fuertes argumentos que mostraran que las mediciones que se realizaban tenían como objetivo la prevención y el cuidado de la salud auditiva de operarios y empleados que trabajaban en zonas de riesgo por los contaminantes químicos o la contaminación sonora. Esta situación dejó ver que no era posible dejar la promoción y la prevención de la salud, aun teniendo que atender a otras funciones, cuando ya estaba establecida una patología. No se podía sacar la mirada de los riesgos a los que se exponían ante la falta de protección y comunicarlos para anticipar el daño. Un espacio ganado por la disciplina fonoaudiológica fue poder integrar los equipos de higiene y seguridad, y ya para esa época otras fonoaudiólogas comenzaban a elegir esta función como desempeño laboral.

A partir del año 2000, estando en la jefatura de un servicio de sanatorio, tuve la oportunidad de acompañar la formación práctica de las estudiantes de Taller III, una de las materias del último año de la carrera. Aún queda mucho por ampliar y profundizar en la formación. Todo este recorrido que se fue abriendo con muchas horas de dedicación, vocación y desafíos permanentes ha traído un sinnúmero de reflexiones que sería importante poder transmitir, al menos en parte, a la comunidad fonoaudiológica.

En primer lugar, que tenemos el deber de conservar esta labor que está inscripta dentro de nuestra Ley de Ejercicio Profesional N° 9981:

- mediciones de ruido (Art 3, inciso c)
- actuar como perito materia de orden judicial en todos los fueros (Art 8, inciso d)
- ejercer auditorías fonoaudiológicas para control y supervisión en los niveles que corresponda y en aquellas patologías que hacen a su incumbencia (Art. 8, inciso e)

Paradójicamente, a pesar de todo lo que se ha trabajado en este sentido, y de ser una función habilitante por ley, siendo funciones contempladas dentro de las incumbencias, estos alcances de la fonoaudiología no han tenido en el transcurso de los años la visibilización intradisciplinar correspondiente a los logros obtenidos en función del accionar en territorio. Haciendo una reflexión crítica, quizá lo que haya sucedido es que no se ha podido expandir el conocimiento profundo de esta área fonoaudiológica desde la academia,

ya que no se puede elegir lo que se desconoce, ni tampoco defenderlo. Estamos en un gran desafío disciplinar: no dejar perder los espacios que han sido ganados y que corresponden a nuestro saber específico.

Cabría la pregunta, para comenzar, sobre qué es un peritaje. La palabra implica un conocimiento profesional sobre un tema específico. El perito tiene como función participar desde el lugar disciplinar y conociendo sus limitaciones dando información sobre el tema o caso en cuestión. También se pueden describir a grandes rasgos, los diferentes tipos de peritos:

- El perito oficial: sorteado oficialmente y recibe su citación a través de una cédula judicial para intervenir en un conflicto entre partes.
- El perito de parte: puede ser convocado por cualquiera de las dos partes (demandante o demandado) y tiene como objetivo informar y acompañar en el proceso.
- El perito asesor: como su nombre lo indica tiene como objetivo asesorar a los peritos oficiales o fiscales que así lo soliciten.

Las fonoaudiólogas que actúan como peritos también pueden participar en demandas por alteraciones de voz (disfonías profesionales), o como asesoras en alteraciones neurológicas que alteren la comunicación, como por ejemplo secuelas neurológicas de un accidente automovilístico. Resulta un orgullo decir que académicamente se desarrollan contenidos sobre estas funciones en la Escuela de Fonoaudiología de Rosario y que no se encuentra dicha temática en currículas de otras escuelas del país, aunque es creciente la preocupación por la disminución de fonoaudiólogas que están eligiendo este camino en el transcurso de los últimos años, ya que se contradice con la creciente demanda de casos y con un futuro que se vislumbra con posibilidad de nuevas investigaciones, transformaciones de acciones de acuerdo a las tecnologías y con alta cantidad de casos al respecto.

Cabe destacar que, a través de invitaciones particulares, se han realizado desde nuestra escuela trabajos de investigación sobre ruido, como la medición de ruidos en la Sala de Neonatología del Hospital Centenario, o la medición de los juguetes sonoros de la Escuela de Sordos de la ciudad de Rosario. En este mismo sentido, cuando los avances y las modificaciones disciplinares que surgen desde las prácticas territoriales no son absorbidos por la academia y pueden transformarse en espacios de formación-reflexión-investigación, se cae en un peligro: las tensiones entre las fuerzas que se producen en el campo de juego entre disciplinas ponen en riesgo nuestros lugares ganados ya que, ante el escaso número de fonoaudiólogas que se dedican al peritaje y a la medición de ruidos y la alta demanda existente,

se genera una vacancia en esta actividad, a riesgo de ser cubierta por otra disciplina (por ejemplo, por técnicos en seguridad).

Esta realidad debiera permitir moverse, cambiar, abrir espacios desde la formación de grado y postgrado, para dar lugar al conocimiento que produzca motivación en futuros/as profesionales. Es necesario revisar hacia dónde se está yendo, para que la fuerza y el impulso gestado durante los años ochenta y noventa no se pierda y pueda hacerse visible, impidiendo la pérdida de oportunidades laborales que corren riesgo de extinción.

Es mi deseo que este camino se continúe, se expanda, que se desarrollen nuevos e interesantes trabajos de investigación con salida a la comunidad. Apuesto a que estas propuestas se efectivicen para que los/as futuros/as profesionales de la fonoaudiología puedan desempeñarse en la audiología legal – laboral y realizando peritajes en otras áreas de comunicación humana.

### **Referencias bibliográficas**

Thompson, V. Bartelli, J. Zubizarreta, J. Robbio Campos, J. (1980). Compendio de otorrinolaringología. Buenos Aires: Editorial Ateneo.

Ley N° 19587. Higiene y seguridad en el trabajo. Buenos Aires, Argentina, 21 de abril de 1972.

Decreto N° 351. Higiene y seguridad en el trabajo. Buenos Aires, Argentina, 5 de febrero de 1979.

Ley N° 24557. Riesgos del Trabajo. Buenos Aires, Argentina, 13 de septiembre de 1995.

Ley N° 24557. Riesgos del Trabajo. Buenos Aires, Argentina, 13 de septiembre de 1995.

Miyara, F. (2006). Acústica y sistema de sonido. Rosario: UNR Editora.

Behar, A. (1994). El ruido y su control. Ciudad de México: Editorial Trillas.

Rejano de la Rosa, M. (2000). El ruido industrial y urbano. Madrid: Ediciones Paraninfo.

### **Datos de la autora**

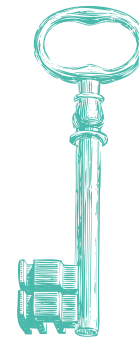
*Miriam Gómez es Fonoaudióloga y docente de Audiología II en la Escuela de Fonoaudiología de la FCM. Consultora y Perito en el área de la Audiología Laboral y Pericial. Profesional en el área de Medición de ruidos. Titular del Servicio de Aguas Provinciales. Coordinadora general de la Asociación Rosarina de Afasiología. Titular del gabinete de la Escuela N° 1382 “Trascender”.*

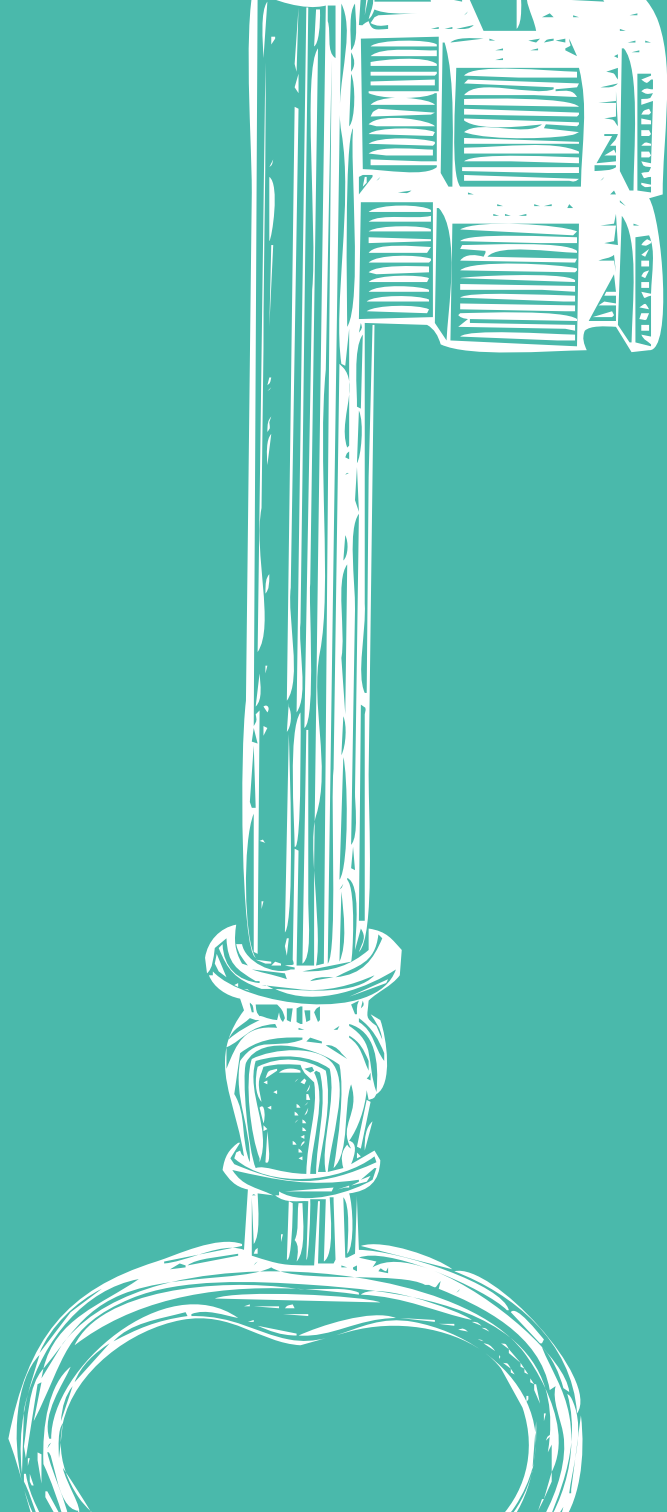
## **PARTE V**

### **El cuidado de la voz humana: intervenciones posibles**

*«Cuando es verdadera, cuando nace de la necesidad de decir, a la voz humana no hay quien la pare. Si le niegan la boca, ella habla por las manos, o por los ojos, o por los poros, o por donde sea.»*

**Eduardo Galeano**





## Laboratorio de la Voz: avance y jerarquización del área en las últimas décadas

**Andrea Romano y Alejandra Santi**

**H**asta mediados de la década de los noventa, en la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (FCM, UNR), la evaluación de la voz consistía en la apreciación perceptual auditiva, correlacionada con una exhaustiva anamnesis en relación con la fonación. Si bien continúa siendo la principal herramienta de evaluación de la calidad vocal, se han sumado estudios complementarios más objetivos como el análisis acústico y los protocolos de autovaloración, lo que jerarquizó el área. Los avances tecnológicos revolucionaron el trabajo diagnóstico y la rehabilitación de patologías vocales, a partir de un abordaje multidisciplinario y posicionado desde el paradigma de la complejidad.

Al ser la voz el resultado de una compleja interrelación de sistemas que participan en su producción, influencia y control, para valorarla se requiere de un conjunto de herramientas, de una batería de evaluación multidisciplinar. Desde esta perspectiva, Santi y colaboradores (Santi, Romano, Dajer, Montenegro y Mathieson, 2018) manifiestan que la evaluación multidimensional de la voz (Stemple Glaze, Gerdeman, 1995; Bos-Clark, 2011; Almeida y Behlau, 2017) incluye el examen visual de la laringe (Stemple, 2005; Uloza, Vegieré y Saferis, 2013) a cargo del médico otorrinolaringólogo, la evaluación perceptual y acústica realizada por el profesional fonoaudiólogo y la autovaloración aportada por el paciente. Es importante que todos los resultados obtenidos no sean tratados aisladamente sino en estrecha relación, para poder comprender cada voz de un modo transdisciplinar. Esta tríada médico-fonoaudiólogo-paciente no debe suponer jerarquía de saberes, sino pretender la exploración y reflexión compartida. La información obtenida de esta evaluación multidimensional y holística (Stemple, 2005) permite un mejor abordaje y seguimiento terapéutico y, a la vez, superar reduccionismos disciplinarios asumiendo la complejidad del universo de la voz y sus patologías.

La evaluación perceptual auditiva es la valoración más usualmente uti-

lizada en la clínica de la voz para arribar a un diagnóstico y también para medir de forma cualitativa los resultados de las intervenciones fonoaudiológicas. Se la considera *gold-estándar* para la documentación de las modificaciones de la fonación (Kreiman, Van Lancker Sidtis y Gerratt, 2004; Buntton, Kent, Duffy, Rosenbeck y Kent, 2007; Oates, 2009). Sin embargo, es subjetiva. La discriminación auditiva y calificaciones perceptuales del evaluador pueden variar por factores como la experiencia y los estándares internos cambiantes del oyente, el tipo de escala utilizada y la muestra fonatoria que se evalúa. Por lo tanto, es importante para la confiabilidad y reproducibilidad contar con profesionales entrenados y utilizar múltiples métodos de evaluación de la calidad de la voz que incluyan herramientas de evaluación subjetiva y objetiva.

A mediados de los noventa, arribó a la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR) uno de los programas más utilizados en Argentina para el análisis acústico: el software ANAGRAF (Gurlekian, 1997), sistema de Análisis Acústico y Graficación de sonidos de habla. El programa fue desarrollado por el Laboratorio de Investigaciones Sensoriales (LIS) dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Gurlekian refiere que, desde ese momento, la fonoaudióloga Peyrone promueve en nuestra ciudad su utilización en el área de la voz (Ceconello, 2012). Se han publicado numerosos estudios con esta tecnología, producto de investigaciones de los equipos de trabajo de la Escuela de Fonoaudiología. Las primeras dos publicaciones con este software se realizaron con coparticipación de la Universidad de San Luis y del CONICET, y datan del año 2001. Una investiga los valores de referencia para el Laboratorio de la Voz para Rosario y alrededores (Peyrone, Romano, Costaguta, Dalmaso, Gurlekian, Scivetti y Franchelli, 2001); y la otra desarrolla la voz del hipoacúsico y describe un caso clínico evaluado subjetiva y objetivamente (Peyrone, Dotto, Gurlekian, Romano, Dalmaso, Costaguta, Franchelli y Scivetti, 2001). Desde allí se ha ido trabajando con este software y con el Praat (Boersma, 2006) en numerosos proyectos de investigación de cátedras, intercátedras e interuniversidades.

El análisis acústico de la voz permite estudiar voces eufónicas y con disfonía, aporta datos para el diagnóstico diferencial, comparación pre-post terapéutica y quirúrgica, brinda soporte con documentación de los cambios en la voz. Además, posibilita la retroalimentación visual en la terapéutica y el desarrollo de investigaciones en el área de la fonación. Más recientemente, se han incorporado también a la evaluación subjetiva y objetiva los protocolos de autovaloración de la voz. Estas escalas otorgan relevancia a las sensaciones subjetivas que refieren los pacientes, de importancia tanto

para el planteamiento de objetivos terapéuticos como para la organización de la terapéutica.

Desde esta perspectiva holística en la evaluación fonoaudiológica, es imprescindible contemplar la percepción del paciente sobre su calidad vocal, su *discomfort* y el impacto de éstos en su calidad de vida. Existen variados protocolos para la autovaloración del paciente de su calidad de vida vocal, su sintomatología y para medir cuánto interfiere y limita su alteración en la voz. Elegir un protocolo con sus propiedades psicométricas demostradas nos permite reducir la gran cantidad de terminología utilizada, simplificar y dar reproducibilidad a la investigación.

La Sociedad Europea de Laringología (ELS) remarca la importancia de la evaluación multidimensional de la voz, acompañando a la evaluación perceptual y acústica del fonoaudiólogo con protocolos de autovaloración de la calidad vocal. Dicha institución establece que todo análisis de la voz debe incluir una autoevaluación subjetiva del paciente (Dejonckere, 2001). Es necesario que la valoración de la calidad vocal sea contemplada desde una perspectiva moderna de la salud y calidad de vida. Hasta la actualidad, se han validado en el área voz para el español argentino el Índice de Discapacidad Vocal pediátrico (VHIp) (Carrera Fernández, Gabaldon Massé, Wilder, Preciado, Rodríguez, 2019) y la Escala de *discomfort* del tracto vocal (EDTV) (Santi, Romano, Dajer *et al.*, 2018). Esta última, producto de un proyecto de investigación de docentes de la cátedra de Metodologías para la Eufonía y colaboradores de Brasil y Reino Unido. Se refuerza la necesidad de preservar las propiedades psicométricas de los protocolos para análisis perceptual, acústico, y de autoevaluación, para medir y contrastar resultados con investigaciones a nivel mundial.

Como afirman Behlau, Zambón, Moreti, Oliveira y de Barros Couto (2017), ninguna de las evaluaciones médicas ni fonoaudiológicas, utilizadas en forma aislada, resulta ser una herramienta diagnóstica perfecta. Se deberá atender, en la elección de la batería diagnóstica, a las particularidades de cada paciente. Se evaluarán los parámetros vocales perceptuales, acústicos y la sintomatología de cada sujeto en su completud y complejidad; correlacionándolos con su historia clínica general y vocal.

Además del perfeccionamiento en evaluación, entrenamiento y rehabilitación de la voz, se ha trabajado desde el año 2009 en las campañas de prevención vocal en el marco del Día Mundial de la Voz. Se han creado folletos de higiene vocal para adultos, niños y docentes, además de un logo que caracteriza y brinda identidad a la campaña de la ciudad de Rosario. Con el fin de ampliar la llegada de la misma se ha trabajado en forma conjunta con el Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe (2° circunscripción)

y con la Sociedad Argentina de la Voz (SAV), lo que logró extender nuestras evaluaciones, charlas, y actividades artísticas a la población.

Estos avances, en tan pocas décadas, significan un gran progreso y permiten visualizar las actividades de extensión e investigación que nacen en la Escuela de Fonoaudiología y se extienden, comparten y discuten en otros países, permitiendo saberes superadores y colaborativos a nivel mundial en el área de la voz.

Desde una filosofía holística y compleja de la fonoaudiología, que contempla la evaluación multidimensional y multiparamétrica de la calidad vocal, se pretende con esta publicación incentivar la continuidad del ejercicio profesional basado en la evidencia científica y la extensión de actividades de promoción y prevención en el área de la voz.

### Referencias bibliográficas

Almeida, A. A. y Behlau, M. (2017) "Relations between Self-regulation Behavior and Vocal Symptoms". En *Journal of Voice*, 31(4), (pp. 455-461). PMID: 27838284. DOI: 10.1016/j.jvoice.2016.10.010

Behlau, M., Zambón, F., Moreti, F., Oliveira, G. y de Barros Couto E. Jr. (2017). "Voice Self-assessment Protocols: Different Trends Among Organic and Behavioral Dysphonias". En *Journal of Voice*, 31(1), (pp. 112. e13-112. e27). DOI: 10.1016/j.jvoice.2016.03.014

Boersma, P. y Weenink, D. (2006). *Programa de análisis y síntesis del habla [software]*. Instituto de Ciencias Fonéticas de la Universidad de Ámsterdam. Recuperado de <http://www.fon.hum.uva.nl/praat> Acceso: 03/01/2020.

Bos-Clark, M. (2011). "Carding P. Effectiveness of voice therapy in functional dysphonia: where are we now?" En *Curr Opin Otolaryngology and Head Neck Surgery*, 19(3), (pp. 160-164). DOI: 10.1097/MOO.0b013e3283448f85

Bunton, K., Kent, R.D., Duffy, J.R., Rosenbeck, J.C. y Kent, J.F. (2007). "Listener Agreement for Auditory perceptual Ratings of Dysarthria". En *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 50(6), (pp.1481-1495). DOI: 10.1044/1092-4388(2007/102).

Carrera Fernández S.M., Gabaldon Massé P., Wilder F., Preciado D., Rodríguez H.A. (2019). "Index of pediatric voice handicap: Translation, transculturalization and validation to Argentinian Spanish". En *international Journal of pediatric Otorhinolaryngology*. 127 (2019)1099663 (pp.1-4).

Cecconello, L. A. (2012) *Aplicación del análisis acústico en la clínica vocal. Trabajando con Anagraf*. Buenos Aires: Akadia.

Dejonckere, P. H. (2001). "A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatics of the European Laryngological Society (ELS)". En *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 258 (2), (pp. 77-82). DOI: 10.1007/s004050000299

Gurlekian, J.A. (1997). "El laboratorio de Audición y Habla del LIS". En *Procesos sensoriales y cognitivos*. Buenos Aires: Dunken, (pp. 55-81).

Kreiman, J., Van Lancker Sidsis, D. y Gerrat, B. (2004). *Defining and measuring voice quality. From Sound to Sense*. June 11-June 13, 2004 at MIT. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/237236417\\_Defining\\_and\\_measuring\\_voice\\_quality](https://www.researchgate.net/publication/237236417_Defining_and_measuring_voice_quality) Acceso: 27/12/2019.

Oates, J. (2009). "Auditory-perceptual evaluation of disordered voice quality pros, cons and future directions". En *Folia Phoniatica et Logopedica*, 61(1), (pp. 49-56). DOI: 10.1159/000200768.

Peyrone M.C., Romano A.K., Costaguta C., Dalmaso M., Gurlekian J.A., Scivetti A.R. y Franchelli E. (2001). "Evaluación objetiva de la voz". En *Anuario Fundación Dr. J.R.Villavicencio*. (9) (pp.34-38).

Peyrone M.C., Dotto G., Gurlekian J.A., Romano A.K., Dalmaso M., Costaguta C., Franchelli E. y Scivetti A.R. (2001). "Prevención vocal en el hipoacúsico". En *Anuario Fundación Dr. J.R.Villavicencio*. (9) (pp.38-43).

Santi, M.A., Romano, A. K., Dajer, M. E., Montenegro, S. y Mathieson, L. (2018) "Vocal Tract Discomfort Scale: Validation of the Argentine Version". En *Journal of Voice*, pii: S0892-1997(18) (pp. 30294-7). DOI: 10.1016/j.jvoice.2018.08.004.

Stemple, J. C. (2005). "A Holistic Approach to Voice Therapy". In: *Seminars in Speech and Language*, 26(2), (pp.131-137). PMID: 15918138 DOI: 10.1055/s-2005-871209

Stemple, J., Glaze, L. E., Gerdeman, B. K. (1995). *Clinical Voice Pathology-Theory and Management*. San Diego: Singular Publisher Group.

Uloza, V., Vegieré, A. y Saferis, V. (2013). "Correlation between the basic videolaryngostroboscopic parameters and multidimensional voice measurements". En *Journal of Voice*, 27(6), (pp. 744-752). PMID: 24128894 DOI: 10.1016/j.jvoice.2013.06.008

### Datos de las autoras

Andrea Karina Romano es Licenciada en Fonoaudiología. Docente investigadora de las cátedras de Metodologías para la Eufonía y Taller I (Área Voz) de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). Evaluadora (área



voz) en los Exámenes de Aptitud Fonoaudiológica para el ingreso a la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). Autora de variadas publicaciones y disertaciones nacionales e internacionales.

María Alejandra Santi es Licenciada y Profesora en Fonoaudiología. Doctoranda de la carrera de posgrado: Doctorado en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR). Docente investigadora de la cátedra de Metodologías para la Eufonía de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). Vicedirectora del Instituto de Fonoaudiología aplicada de Rosario de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Autora de variadas publicaciones y disertaciones nacionales e internacionales.

## Los caminos de la voz

### Verónica Calderón

**E**l mundo ha evolucionado sustancialmente durante las últimas décadas. Las disciplinas, que antes se presentaban como compartimentos estancos, evidenciaron la necesidad de relacionarse profundamente entre sí. Durante los años de mi ejercicio profesional, he transitado un camino en el cual logré encontrar lo que desde tiempo atrás venía buscando: la relación indisoluble y fascinante entre la voz, el cuerpo y el movimiento. Es así que se presentó, en ese sendero, el *Tai Chi Chuan*.

#### *Tai Chi Chuan, el camino de la voz*

Al hablar de *Tai Chi Chuan* se hace referencia al *Tao*. El taoísmo ha impreso un sello particular a la concepción general del ser humano que es propia de la China tradicional. “Hacer-no-haciendo (*Wey-Wu-Wey*)”, esta expresión es muy utilizada en los textos taoístas. Muchos occidentales, equivocadamente, lo interpretan como quietud y pasividad. Es muy difícil para el ser humano occidental moderno entender una doctrina de la acción como aquella del *Wey-Wu-Wey*. La idea es la de un retorno a la acción espontánea, como la de un niño que juega únicamente por jugar, como la del viento que mueve los árboles, como la del riachuelo que corre. Lo mismo debería suceder con la voz, que se ve modificada por muchas variables de diferente índole desde el nacimiento. En la concepción de los taoístas, el ser humano está rodeado de fuerzas que tienden a desvirtuar sus acciones y sus conductas. No solamente el contacto con las personas es contaminante, sino lo es también con las cosas. Este sujeto, cuya voz lo conforma inseparablemente, puede presentar también modificaciones en la misma por estos motivos.

El *Tai Chi Chuan* forma parte del *Wu Shu* (arte nacional chino). Es un arte marcial interno, aunque merece aclararse que es mucho más que un arte marcial. Permite contemplar el presente y mantenerse en contacto con uno mismo. Quien se decide por acercarse al *Tai Chi Chuan* es porque busca

salud, tranquilidad, relajación, meditación, y quiere sumergirse en un suave fluir de movimientos armónicos. Está lleno de posibilidades para reforzar la armonía, la fuerza y la energía vital. El *Yin* y el *Yang* se encuentran en cada movimiento del mismo.

### **Sonido y silencio. Opuestos complementarios**

La vida humana se desarrolla en un entorno sonoro. Del mismo modo que no se puede vivir sin aire, no puede existir vida humana sin sonido. La ausencia total de sonido es inviable. Desde el origen de los tiempos el ser humano ha vivido en un ámbito repleto de sonidos procedentes de las diversas manifestaciones de la naturaleza. Sonido y silencio se necesitan mutuamente para existir. El silencio es la dimensión necesaria para el sonido. Son el *Yin* y el *Yang*. Desde el punto de vista de la filosofía china, el concepto de *Yin* y *Yang* es simple pero muy profundo. Surge del taoísmo. *Yin* y *Yang* está basado en la teoría de los opuestos complementarios. Se la utiliza para describir el funcionamiento de las cosas en relación una con otra y con el universo, para explicar el proceso continuo de cambio natural.

### **La voz del cuerpo. El cuerpo de la voz**

El aire es indispensable para que se desarrolle la vida humana. El sonido es la vibración del aire. La existencia de sonido es inevitable. En la instancia prenatal también existe sonido. Se presenta desde el momento de la concepción. Los latidos del corazón, los ruidos intestinales, la respiración de la madre acompañan al bebé desde el inicio intrauterino.

La voz es sonido. El sonido es vibración. Las consonantes y vocales del lenguaje, también lo son. Especialmente las consonantes, si son combinadas de manera específica, y articuladas adecuadamente, emiten una onda de vibración que, entre otras muchas cosas, estimula las conexiones neuronales, permitiendo sentirse más despiertos, presentes y atentos. Activan la irrigación sanguínea y la oxigenación cerebral, teniendo además de un efecto en la salud en general, un impacto muy positivo en las capacidades cognitivas. Al hablar o al cantar, *Yin* y *Yang* se manifiestan continuamente: en la intensidad alta y baja, en los tonos graves y agudos, en los tiempos rápidos y lentos, en la inspiración y espiración, etc.

El músculo diafragma, de vital importancia para la producción de la voz, es el motor de la respiración. La función de este músculo condensa dos conceptos taoístas muy importantes: el del *movimiento continuo*, ya que su acción es constante debido a que, como el cuerpo humano es incapaz de

almacenar oxígeno, es necesario incorporarlo permanentemente; y el de la *interrelación de las fuerzas opuestas*, ya que divide el tórax del abdomen y se moviliza continuamente interactuando con las estructuras que conforman ambas partes. En el momento de la inspiración el diafragma se contrae descendiendo, aplanándose. Está activo, al tiempo que la musculatura abdominal está distendida. En la espiración, el diafragma regresa elásticamente a su posición pre inspiratoria, para comenzar otro nuevo ciclo respiratorio. Al momento de hablar esta actividad se ve modificada por el uso que se hace de la voz. El aire entra más rápidamente que en reposo, y la espiración se prolonga en tiempo variable según la frase hablada o cantada.

Así como sucede con el *Tao*, pretender definir o conceptualizar a la voz es limitarla. Se pueden encontrar tantas definiciones como personas y todas serían acertadas. Al nacer, el llanto, el grito y el balbuceo posibilitan la expresión. Al ir creciendo, si no se ha atendido a la libertad vocálica, la expresión, tanto hablada como cantada, queda limitada por necesidades adaptativas, sociales y educacionales. Generalmente la voz pasa desapercibida, sin cuidado ni atención. No puede imaginarse a la voz aislada del cuerpo. La voz confiere al ser humano una rara cualidad musical. Es a la vez *instrumento e instrumentista*. En el momento en el que el ser humano emite sonidos a través de su voz, cuerpo y mente confluyen y se convierte en instrumento e instrumentista a la vez.

### **Evolucionando con voz**

El desarrollo que hizo posible la bipedestación comenzó hace millones de años. Estar de pie, caminar, moverse, no es sencillo. A lo largo de todos esos años la musculatura de la espalda tuvo que reforzarse y diferenciarse para sostener la postura erguida, los músculos de la pelvis para permitir la rotación, los músculos de la nuca como sostén de la cabeza. La fuerza de gravedad tiene influencia sobre la cadera, la columna vertebral, el tórax y todo lo concerniente a la respiración y sobre el sistema de doble válvula laríngea: el sistema de sobrepresión para poder cavar, empujar, luchar, etc., es decir, hacer los movimientos de fuerza hacia fuera del cuerpo; y la válvula de baja presión o válvula inspiratoria (pliegues/cuerdas vocales), que permite hacer fuerza centrípeta, hacia el propio cuerpo. Se manifiesta en esta última descripción nuevamente la presencia de *Yin* y *Yang*.

La bipedestación significó entonces una enorme y definitiva evolución y revolución para la voz. Los pies se ensancharon para permitir una base mejorada para estar parados. La musculatura inspiratoria tuvo que crecer y fortalecerse en relación a la ley de gravedad. La postura erguida significa

enormes ventajas para la supervivencia. Permite ver si se acerca algún peligro y salir corriendo o atacar y, a diferencia de los monos, se poseen condiciones de girar sobre el propio eje. Los brazos y las manos se liberaron y se las pudo empezar a utilizar de una manera mucho más diferenciada: para fabricar utensilios y armas de caza, pintar sobre las piedras o ahuecar una caña para hacerla sonar. Se conquistó una mayor conciencia sobre el cuerpo y sus movimientos. Esta conciencia corporal es de fundamental importancia.

Las relaciones entre los movimientos de la respiración, el estar de pie, el caminar, el comer, etc. requieren coordinación. Eugene Rabine (2001) expresa que “el ritmo es la cualidad del movimiento no perturbado: ritmo es sinónimo de calidad de movimiento”. La respiración es la base de todo ritmo corporal. Movimiento, respiración y voz son inseparables.

La laringe en los primates estaba, al igual que en los bebés, inmediatamente debajo de la lengua a la altura del hueso hioides. Cuando comenzó a descender permitió una mayor paleta de posibilidades acústicas y se diferenciaron mucho mejor los movimientos articulatorios, base del lenguaje articulado. La laringe funciona como un sistema de doble válvula: toda sobrepresión del aire subglótico (por debajo del espacio comprendido entre los pliegues/cuerdas vocales) tiende a cerrar la “válvula espiratoria” que consta no sólo de los pliegues vocales, sino también de las bandas ventriculares o “falsas cuerdas”. La “válvula inspiratoria”, que se activa al finalizar la inspiración, no es ni más ni menos que los pliegues/cuerdas vocales, actuando en la fonación.

Los movimientos de las formas del *Tai Chi Chuan*, con suaves ritmos de expansión y contracción, apertura y cierre, *yin* y *yang*, lentitud, flexibilidad, circularidad, continuidad, suavidad y firmeza, son una forma de mantener el equilibrio dentro de uno mismo y del mundo. Todo lo que persigue y propone el *Tai Chi Chuan*, brindando herramientas útiles para la vida moderna, promoviendo la conservación de la salud, vitalidad, longevidad y que proporciona además libertad y comodidad, puede darse gracias a las posibilidades de movimiento que consiguió el ser humano al estar de pie. El *Tai Chi Chuan* es concebido como meditación en movimiento. La lentitud de los movimientos disminuye la velocidad de los pensamientos. Esto permite profundizar las reflexiones sobre nuestro entorno y nuestro hacer cotidiano. Fundamental es, en los tiempos que corren, contar con este arte. Para el sujeto moderno, bípedo, que se vio observando un nuevo mundo, desde otra perspectiva, que necesitó relacionarse y comunicarse con los demás desde otro lugar, contar con este arte es de vital importancia.

En el transcurso de lo desarrollado queda en evidencia que el *Tai Chi Chuan* es uno de los caminos de la voz. Transitando este arte se está continuamente atendiendo a lo externo para alinear lo interno, y de esa

manera el beneficio que obtiene el ser humano con su voz, es incuestionable. En los tiempos que corren, en un mundo donde se acaban y pierden muchos principios, valores, es indispensable abrazar esta joya: el *Tai Chi Chuan*. Hay que buscarse dentro de cada uno, hay que mirarse adentro para encontrarse y hallar entonces el propio camino.

### Referencias bibliográficas

- Barba, Eugenio (1997). *Teatro. Soledad, oficio y revuelta*, Buenos Aires: Catálogos, Barthes, Roland (2015). *El grano de la voz. Entrevistas 1962-1980*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Beinfeld, Harriet-Korngold, Efrem. (2017) *Entre el cielo y la tierra. Los cinco elementos en la medicina china*. Barcelona. Ed. La liebre de marzo.
- Calais-Germain, Blandine, Germain Francois. (2013) *Anatomía para la voz. Entender y mejorar la dinámica del aparato vocal*. Barcelona. Ed. La liebre de marzo.
- Calais-Germain, Blandine. (2013) *La respiración. Anatomía para el movimiento-Tomo IV El gesto respiratorio*. Barcelona. Ed. La liebre de marzo
- Cheng Man-Ch'ing. (2008) *Los trece capítulos del tai chi chuan del maestro Cheng*. Barcelona. Ed. Epublibre
- Despeux Catherine, (1993) *Taiji Quan. Arte marcial, técnica de larga vida*. Barcelona. Ed. Ibis
- Iñaki Preciado Idoeta. (ed.) (1996) *Zhuang Zi Maestro Zhuang*. Barcelona: Kairós.
- Marié Eric. (1998), *Compendio de medicina china. Fundamentos, teoría y práctica*. Madrid. Ed. Edaf.
- Parussel, Renata. (1999) *Querido maestro querido alumno. La educación funcional del cantante. El método Rabine*. Buenos Aires: Ediciones GCC.
- Rabine, Eugene. (2001) *Primeras Jornadas Nacionales. Método Rabine*. Buenos Aires: Edición Centro de trabajo Vocal.

### Datos de la autora

Verónica Calderón es Licenciada en Fonoaudiología y Jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra Metodologías para la Eufonía de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). En su desarrollo profesional, se dedica al área de la voz. Es integrante del Departamento de Fonoaudiología de AMSAFE Rosario. Se ocupa del ejercicio profesional y dictado de Talleres de prevención de disfonías docentes. Es Instructora de Tai Chi Chuan.

## La educación audioperceptiva en el cuidado de la voz humana

**Patricia Martínez y María Laura Sagraera**

*La voz es nuestro instrumento musical primordial.  
Por medio de nuestro cuerpo hacemos fluir  
hacia el mundo el impulso musical  
que nace del centro de nuestra alma.  
El cuerpo es el gran instrumento de nuestra vida:  
con él expresamos las más diversas intenciones,  
melodías de nuestro día a día  
y esa sinfonía es nuestra biografía.*

Marcelo S. Petraglia

**P**ara que el lenguaje se vuelva música es necesario hacerlo sonar, y por ello vamos a proponerte que, si es posible, leas este capítulo en voz alta de modo que cobren vida los sonidos que se hallan cristalizados entre las palabras del texto.

¡Fonoaudiología, disciplina generosa! Confluencia de saberes y vivencias, entramado de discursos y silencios plenos de escucha y observación. Y la música no podía estar ausente en dicha convocatoria. Así percibimos nosotras este camino elegido, al que acudimos aquella vez cómo nóveles estudiantes, y que hoy nos encuentra como docentes, tras años de cultivar lo musical como una valiosa semilla germinando en el proceso de formación profesional en el área de la voz humana. El nacimiento de nuestra Licenciatura en 1985 hizo posible este desarrollo para el nuevo perfil fonoaudiológico de la carrera.

Metodologías para la Eufonía fue la materia de primer año que acogió los incipientes contenidos musicales, transmitidos al comienzo a través de intervenciones esporádicas en clases teóricas generales. Más tarde, en 1988, se inició un proceso de expansión y consolidación de esos contenidos, lo

que era quincenal se transformó en semanal y lo grupal general, en clases por grupos pequeños. Muchos fueron los desafíos superados: la sistematización de objetivos, contenidos y procesos didácticos, con lo cual se logró crear “de la nada” un Módulo específico de Educación Audioperceptiva, adaptado a los requerimientos del perfil profesional, dentro del programa anual de la materia.

Cuando recibimos la invitación de escribir juntas este capítulo del libro, no lo dudamos ni un instante, y pronto vinieron a nuestro encuentro muchos recuerdos. Desde el inicio de nuestra labor como docentes de Audioperceptiva, ambas comenzamos a recorrer un camino que parecía por momentos estar destinado a sucumbir, a veces debido al escaso reconocimiento del aporte imprescindible que la música ofrece en el trabajo vocal y otras, por la falta de apoyo presupuestario a fin de contar con los mínimos elementos necesarios para desplegar esta disciplina en todo su potencial. Sin embargo, contra viento y marea, el camino fue trazado sin prisa pero sin pausa, siempre motivadas por la certeza de lo sustancial que resulta para el profesional fonoaudiólogo nutrirse profundamente en el arte musical para transformar su propio ser en un instrumento de expresión y comunicación. Y es así como, después de solicitarlo insistentemente, desde fines del 2019 podemos contar con un valioso espacio acondicionado oportunamente para el trabajo con el cuerpo, el movimiento y la voz.

Este capítulo propone una travesía a través de algunas reflexiones en torno del *fenómeno musical y su relación con el ser humano*, reflexiones surgidas de las vivencias y experiencias de las autoras en el ámbito educativo. Lejos está de nuestra pretensión establecer lineamientos o sacar conclusiones, sino que queremos más bien asomarnos al anhelo de compartir preguntas, hipótesis y algunos desarrollos basados en diversas investigaciones de autores que han sido nuestra fuente constante de inspiración. Allí abreva nuestra mirada para guiarnos en la educación de los sentidos con el noble propósito de lograr una *elevada vivencia artística, una enriquecida pedagogía musical y una poderosa terapéutica desde el sonido*.

### La Educación Audioperceptiva y la voz humana

*La voz humana es el resultado de todas las funciones neuro-psico-fisiológicas, aerodinámicas y acústicas del hombre, como instrumento vivo.*

*Es el vehículo más importante de nuestra personalidad e identidad hacia sí mismo y hacia el entorno*

Eugenio Rabine

La Educación Audioperceptiva es el proceso pedagógico-didáctico que tiende a reestablecer el vínculo entre la música y la naturaleza del ser humano. ¿Cuál es su importancia en el cuidado de la voz? En palabras de Ute Feuerstein (2000), «la voz representa en cada momento una huella sonora de nosotros mismos, una huella de nuestra respiración, de nuestro tono muscular, del estado psicovegetativo, de nuestros conceptos mentales». La voz humana fue definida por Platón como «un impacto del aire que llega por los oídos al alma», constituyéndose en el sustrato con el que los seres humanos se comunican y gracias al que se transmite la cultura.

Desde el inicio de nuestra civilización, el misterio de la producción de la voz ha inspirado infinitas investigaciones. Ya en 1490, Leonardo Da Vinci escribió «El estudio de la laringe».

La voz es el soporte de la comunicación oral, y por ello resulta difícil separarla del habla. A través de los rasgos suprasegmentales (acento, entonación y ritmo) el habla logra dinámica expresiva sin mediar articulación fonética. Así, la voz se consolida como un código de comunicación de carácter universal, en el que se refleja un contenido emocional. Todos estos elementos musicales del habla se manifiestan a través de las vocales y las consonantes, conducidas por la voz.

### **El sentido de la audición y la musicalidad**

*“Oír la música es penetrar en el proceso volitivo del sentir”.*

*Armin Husemann*

Todo aquello que suena y llega a nuestros oídos se origina a partir de un movimiento. Sin ir más lejos, la audición es un sentido que se sumerge en el movimiento de los procesos del mundo. Experimentar la voluntad como proceso interior es posible, dado que la música se apropia de ella aun cuando sin movernos externamente la percibimos como una organización del movimiento interiorizada. Si observamos la postura erguida del cuerpo humano comprenderemos las fuerzas y dinámicas que subyacen al movimiento. El ser humano introduce todo su esqueleto en el eje de la gravedad, el sistema óseo es el mayor responsable del sostén. Especialmente los músculos de la mitad superior del cuerpo quedan disponibles para otras tareas pues se liberan de las fuerzas de gravedad, lo que habilita en la laringe el surgimiento de gestos y sonidos cada vez más especializados. El ser humano representa una forma terminada, pero ha surgido del movimiento, y la música y el habla tienen una clara influencia en el desarrollo plástico del

cuerpo. Si como docentes comprendemos este sentido profundo, podremos trabajar con la plasticidad de nuestros estudiantes, es decir, con aquello que aún está por desplegarse.

La musicalidad es una capacidad potencial de todo ser humano, pasible de desarrollarse desde el movimiento y la escucha. Para hablar o cantar es necesario un hacer ordenado del cuerpo en su conjunto, en coordinación con acciones motrices rítmicas más sutiles de la laringe y de la respiración. Para que el cuerpo se transforme en un buen instrumento, necesitamos mucha dedicación de tiempo y de energía vital, puesto que los progresos que acontezcan alcanzarán al plano físico, incluso a esos niveles sutiles. El pedagogo musical canadiense Murray Schafer (1967) aconseja que «una vez que los estudiantes hayan limpiado sus oídos lo suficiente como para escuchar los sonidos que los rodean podrán pasar a una etapa más avanzada y empezar a analizar lo que escuchan». Además, en el libro *El nuevo paisaje sonoro*, pondera la *antigua cultura del silencio* (santuarios, refugios, iglesias, bibliotecas), en un contexto en el que el nivel sonoro ambiental era suficientemente bajo como para favorecer una *actitud contemplativa en el ser humano*.

Los recursos musicales propuestos por la Educación Audioperceptiva, tales como el canto grupal, los juegos rítmicos, las rimas, la percepción auditiva, la improvisación etc. (siempre de la mano del cuerpo físico en movimiento y con la voz como expresión), mejoran sustancialmente la comunicación, facilitan la socialización (colaborando en la resolución de conflictos), permiten el desarrollo de la creatividad y nos invitan a proyectar dichos bienestar como «llaves» para el acompañamiento de personas que requieren cuidados anímicos especiales.

### **Arquetipo del ser humano musical**

¿Qué imagen del ser humano nos habita?

- Un ser humano como máquina compleja, cuyo riesgo es concebir su totalidad como suma de sus partes pudiendo ser descartado por defectos de fabricación.
- Un ser humano cual mero producto de su circunstancia personal, familiar y/o ambiental, sin autonomía para tomar las riendas de su vida.
- Un ser humano como información del conjunto de genes o genoma humano, al que se puede modificar a partir de los nuevos adelantos en ingeniería genética.

Quizás en cada enfoque haya certezas. No obstante, ¿es posible acceder a una imagen completa que contemple al ser humano en toda su

dimensión? Al menos desde la mirada antropológica, sabemos que cada ser humano posee un *cuerpo físico* que responde a las leyes que rigen el mundo mineral (peso, masa), habitado por un organismo vivo o *cuerpo vital* en constante movimiento y que se expresa a través de los procesos como la respiración, la digestión, la circulación, etc. Asimismo, posee un aspecto más interno constituido por el *cuerpo emocional* como conjunto de sentimientos, percepciones y manifestaciones que surgen en la interacción consigo mismo y con el mundo. Por último, una dimensión única, superior, vinculada con su *individualidad*, como ser que porta un devenir biográfico y se constituye como un *yo* responsable por su destino.

El impulso musical que surge desde el ámbito del *sentir* en la región central de nuestro cuerpo (esfera cardiopulmonar) y que vivenciamos como sensaciones de contracción y expansión en el pecho, está ligado al aspecto armónico de la música. Éste se entrelaza con dos tendencias polares: una en dirección hacia la región neurosensorial (esfera cefálica), percibiendo el mensaje que contienen las melodías como ideas musicales o *pensar* musical, y la otra, hacia la región metabólica y motora donde se expresa como ritmo través del movimiento de las extremidades poniendo en *acción* la *voluntad*.

Desde esta concepción, es posible abordar el desarrollo de los contenidos musicales como un reflejo de una *cuádruple constitución del ser humano*, conformado por cuatro cuerpos: físico, vital, emocional y yo, los cuales se corresponden con los cuatro del sonido: timbre, duración, intensidad y tono.

<b>Cuatro cuerpos</b>	<b>Cuatro características del sonido</b>
1. Físico	1. Timbre (definido por lo material)
2. Vital	2. Duración (tiempo de los procesos)
3. Emocional	3. Intensidad (magnitud de los estados)
4. Yo	4. Tono (identidad de la vibración)

También podríamos percibir al ser humano en su *triple capacidad de pensar, sentir y actuar*, vinculando estas tres capacidades con los tres aspectos fundamentales de la música, a saber: el pensar con la melodía, el sentir con la armonía y el actuar con el ritmo.

<b>Tres capacidades de ser</b>	<b>Tres aspectos de la música</b>
1. Pensar	1. Melodía
2. Sentir	2. Armonía
3. Actuar	3. Ritmo

Si nosotras, las autoras, miramos hacia atrás, podemos observar nuestros caminos biográficos personales y reconocer cuántas veces han continuado entrelazándose desde aquel primer encuentro, siempre en busca de ampliar la mirada y fortalecer el difícil arte de guiar en su formación a estudiantes ávidos de conocer y experimentar. Muchas veces, nos hemos erigido en custodios de estos saberes, que han tenido que defender su espacio frente a otras propuestas impulsadas por el creciente avance tecnológico. Y lo hemos hecho con la certeza del enorme valor que posee la exquisita vivencia que mora en quien ha sido convocado por lo musical y lo ha transitado. En este presente tan peculiar y amenazante que nos toca vivir, sentimos la satisfacción por los logros conquistados, pero a la vez nos enfrentamos a un nuevo desafío, con una misión sin rumbo cierto en una alocada carrera por «salvar» los tiempos y los espacios de los aprendizajes individuales y asimismo colectivos. Y tuvimos que saber de adaptabilidad y también de compromiso y de confianza en la fuerza intrínseca que poseen el lenguaje oral, la voz y la percepción. Intuimos que será posible nuestro avance como humanidad si logramos desarrollar claridad en el pensar y certeza en el sentir, intentando preservar el espíritu de la actividad vivencial para que no se desvanezca en el mar de la virtualidad. Hoy, 35 años más tarde, con gran emoción y profundo reconocimiento a todos quienes desde aquel origen lo hicieron posible, decimos ¡gracias! Gracias por la inmensa oportunidad de fortalecer desde la música la formación de nuestros futuros terapeutas.

### Referencias bibliográficas

DENJEAN-VON STRYK, B. (2016) *Habla, para que te vea* – Buenos Aires: Ed. Dorothea.

DENJEAN-VON STRYK, B. y BONIN, D. von (2003): *Anthroposophical Therapeutic Speech* – Edimburgo: Ed. Floris Books.

ELLERSIEK, W. (2013) *Juegos de gestos de mano* – Buenos Aires: Ed. Antroposófica.

FEUERSTEIN, U. (2000) *La autorregulación de la voz en el canto y la terapia vocal*. Paderborn: Jungfermann.

GARMENDIA, E. y VARELA, M. (1981) *Educación Audioperceptiva: bases intuitivas en el proceso de formación musical*– Buenos Aires: Ricordi

GELITZ, P. y STREHLOW, A. (2016) *Los siete procesos vitales* Buenos Aires: Dorothea.

HUSEMANN, A. (2014) *El desarrollo plástico musical del hombre* Buenos Aires: Ed. Antroposófica

KÖNIG, K. (2015) *Embriología y Génesis del mundo* Unquillo: A toda tinta

KÜHLEWIND, G. (2008) *Hacia una conciencia del logos*– Villa Adelin: Ed. Antroposófica

PETRAGLIA, M. S. (2010) *A música* San Pablo: OuvirAtivo

RABINE, E. (2011) *Educación funcional de la voz Método Rabine: selección de artículos* Buenos Aires: Dunken

SCHAFFER, R. M. (1967) *Limpieza de oídos*. Buenos Aires: Ricordi.

SCHAFFER, R. M. (1969) *El nuevo paisaje sonoro*. Buenos Aires: Ricordi.

SCHAFFER, R. M. (1970) *Cuando las palabras cantan* Buenos Aires: Ricordi.

STEINER, R. (2006) *Los doce sentidos* Buenos Aires: Ed. Antroposófica.

STEINER, R. (2013) *La esencia de lo musical* Buenos Aires:

Ed. Antroposófica.

STEINER, R. (2017) *La formación de la palabra y arte dramático* Tomo I Ed. Madrid: Rudolf Steiner.

### **Datos de las autoras**

*María Laura Sagrera y Patricia Ana Martínez Fletcherson son Licenciadas en Fonoaudiología y docentes de la cátedra Metodologías para la Eufonía, desde hace más de 30 años. Tienen una extensa formación musical, en especial en Educación musical y en el área del Canto grupal, coral y solista, y han incursionado en el arte teatral. También han participado de numerosos proyectos de investigación y en eventos tales como Ateneos de discusión, Charlas de divulgación científica y pedagógica, Conferencias y Mesas redondas en Congresos y Jornadas Científicas nacionales e internacionales, siempre vinculados al campo de la voz humana.*

*Han transitado otras formaciones de especialización en lo vocal corporal como: Método Middendorf, Método de Educación Funcional de la voz (Método Rabine), Técnica Alexander, Método Feldenkrais, Yoga y Terapia de sonido, entre otras. En los últimos años, han realizado el post grado*

*en Medicina Ayurveda y han ampliado su formación de base a la luz de la Antroposofía a través del estudio de la Pedagogía Waldorf, la Pedagogía Curativa, el Arte de la Palabra y la Eurytmia.*

*Su práctica profesional terapéutica, con enfoque holístico orientada a la atención de niños y adultos, se ha desarrollado siempre en el área de la comunicación humana, en especial en relación con la voz, el habla y el lenguaje.*

## PARTE VI

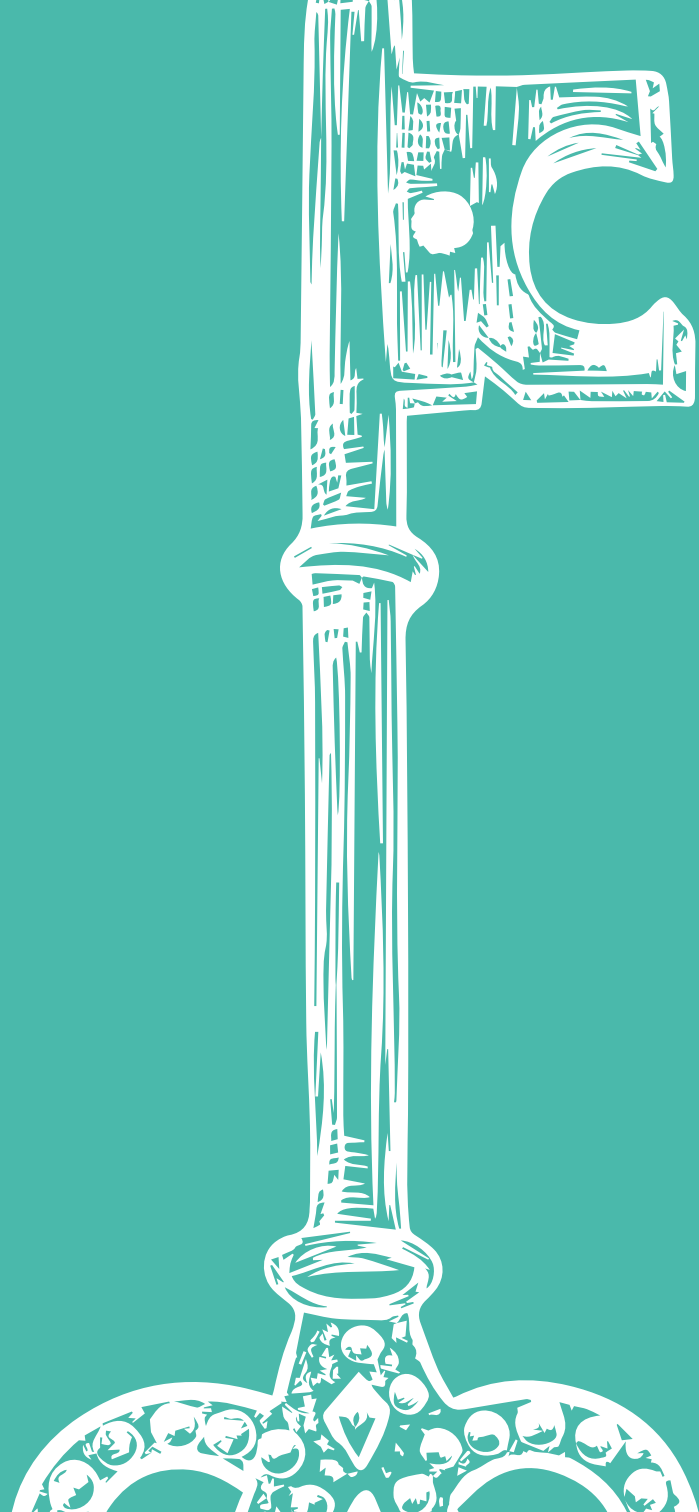
### El abordaje de la comunicación y del lenguaje



*«La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.»*

**Sigmund Freud**





## La relevancia de la interacción dialógica en el abordaje clínico. El diálogo como imprescindible

**Liana Sancevich**

**E**l recorrido por la formación en la carrera me permitió reflexionar acerca de la importancia del espacio de encuentro con el otro. Ese encuentro que abre un contenido lingüístico discursivo y pone en juego las posibilidades de interacción, tanto de quien busca respuestas y ayuda (es decir, el paciente, pero nada pasivo) como del terapeuta, quien toma la responsabilidad de brindar un análisis y reflexión teorizada sobre aquello que observa, intentando a su vez, proyectar sobre el futuro y brindar las estrategias necesarias para conseguir el mayor éxito en los vínculos que pudiera establecer cada ser.

Enfrentamos un gran desafío. Luchando con, y a veces *contra*, un diagnóstico que suele ser lapidario e intimidante. Contra los miedos de los padres, la incredulidad de docentes, la frialdad de algunas especialidades médicas. También contra las propias fantasías e ingenuidades. Estamos ante la subjetividad frágil de ese ser en constitución que necesita nada más y nada menos que la presencia de otro. Un otro que esté disponible, permeable, atento, comprometido, formado no sólo en aspectos del funcionamiento biológico sino también en el terreno de la subjetividad. Que sea un otro adecuado a las demandas de un entorno social, histórico y hasta político, que no quedan al margen de lo que ocurre en el espacio terapéutico. El entorno puede abrir puertas, habilitar, permitir y al mismo tiempo, condicionar, obturar, generar fracasos y frustraciones.

En cada consulta, como en la primera, se abre la puerta, aparece un ser con mirada penetrante y temerosa, haciendo mil preguntas sin enunciar, a una persona desconocida que lo llena de interrogantes, observando todo lo que lo rodea, buscando el permiso para explorar, tocar, buscar, crear, decir.

Otras veces, se abre la puerta y encontramos una mirada esquiva, incierta, ¿ausente? Una mirada que busca rumbo, que necesita orden, guía, encuentro con otro y con el *gran Otro* que nos envuelve y rodea: el lenguaje. Lenguaje que, en palabras de la Dra. Claudia de Lemos (De Lemos, 1995), nos

captura, nos constituye, nos transfigura. Ese lenguaje primero se hace presente en el habla del otro, ese otro que devuelve, como espejo, la imagen, el sonido, el cuerpo, la esencia de lo que aún no se puede decir. Ese otro que, si verdaderamente permite *el diálogo, como co-construcción en busca de hacer sentido*, va a ser el intérprete prestigioso que otorgue significado a esas expresiones singulares e inéditas que aparecen. Cada manifestación lingüística y no lingüística, cada aspecto cobra valor y debe ser *interpretado* a la luz de una teoría coherente y fundamentada.

Aquí comienzan a surgir millones de interrogantes ante la posición de los cuerpos, la distancia que toma el niño respecto a los objetos: ¿cómo elige enfrentarme, de frente, de lado, de espaldas, me quiere encontrar, me evita, me busca? ¿Cómo son sus movimientos? ¿Cómo se expresa su cuerpo en gestos, ademanes? ¿Puede controlarlo? ¿Sabe lo que busca? ¿Puede desplazarse, subir, bajar, manipular? ¿Cuenta con recursos para abrazar, rechazar, acariciar, defenderse? ¿Cómo se oye su voz, qué melodía dibuja, tiene variantes? ¿Es lo único que puede: sólo variar la melodía en un par de sonidos y vocalizaciones que intentan transformarse en millones? ¿Qué logra producir?

Cuánto esfuerzo se observa en esos sonidos que borbotean desprolijos intentando contar, decir, argumentar, preguntar, pedir, cantar. Cuánta responsabilidad sobre nuestros hombros. Cuánta incertidumbre en ese instante donde debo “devolver algo”, responder, intentar dar continuidad para impedir que eso tan maravilloso que allí surge no se corte, no se diluya, no se esfume, no vuelva a caer en ese vacío sin sentido y retorne al niño volviendo a colocarlo en ese lugar donde no debe, no quiere, no puede *estar, ni ser*.

Y entonces nos ponemos a pensar: ¿cómo es hablado, qué lugar ocupa este ser y su *dolencia* en el entorno familiar y social al cual pertenece? ¿Pertenece? ¿Cómo intervenir desde el deseo de hacer fluir los enunciados o ante un texto retenido y apresado? ¿Cómo dar respuesta ante la opacidad manifiesta que provoca ese efecto de extrañamiento y ausencia de sentido? ¿Es lo mismo la lengua haciendo sentido que la lengua comunicando? ¿Cuál es la posición del terapeuta del lenguaje ante el habla extraña y opaca de otro que consulta por la *ruptura* en su decir? ¿Cuáles son las posibilidades de acceso al lenguaje escrito como otra forma más de inclusión social y cultural?

¿Cuál es la escucha ante el silencio que intimida y aturde y lejos de ser vacío significa? Silencio cargado de sentidos, que busca a otro para poder decir, silencio que debe ser interpretado y no sólo dentro del encuadre del espacio clínico, sino también el que se prolonga en los diferentes lugares donde el niño circula. Silencio que exige la voz del otro interpretando un movimiento rígido, o involuntario, una sacudida de músculos que no se pueden controlar. *Silencio*

*que encuentra voz en el diálogo con el terapeuta atento*. Silencio que, a veces, es la única posibilidad de “estar en el lenguaje”, de *ser*.

Cada encuentro es único y abre la posibilidad de decir. Comienzan a aparecer fragmentos cristalizados tomados del lenguaje circulante manifiestos en el habla del otro, luego poco a poco surgen los propios, desordenados, insólitos, contradictorios, pero propios. Más tarde, el niño intentará aclarar y agregar, opinar, reformular, volver a decir. Y así surgen complejas producciones configuradas como las más bellas poesías, basadas en la repetición léxica y sintáctica, el efecto rítmico, la enumeración, los contrastes. Comienzan a formularse paráfrasis y fenómenos paralelísticos, generando múltiples efectos en el interjuego de cadenas latentes y manifiestas, entre el sintagma y el paradigma. A partir de ello, podremos enlazar paréntesis para complementar lo dicho, para evaluar, para reformular. Tan importante como eso, volver a decir, decir mejor, para que pueda proseguir el diálogo, para dar continuidad, para seguir tejiendo esa matriz discursiva que nunca es unipersonal.

Cada momento de encuentro es abrir un espacio dramático donde el participante puede ser y transformarse en vendedor, maestro, bailarina, basquetbolista, policía, investigador, tigre o conejo. Donde un títere cobra vida, un auto arma historia en la ciudad de papel o imaginaria, donde los muñecos cuentan historias vividas, parafraseadas leídas o escuchadas.

Encuentro para vivir y decir, para crear, inventar, jugar, reír, llorar, saltar, esconderse y aparecer... Es en ese espacio donde se dice con el cuerpo, con la voz, con múltiples enunciados en configuraciones discursivas; en paráfrasis narrativas, propias y ajenas, donde se dice en el silencio, donde se traen los recuerdos de todo lo dicho y olvidado, lo guardado en la memoria discursiva. El encuentro se produce a través de un lápiz y un papel, en una pizarra magnética repleta de letras desparramadas o perfectamente ordenadas, para dejar un mensaje. También, es a través de la pantalla de algún dispositivo electrónico donde surgen íconos, letras, números, enlaces, textos, allí donde el lenguaje escrito permite otra forma más de inclusión social. En ese encuentro se abre un espacio, donde la *interacción* surge y el *diálogo es imprescindible*.

### Referencias bibliográficas

Arantes, Lúcia (2007) “Impasses en la distinción entre producciones desviantes sintomáticas y no sintomáticas”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora.

*Ibidem* “Sobre la instancia diagnóstica en la clínica del lenguaje”. Op. Cit. Andrade, Lourdes (2000) “Captación o Captura. Consideraciones sobre

la relación del sujeto y el habla”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora.

*Ibidem* “Procedimientos de evaluación del lenguaje en la clínica fonoaudiológica: entre lo singular y lo universal. Op. Cit.

Araujo, Sonia (2007) “Clínica del lenguaje: sobre la posición del fonoaudiólogo en la relación con el habla sintomática de los niños”. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Carielo da Fonseca Susana, (2007) “El estatuto de la entrevista en el proceso diagnóstico de la afasia”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

Desinano, N. (Coord). Bardone Liliana, Grodek Adriana. (1999) *Narraciones infantiles. Un estudio sobre la oralidad*. Rosario: Homo Sapiens.

Desinano, N; Bardone, Liliana; Grodek, Adriana. (1996) *Estudios sobre interacción dialógica*. Rosario: Homo Sapiens.

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

*Ibidem* (2007) “Sobre el paralelismo, su extensión y la disparidad de sus efectos”. Op. Cit.

De Lemos, Claudia (1996) *Procesos metafóricos y metonímicos: su estatuto descriptivo y explicativo en la adquisición de la lengua materna*. Barcelona: Meldar.

De Lemos, M.T. (1995) “El habla del niño como interpretación”. En *Cuadernos de estudios lingüísticos*. Universidad Estatal de Campinas.

Lier DeVitto, María Francisca (2007) “Delirios de la lengua: el sentido lingüístico (y subjetivo) de los monólogos del niño”. En *Adquisición Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

*Ibidem*. “Patologías del Lenguaje: sobre las vicisitudes de las hablas sintomática”. Op. Cit.

*Ibidem* “El interaccionismo: una teorización sobre la adquisición del lenguaje”. Artículo traducido para uso interno de la Cátedra Lingüística II. Escuela de Fonoaudiología. UNR

MILANO SURREAUX, L (2000) “El problema del silencio en la adquisición desviante del lenguaje”. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional y I Internacional da Acquisição da Linguagem, Octubre de 2000. PUCRS. Porto Alegre Brasil.

Milner, J.C. (1980) *El amor por la lengua*. Ciudad de México: Nueva Imagen.

Orlandi, E. (1997) *Las formas del silencio. En el movimiento de los sentidos*. Campinas; Sao Pablo: Editora del UNICAMP.

*Ibidem* (2000) *Análisis del Discurso. Principios & procedimientos*. Campinas. SP. Brasil, Pontes.

Silveira E. (2007) “Un cierto retorno a la lingüística por el camino del Psicoanálisis”. En *Adquisición, Patologías y Clínica del Lenguaje*. Op. Cit.

### **Datos de la autora**

*Iliana Sancevich es Licenciada en Fonoaudiología y Profesora Titular de la cátedra Lingüística II. Psicolingüística (Escuela de Fonoaudiología. FCM. UNR). Realizó una formación de posgrado en Teoría Interaccionista en PUC SAN PABLO Y UNIVERSIDAD DE IRATI BRASIL. Se dedica al abordaje clínico en las diferentes áreas de formación profesional.*

## El abordaje psicomotor en los problemas de la comunicación humana. Su fundamento y mi experiencia en la clínica fonoaudiológica y la docencia

**Raquel Fransolini**

**L**a psicomotricidad es una disciplina científica reciente en la historia de las ciencias. Surgió de la neurología y fue influida en sus inicios por una concepción mecanicista, reeducativa de las funciones motoras alteradas. En su devenir sumó aportes de la psicología genética y particularmente del psicoanálisis, modificando su fundamentación teórica y prácticas consecuentes. De la diversidad de paradigmas que hoy coexisten me posiciono en el marco referencial de la *Neuropsicosociología del Desarrollo (NPSD)*, propuesta por la Dra. Myrtha Chokler. Su enfoque refleja un pensamiento transdisciplinario que articula coherentemente los conocimientos necesarios para comprender el complejo proceso del desarrollo humano, de la constitución subjetiva y el peso que en ellos tienen las determinaciones histórico-sociales. Formulada a partir de la teoría de los organizadores del desarrollo psicomotor (1988), plantea una modalidad diferente de abordaje según la etapa madurativa por la que el sujeto va transitando.

La *Atención del Desarrollo Infantil Temprano (ATDI)* refiere al abordaje que los profesionales implementan en los primeros tres años fundantes de la persona, particular período que Chokler (2005) denomina *protoinfancia*, con estrategias de acompañamiento y apuntalamiento de las funciones parentales, institucionales y comunitarias. Se dirigen al adulto responsable del cuidado del niño, para enriquecer y fortalecer sus competencias en la tarea de crianza y garantizar los entornos humanos, afectivos, simbólicos, materiales que necesite en cada etapa, lo valore en sus posibilidades reales, respete su hacer y tiempos personales. Es durante la protoinfancia cuando se desenvuelven los procesos de subjetivación, etapa enteramente *somatopsíquica* donde sensorialidad, motricidad, afectividad, cognición y comunicación se despliegan en forma sincrética constituyendo el sólido tejido del *ser del niño en el mundo*.

En tanto para la comprensión e intervención con los infantes mayores, cuando ya se fueron consolidando los procesos de separación e individuación, organizando la conciencia de sí e interiorizado sus figuras de apego, la Dra. Chokler elabora el cuerpo conceptual y praxis de la *Psicomotricidad Operativa (PO)*. En este periodo, el abordaje se direcciona a la atención directa del niño, desde una epistemología convergente en la que tienen un lugar relevante las originales formulaciones de la Práctica Psicomotriz de Bernard Aucouturier.

En la búsqueda incesante por dar respuestas ajustadas a las problemáticas que presentaban los infantes que acudían a mi consultorio es que, como fonoaudióloga, me acerqué a la psicomotricidad. Conocí que se trataba de una disciplina que estudiaba las modalidades y relaciones de la persona con el mundo externo, modalidades corporales, no verbales y verbales, que es cuerpo en interacción y en relación (De León, 2012) y descubrí lo privilegiado de su intervención para favorecer el desarrollo y la competencia comunicativa.

Desde la NPSD, entendí la importancia de significar otros aspectos que globalizan la comunicación y concebirla como resultante, a la vez que constituyente, entramada, en la historia personal de cada uno; remitir sus perturbaciones a esa historia inconsciente del cuerpo que se expresa en el sufrimiento del cuerpo real y sus producciones; valorarla desde la individualidad y no desde un diagnóstico que rotulaba al niño con determinada sintomatología a corroborar y pronóstico a esperar; conocí el valor de ofrecer un abordaje integral que considera al infante en su conjunto y no parcializado, escotomizado en sus funciones, que no le exige sobreadaptaciones, que no le hace hacer, estando disponible para él, acogiendo y aceptando sus modos de comunicar sin acelerar el proceso hacia el conocimiento abstracto, cognitivo del lenguaje.

Aprendí a confiar en las capacidades que cada sujeto puede desplegar si se le ofrecen las condiciones ajustadas del ambiente en cada momento evolutivo, y favorecer así el sentimiento de ser competente y agente de su acción. Sostuve y compartí con las familias los principios de Respeto, Autonomía y Seguridad (RAS) necesarios en su cuidado como actitudes imprescindibles del adulto para cumplir ese rol con idoneidad (Chokler, 2017). En ATDI jerarquicé la observación como modo de comprender qué hace el niño, cómo y por qué lo hace, y así lo transmití a los padres para que pudieran apreciar las nuevas adquisiciones de su hijo y ser partícipes de esos descubrimientos. En tanto en la práctica de la PO, la herramienta que me permitió conocerlo fue el ejercicio de la observación interactiva, cuando estaba a solas con el niño en una relación empática, corporal y emocionalmente involucrada porque, desde esta perspectiva, la función se pone en funcionamiento y se da a ver con un otro.

Comprendí que, en mi formación, la fonoaudiología daba importancia al lenguaje como expresión del pensamiento, pero no contemplaba su origen. El cuerpo, como matriz de producción de signos y significados fue, en ese momento, el gran olvidado de las teorías del lenguaje a excepción del concepto de diálogo tónico acuñado por Ajuriaguerra. (De Ajuriaguerra, 1979)

Hoy se sabe que la palabra implica un proceso de simbolización y representación al que se llega partiendo de las experiencias sensoriomotoras y corporales de los primeros momentos de la vida, experiencias que se vivencian con un *otro* que las carga de sentido, afecto y placer, dejando huellas de esos encuentros e interacciones que, en la repetición, modelarán las matrices comunicativas. Es en ese interjuego que se despierta la intención comunicativa del infante si se siente participante activo, en el que se confirma el doble anclaje, corporal e interactivo de la simbolización (Golse y Bursztejn, 1992).

Desde esta concepción, se puede afirmar que las dificultades en la comunicación y organización del lenguaje, –por fuera de la posibilidad neurológica–, se producen mayormente “en las disfunciones más arcaicas del contacto fático, en la ausencia o precariedad de las interacciones primarias gratificantes y reaseguradoras, que abren y garantizan los procesos originarios de semiotización y simbolización” (Chokler, 2008).

Estas dificultades son las que se abordan desde los sistemas de conexión más primitivos en los que hace foco la formación personal del psicomotricista. Esa formación “abre a una sensibilización progresiva del registro tónico-emocional” (Chokler, 1999) que posibilita estar más abierto a la comprensión del otro, aceptar y recibir las modalidades de encuentro de cada uno, lo que permite, admite, lo que no, lo que entrega y cómo, favoreciendo los ajustes que requiere para que se viva profundamente y se produzcan las transformaciones.

Los fundamentos teóricos –que brevemente reseñé– y la consecuente construcción de herramientas operativas los volqué al quehacer fonoaudiológico porque comprendí que atender y priorizar la interacción de cuerpos significantes con todas sus producciones en juego, bajo un fondo de placer, posibilitaba el pasaje de la acción a la palabra. Y este es el terreno donde la psicomotricidad se constituía en la vía regia de intervención.

Bajo el encuadre de la PO, he atendido niños que llegan a consulta por una falla en su producción comunicativo-lingüística: por francas dificultades comunicativas de conexión, porque no aparece el habla o lenguaje verbal en el momento de desarrollo esperable –por mutismo o comienzo tardío del habla–, o bien porque ese desarrollo no es adecuado para ese tiempo –habla ininteligible, telegráfica, añada con dislalias múltiples, disfluencias.

Signifiqué esas fallas desde referentes teóricos diferentes, pero que comparten ideas respecto de los avatares del desarrollo comunicativo, a los

que entienden se producen en un “entre dos”, “entre el sujeto y los otros”. Anzieu (1933) menciona los neologismos, el lenguaje autístico, el habla maquina, como manifestaciones de una rebelión del niño a las convenciones lingüísticas, al código, que toma valor compartido cuando lo acepta y a él se somete, adentrándose así al orden simbólico que lo humaniza. Gori sostiene que “la palabra tiene una doble sujeción, al cuerpo y al código, a la subjetividad del deseo y a la objetividad del código” (Gori, 1981) y el lenguaje “es cuerda, hecha de carne, ubicada en el símbolo, que envuelve y ata, en un lazo fusional, al que habla y al que escucha” (Gori, 1981).

Golse (1992) formula la hipótesis de una patología de la *transicionalidad* como explicación para algunos retrasos del lenguaje, al señalar que éste sólo puede aparecer si hay separación. La refiere a la dificultad de la madre para crear el espacio transicional con su hijo, lo cual obstaculizará la instauración del lenguaje como fenómeno transicional. La palabra es un mediador entre dos cuerpos o, según J. Levin, un cordel de retención y unión imaginaria dentro de un espacio dialógico frente a una real separación (Levin, 2002).

En psicomotricidad, es la sala el espacio simbólico, de representación, ofrecido-vivido como espacio transicional, asegurador y de sostén, en el que la expresividad motriz del niño refleja su proceso de separación-individuación. Todas las actividades sensoriomotoras como trepar, saltar, destruir, arrojar, balancearse son actividades simbólicas que producen placer y permiten que cada uno pueda actualizar-recrear la historia de sus relaciones afectivas. Allí puede vivir la descarga tónica, el grito, el efecto mágico de la palabra, su omnipotencia, la manipulación de la realidad o su imposibilidad de hacerlo, su inhibición y jugarlos a la vez que jugar-se en la elaboración de su subjetividad. No se enseña el lenguaje, se vive en la acción y ahí teje su red semántica, morfológica, sintáctica, es esa acción que atañe al otro, lo afecta y lo modifica cuando hay repercusión tónico-emocional.

Es la emoción compartida, con su poder de contagio que describió Wallon (1954), la que promueve la comunicación. Para Chokler (1999), posibilita una *común-unión* y creación de nuevos vínculos. Juana Levin la entiende como comunión, participación en lo común, *compartir* (Levin, 2002). Hoy se conoce que ese contagio de la emoción es trabajo de las neuronas espejo y ha sido confirmado por las neurociencias.

La clínica me demostró que para que se establezca una comunicación verdadera con el otro –paciente–, se requiere *trabajar* en uno mismo –profesional– un sistema de actitudes para ponerse en el lugar del otro, estar disponible, resonar tónico-emocionalmente, ser empático, favorecer una actitud de escucha, de comprensión, para que lo que se verbalice se integre con lo puesto en marcha por la mirada, gesto, postura y muestre la coherencia de la complejidad de los mensajes que se envían.

Convencida de los beneficios de este hacer en la praxis fonoaudiológica proyecté, como docente del espacio curricular de la asignatura Psicomotricidad en la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, la inclusión de la experiencia vivencial en los talleres de los trabajos prácticos destinados a abordar los contenidos actitudinales que competen al ser en su hacer profesional (Fransolini, Marcozzi, Schmukler, Gómez, 2010). La individualidad del *hacer* de cada uno es lo que en psicomotricidad se llama tecnicidad y requiere de intensa formación personal. Se la entiende como “un conjunto coherente de medios teorizados y profundamente integrados en la persona” (Aucouturier, Darrault, Empinet, 1985), necesita la implicación del terapeuta, dar prioridad a su relación con el niño y ajustarse a sus producciones; es un *saber cómo hacer* que ayuda a la apertura de la comunicación y dimensión simbólica.

Por jerarquizar esa modalidad, propicié que el alumno fuera protagonista activo en su propia formación al implicarse en la vivencia del taller. Que pusiera en juego no sólo su saber sino también su *ser* –se pusiera y expusiera–, para que el conocimiento deje de ser ajeno y tenga un lugar y hacer propio desde el cual y con el cual poder operar. Intenté establecer un lazo directo entre las dos disciplinas, fonoaudiología y psicomotricidad, que le permita al estudiante buscar, reconocer y valorar las posibilidades comunicativas de cada sujeto, aceptando las estrategias personales que pueda desplegar, sin dejar de lado las propias, más bien involucrándolas y entendiendo que se entrelazan en cada encuentro.

Para concluir, transcribo una cita de la Dra. Myrtha Chokler: “No es casual que muchos especialistas en patología del lenguaje verbal hayan incursionado en el campo de la Psicomotricidad, buscando elementos los primarios que subyacen en la comunicación no verbal y que darían cuenta de muchos mecanismos que estructuran los modelos de interacción y su posible modificación” (Chokler, 2005). Con ella y muchas/os otras/os compañeras/os, compartimos la afirmación de que los aportes de la psicomotricidad y las propuestas de tecnicidad en su praxis son indispensables en la formación de fonoaudiólogos/os.

### Referencias bibliográficas

De Ajuriaguerra J (1979). Manual de psiquiatría infantil. Cuarta edición. Barcelona: Toray-Masson.

León C de, (coord.) (2012): Diálogos con Bernard Aucouturier, Montevideo: Espacio Lunes.

Chokler M. (2017) La aventura dialógica de la infancia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed Cinco.

Golse B, Bursztejn C, (dir.) (1992): Pensar, Hablar, Representar. El emerger del lenguaje, Barcelona: Ed. Masson.

Chokler M (2008) “Presentación en Congreso Homenaje al Prof. Dr. Julio Bernaldo de Quirós”, Rosario. 2008.

Chokler M. (1999) Acerca de la práctica Psicomotriz de Bernard Aucouturier, Bs. As.: Ed. Ariana, FUNDARI.

Gori R. (1981) “Entre grito y lenguaje: el acto de la palabra”. En Mandet E y Miari L: Psicoanálisis y Lenguaje. Del cuerpo a la palabra, Bs. As.: Kapelusz, pp. 67 y 76.

Levin J. (2002) Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica. Bs. As.: Ed. Lugar.

Fransolini R, Marcozzi N, Schmukler M, Gómez S. (2010) Acerca del Hacer de la Cátedra Psicomotricidad en la Escuela de Fonoaudiología: Propuesta Pedagógica. Trabajo premiado presentado para los noventa años de FCM. UNR.

Aucouturier B, Darrault I, Empinet J L (1985): La Práctica Psicomotriz. Reeducación y Terapia, Barcelona: Ed. Científico-Médica.

Chokler M (2005): Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la Psicomotricidad Operativa. Bs. As.: Ed. Cinco.

Wallon, H. (1954). Los orígenes del carácter en el niño. Argentina, Editorial Lautaro

### Datos de la autora

*Raquel Fransolini es Fonoaudióloga, Psicomotricista y Doctora en Fonoaudiología. Vice directora de las carreras de Doctorado en Medicina, Doctorado en Fonoaudiología y Doctorado en Enfermería (FCM. UNR). Ex Prof. Titular de las asignaturas Psicomotricidad y Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Parálisis Cerebral (Escuela de Fonoaudiología, FCM. UNR). Docente Responsable del Seminario III: Enfoque y Abordaje Transdisciplinario de los Trastornos en el proceso del Desarrollo de la Carrera de Especialización en Desarrollo Infantil Temprano (Facultad de Educación Elemental y Especial. UNCuyo). Directora de Proyectos de Investigación, acreditados en SCTeI (FCM. UNR).*

## La comunicación fluida. Una perspectiva para la prevención y atención de la tartamudez

**Silvana Perfumo**

La complejidad que caracteriza a las relaciones humanas, entre ellas la comunicación y el lenguaje, requieren para un apropiado abordaje de sus dificultades una visión crítica, capaz de contextualizar lo práctico y lo teórico, posibilitando la apertura de interrogantes que habiliten la construcción de una mirada ética, comprometida y coherente en el proceso terapéutico.

En este sentido, siempre me sensibilizó la tartamudez, siendo así que en el año 2001 comenzó a resonar en mí, más significativamente, el padecimiento que esta dificultad provocaba en las personas y familiares al verse afectado ese poder decir, de la manera que se desea decir. Y me refiero al decir que nos constituye y nos permite ser en cada situación comunicativa y al lenguaje que, sin dudas, nos humaniza, se trasluce en el cuerpo y se muestra al hablar.

Fue así como amplíé la mirada terapéutica fonoaudiológica hacia otro contexto, el contexto social, abarcativo de las necesidades de una población que sufre y que le cuesta salir a la luz. Años más tarde, junto a otras fonoaudiólogas, fundamos una entidad sin fines de lucro, denominada Fundación para la Tartamudez (2002-2018). Actualmente se continúan los objetivos a través del Grupo “Comunicación Fluida – Tartamudez”.

Más allá de haber recibido formación académica de distintas líneas de estudio e investigación, con concepciones diferentes y representadas por profesionales de la salud y de la educación que hoy continúan siendo referentes en distintos países, desde mi propia experiencia profesional y terapéutica considero que el conocimiento más genuino acerca de qué es la tartamudez y el efecto que ésta provoca en la persona proviene –sin dudas– de quienes tartamudean, y de sus madres, padres y familiares. Y ese conocimiento genuino se obtiene ofreciéndoles *tiempo*, es decir, tiempo de escucha y contención, como se pudo ofrecer desde la entidad antes referida, a través de las consultas de asesoramiento y de los grupos de apoyo abiertos y gratuitos a la comunidad.

No existe definición de la tartamudez más sentida, reveladora y singular que aquella que proviene de la vivencia y experiencia de la persona con tartamudez. Reseño algunas frases ejemplificadoras:

“Si usted nunca ha sido tartamudo, no puede tener ni la más remota idea del misterioso poder de desaprobación por parte de la sociedad hacia eso que llaman tartamudeo. Es tal vez una de las influencias sociales más desmoralizante, perpleja y aterradora de nuestra cultura” (Johnson, 1959).

“Soy tartamudo, siento, pienso y actúo primero como tartamudo, luego como psicólogo, como investigador o como científico” (Rodríguez, 2005).

“Mi peor enemigo”. “Una compañera que debemos entender y aceptar para que no nos afecte”. “Ahora, una pequeña piedra en el zapato que me incomoda a veces; antes eran muchas piedras que me incomodaban mucho en todo momento”. “Un monstruo que va mermando la vida, hasta que se apodera de ella, y sólo existe para lo que ella desea”. “Una cosa que te impide decir lo que quieres”. (Expresiones de personas adultas, 2019).

¿Cómo la definen algunos adolescentes?

“Es la peor cosa del mundo” (10 años). “Es por momentos un freno y en otros la Muralla China” (16 años).

¿Qué dicen algunos niños/niñas?

“No me sale mamá” –señala la boca– (3 años, 6 meses). “Mamá, mi boca no puede hablar bien” (4 años, 10 meses). “Papá, llévame al médico que me cure la voz” (4 años, 11 meses). “Cállate boca trabada” –mirando a su mamá– (5 años).

¿Qué dice un grupo de madres?

“Explícita o implícitamente en nuestro discurso aparece la imagen desvalorizada que nos hicimos de nuestro hijo a lo largo del tiempo, nos apena su dificultad, creemos que todo lo que emprenda será más complicado para él. Así, sin quererlo le asignamos un rol, un rótulo” (Grupo de madres. Fundación para la Tartamudez, 2009). Considero que, a través del tiempo, de la reflexión continua y construcción



conjunta, las representaciones sociales acerca de las disfluencias en edades tempranas y de la tartamudez en niñas y niños, adolescentes, adultos, padres, madres y docentes se transformaron en objeto de estudio e investigación en pos de un saber cada vez más contemplativo de la realidad social, a fin de poder científicamente ejercer las intervenciones sociales necesarias.

Por ello, las representaciones sociales sobre la problemática mencionada constituyen un referente valioso para el acercamiento a la población, a partir de todas las actividades de extensión social que tengan como propósito informar y propiciar cambios ideológicos en la comunidad, en relación a esta dificultad compleja que afecta la calidad de vida de las personas con tartamudez.

Al respecto, adhiero a Denise Jodelet (1986), cuando se refiere a las representaciones sociales como:

...imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana; un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual.

Es por eso que a través de los años, luego de encontrarme y toparme cara a cara con la angustia y las necesidades de la gente, como la de un adulto en su desempeño laboral, un estudiante ante exámenes orales, una madre con temor a las burlas, la desorientación de un maestro frente a cómo abordar en el aula a un niño o niña o la preocupación de madres y padres al interpretar como tartamudez las disfluencias de sus hijos en edades tempranas, todo ello me fue marcando un camino de respuestas ante la fluidez pretendida, de interrogantes en cómo recuperarla y muy especialmente de compromiso, tiempo, escucha, espera y respeto necesarios para poder correrme del lugar del saber y poder ponerme en el lugar de ese otro que requiere de mí, antes que nada, alivio y contención, reconociendo muy especialmente que ese otro cuenta con un saber tan único como imprescindible para poder ayudarlo.

Por todo ello, cómo no reflexionar ante las maneras de definir la tartamudez y los mecanismos engañosos que desencadena el querer ocultarla, evitarla y controlarla. La trampa de la tartamudez es “hacer” para ocultar. Es todo lo que se hace para no tartamudear. Anticiparse a “la traba” es un hacer que nace en la persona, al querer controlar la tartamudez y que con el tiempo se transforma en un mecanismo subjetivo y consolidado ante el deseo de “hablar bien”.

Es así como la búsqueda tan ansiada de la fluidez se hace presente, ahí mismo, en ese lugar donde se produce la traba, en la continuidad de las palabras. Más fluidez se busca, más tartamudez aparece, y con ello más sensaciones en el cuerpo, más pensamientos, emociones negativas y menos intención de hablar. La atención puesta en las trabas y en la fluidez convierten a ambas en protagonistas que se retroalimentan ancladas y atrapadas en la forma del decir, alterando la armonía del acontecer natural de las palabras, al quebrarse la unidad lingüística comunicativa (forma y sentido). De esta forma, la persona se aleja del sentido de lo que desea decir por cómo decirlo y queda presa en la incongruencia de la tartamudez; la persona no se permite hablar tartamudeando y no encuentra otra manera de hacerlo.

¿Qué fluidez debemos recuperar?

Esta pregunta me ha llevado a reflexionar de manera profunda y sugiero que se la planteen todas/os las/os fonoaudiólogas/os que quisieran dedicarse a la prevención y tratamiento de la tartamudez. Mi respuesta se sustenta en el propósito de recuperar la fluidez desde una visión terapéutica holística, considerando al ser humano como un todo, incluyendo sus vínculos y contextos; y contemplativa de lo que piensan, sienten, hacen y dicen las personas que tartamudean y las madres, padres, familiares o docentes que rodean al niño o adolescente con disfluencias o tartamudez.

En el año 2010 conceptualicé que “la comunicación fluida es un proceso complejo de interacciones humanas, lingüísticas, comunicativas que se habilita y acontece con compromiso, espontaneidad, comodidad, facilidad y creatividad”. Esta definición surgió con el fin de modificar la mirada y el foco de atención puesto en la imposibilidad que genera “la traba” de la tartamudez, unida a la búsqueda imperante de la fluidez en ese lugar donde aparece, es decir, en el habla. En sentido figurado, las trabas se van adueñando cada vez más del espacio comunicativo para pasar a ser figura principal, resaltando en un fondo que se desdibuja, se ensombrece y desvanece. Ese fondo es el que hay que rescatar, todo lo que la tartamudez cubre e impide ver, como ocurre también en el caso de madres y padres que, en su preocupación, reaccionan ante lo mucho o poco que “se traba” su niña o niño, y dejan de atender todo lo que ésta/e puede y es capaz.

Desde mi experiencia, ofrecer comunicación fluida es una perspectiva clara para que un niño/a, un padre o una madre, un/a adulto/a comprenda fácilmente y cambie su centro de atención, enfocándose en hablar de la comunicación, de los modos de comunicar, del lenguaje en movimiento y de la unidad que somos junto a él, en un cuerpo que lo aloja y que también expresa. Además, es tomar conciencia que en la interacción comunicativa no estamos solos, estamos junto a un otro que nos influye y al cual influimos

creando efectos de conducta y de sentido. Descubrir y re-valorizar las cualidades y habilidades lingüísticas comunicativas, haciendo observar que ellas conforman una totalidad que trasciende la forma en que salen las palabras de la boca. La persona es mucho más que sus trabas y/o tartamudez.

Es necesario recuperar las fortalezas cubiertas por las trabas y/o tartamudez desde una visión de la fluidez que una al sujeto comunicante con su entorno y modifique la creencia e imagen de incompetencia para hablar. Esta condición no permite valorar el acontecer de los tramos fluidos que aparecen y limita la percepción de la fluidez sólo asociada a las trabas y/o tartamudez, cercenada de toda la situación comunicativa. Al respecto dice Silvia Friedman (2012) “...hay que construir en la sesión terapéutica, una nueva calidad de auto-percepción de la fluidez, que de soporte a una nueva imagen de sí como hablante, lo que sostiene la superación de la tartamudez”.

La comunicación fluida es un proceso que trasciende absolutamente la forma de hablar, al habilitar el reencuentro con la comunicación humana y el respeto por la libertad en los modos de *ser* con el lenguaje y el cuerpo, resignificando el padecimiento de “ocultar” la tartamudez por la espontaneidad de *ser*, *mostrar* y *dejar mostrar* las trabas y/o tartamudez. La denominación comunicación fluida pone en evidencia el lugar desde el cual se interviene, la interacción lingüística comunicativa y determina un enfoque posicionado desde y para la prevención, intervención temprana y abordaje fonoaudiológico de la tartamudez.

Desde esta perspectiva considero al ser humano como una totalidad con el medio, que configura su visión de la realidad a partir de esa unidad interna y externa, refiriendo a la espontaneidad como la autenticidad y naturalidad de ser uno mismo, junto a las trabas y/o tartamudez.

Como corolario, creo apropiado citar estos últimos conceptos y reflexiones:

Jacobo Levi Moreno (1921) expresó “(la) espontaneidad es la base de la salud. Capacidad para dar respuestas diferentes a situaciones semejantes o conocidas. Capacidad para dar respuestas diferentes a situaciones nuevas o imprevistas. Es la posibilidad de ser creativos ante situaciones vitales y de relaciones interpersonales, no repitiendo modelos personales o culturales sin conciencia. Es hacer lo oportuno, en el momento necesario”.

D. Goleman (2010) señala que “...las acciones más creativas son aquellas verdaderamente adaptables y sensibles a las circunstancias”.

Grupo de madres, Fundación para la Tartamudez (2009) concluyeron que ... lentamente le sacamos el rótulo a nuestro hijo y lo liberamos. Le

hacemos el mejor de los obsequios, demostrarle que tenemos confianza en él, en sus capacidades, que lo amamos tal y como es, respetando su individualidad. Valorando hasta el más mínimo de sus logros. Acompañándolo en sus momentos de inseguridad, de pérdida de fluidez. Dejamos de demandar y reforzamos el desarrollo de sus habilidades, permitimos que se destaque en aquellas cosas que desea. Al ocuparnos por modificar nuestras actitudes, desaparece la preocupación y fluimos, saliendo de los límites del habla, fluimos en la comunicación.

Grupo de adolescentes y adultos, Fundación para la Tartamudez (2013) testimoniaron: “aprendí a no ponerle resistencia a la tartamudez. Aprendí a ser espontáneo. Creemos que la clave está en aceptarla, sin resignarse, sino haciéndose cargo, asumiéndola como tal y tratando de lograr una convivencia pacífica con la tartamudez. Decir lo que uno quiere, aunque no sea perfecto, antes buscaba sinónimos o me quedaba con las ganas de decir; ahora lo voy a decir igual porque es lo que quiero yo decir”.

Por todo ello, entiendo que *comunicación fluida* es un abordaje habilitante para mostrar las trabas y/o tartamudez, creando modos diferentes de ser y decir, revalorizando los recursos lingüísticos comunicativos verbales, no verbales, paralingüísticos y corporales, constitutivos de verdaderas fortalezas y que se destacan de manera singular en cada ser humano; es decir, es un abordaje habilitante de respuestas diferentes y oportunas que conforman el propósito de una propuesta terapéutica que se encauza y orienta hacia una fluidez diferente.

En conclusión, la comunicación fluida es un proceso complejo de interacciones humanas, lingüísticas y discursivas, abarcativo de vínculos y contextos. Se habilita con intencionalidad en sus componentes y se basa en reflexionar, re-significar y vivenciar, a través del diálogo, la experiencia lúdica, la observación, la auto observación para recobrar espontaneidad, autenticidad, libertad, naturalidad, fluidez.

### Referencias bibliográficas

Rodríguez, Pedro R. (2005) Hablan los Tartamudos. Vicerrectorado Académico. Comisión de estudios de Postgrado. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.

Ibette, Alfonso (2018). “Las Representaciones Sociales”, Ed. Universidad de La Habana, La Habana, en <https://www.psicologia-online.com/las-representaciones-sociales-2604.html> (17/10/18).

Friedman, Silvia. (2012) Material inédito. “Tartamudez. Causas. Modo de funcionamiento. Tratamiento”.

Perfumo, Silvana Cecilia (2014). “Prevenimos la Tartamudez mirando la Comunicación y no el Habla”. *Revista del Colegio de Fonoaudiólogos*. Provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción,

Perfumo, Silvana Cecilia (2018). Material inédito. Curso teórico-práctico. “La Comunicación Fluida. Prevención Primaria y Abordaje Terapéutico de la tartamudez”. Colegio de Fonoaudiólogos. Provincia de Santa Fe 2da. Circunscripción

Aguilar, Mario A. Bize, Rebeca B. (2011). *Pedagogía de la Intencionalidad*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.

Carbonell, María Cecilia. (2019) *Representaciones Sociales sobre la tartamudez que poseen adultos tartamudos*. Tesina. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Cs. Médicas UNR. Rosario.

Grupo de apoyo de personas con tartamudez, Fundación para la Tartamudez. Rosario, 2013.

Grupo de madres, Fundación para la Tartamudez. Rosario, 2009.

#### **Datos de la autora**

*Silvana Perfumo es Fonoaudióloga, docente e investigadora de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Co-fundadora, Presidente y Coordinadora de talleres y charlas dirigidas a la comunidad de la Fundación para la Tartamudez de Rosario. Capacitada en coordinación de grupo (Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina). Directora del Proyecto de Extensión “Prevención Primaria en Fonoaudiología” (Secretaría de Extensión Universitaria de la UNR). Colaboradora Docente del Sistema de Practicinato Optativo en Fonoaudiología (SPOF). Disertante en jornadas, cursos y congresos relacionados con la temática de las Disfluencias y la Tartamudez.*

## **Fonoaudiólogos/as del siglo XXI: hacia una práctica profesional humanizante**

**Yanina Romani**

### **Palabras iniciales**

**S**egún la mirada que el terapeuta tenga del niño/a que llega al espacio del lenguaje, formulará hipótesis diagnósticas que orientarán su modalidad de abordaje y la calidad de sus intervenciones. Esto obedece a la formación y al posicionamiento clínico que asume cada profesional en su práctica.

Cuando se interviene en el tiempo de la infancia, la concepción de niño/a y de la naturaleza de su dificultad será decisiva, dado que producen efectos en la constitución subjetiva-construcción del lenguaje y teniendo en cuenta la premisa, que es en la primera infancia, donde se producen las operaciones fundantes primordiales.

En este trabajo intentaré hacer una reflexión –producto de mi recorrido personal en veintidós años– acerca de mi posición en la clínica del lenguaje con niñas y niños. Una trayectoria en la que fui circulando por múltiples espacios: seminarios, grupos de estudio, cursos, congresos, sumado a mi análisis personal. Con ellos fui resignificando los saberes propios de mi práctica clínica específica, en articulación con algunos conceptos del psicoanálisis, que me posibilitaron pensar una nueva clínica amorosa <sup>(18)</sup>, del nombre propio, con la complejidad del detalle. En ella me asumo, la pongo en acto y la quiero transmitir.

### **Del grito sin sentido al acontecimiento de la palabra propia: un recorrido sobre los tiempos inaugurales**

---

18 Una clínica amorosa es aquella que se construye en el espacio de lenguaje desde la transferencia, desde el lazo que se teje con el niño y sus padres en la terapéutica, y no como un espacio de reproducción de técnicas estandarizadas.

El cachorro humano deberá atravesar por determinados momentos de estructuración subjetiva, que hacen trenza con lo biológico y que le posibilitarán situarse como niño/a con deseo de hablar, jugar, mirar, tocar.

A partir de intercambios amorosos fundantes y singulares con sus Otros significativos, encarnados en las funciones parentales, ese manojito de reflejos –biológicamente un recién nacido– a decir de Enright & Caniza de Paez (1996), adviene sujeto anudado al lenguaje. Para ello, es requisito indispensable que, en un tiempo anticipatorio, aun antes de su nacimiento biológico, se lo desee, se hable de él, se lo ilusione, fantasee, se lo nombre. ...”el cuerpo del recién venido al mundo se desprende de la placenta, el corte del cordón umbilical augura la primera experiencia, un caos de estímulos inaugura el precoz pasaje al tiempo de estar alojado en la hospitalidad incondicional de la palabra, los susurros, el toque y el cuerpo del Otro”. (Levin, 2020, p.56)

Cuando nace, ese Otro transforma las sensaciones de malestar y displacer –que se expresan a través del grito y el llanto– en un llamado, un decir a él/ella. Las interpreta y responde, atribuyéndoles un significado. Entonces, realiza las acciones necesarias de acuerdo a lo que entiende que está necesitando el niño/a, lo hace desde su saber inconsciente, en función de su historia individual, atravesado por la cultura en la cual vive, y le ofrece aquellos objetos que lo/a pueden calmar. Acompaña estas acciones donando miradas, caricias y palabras con una voz cargada de libido<sup>(19)</sup>, que con sus matices melódicos y prosódicos lo/a sostiene, convoca, aloja, deslumbra.

Este *decir*, con la musicalidad de quien ejerce la función materna, sumado a la anticipación de que su hijo/a a futuro va a hablar, irán armando un lugar para que el cachorrito llegue a posicionarse como un sujeto hablante/escuchante. La madre como Otro primordial, inculca fragmentos que le llegan como torrente acústico, las palabras comienzan con la condición salvaje de la musicalidad. El bebé toma esos sonidos, estos fonos y se establece un primer diálogo asimétrico; entre lo que es sonido para el bebé y lo que es palabra para la madre. Si la madre les da significación a las expresiones del bebé, “este diálogo es una operación subjetivante fundamental” (Savid, 2013, p. 81).

El bebé fascinado responderá a esa voz, que como una caricia sonora

---

19 La razón por la cual una mamá acentúa o no esa prosodia que utiliza no está en su aparato fonador, sino en el deseo de materner –una mujer puede sostener el deseo de materner si es que, como resolución de su pasaje por el complejo de Edipo, sobreviene la promesa de tener un hijo–.

(Savid, 2005) lo invoca, girando su cabeza hacia ella. Busca “mirar a esa voz” que le provoca placer. En este momento surgen sonoridades placenteras –*ajoes*– que marcan el comienzo de las vocalizaciones del niño/a.

Ese Otro las valora como un decir a ella/él: “Me habla a mí” y, a medida que le devuelve palabras, lo/a va reafirmando como sujeto hablante-escuchante. “Es con otro, para otro y por otro que demanda, que el sujeto producirá discurso. Es decir, desde un inicio hay un encuentro con un semejante.” (Levin, 2008, p. 18). Este diálogo amoroso asimétrico es fundante para el advenimiento del largo camino de la apropiación de la lengua y construcción del lenguaje.

Además, el/la niño/a busca prenderse a esos ojos que lo/a miran deseantes. Coincidiendo con el laleo/gorjeo, fija la mirada y sonríe al rostro –aparición de la *sonrisa social*– en el transcurso del primer trimestre de vida. En estos encuentros/desencuentros con su niño/a, la *madre suficientemente buena* –según palabras de Winnicott (1990)– lo/a sostiene, manipula y le presenta los objetos. Va poniendo significado a los distintos llantos/gritos/ruidos, los toma como diferentes modos de pedido y acude con distintos ofrecimientos, acompañando sus acciones con palabras. Será necesario que no responda siempre a todo, y que alterne su presencia con ausencias poniendo un espacio/distancia necesaria. Así va instalando una espera, intervalo necesario para que el niño/a a posteriori desprenda su palabra. En este *entre* aparecen interrogantes, enigmas. ¿Qué querrá? ¿Le gustará esto que le estoy dando? De este modo, deja un lugar vacío para que aparezca lo propio del lado del niño/a. Tal como sostiene Coriat (1996), ese lugar vacío, ese punto oscuro de ignorancia en el saber de una madre, es el que enciende la chispa de la vida propia del hijo/a.

Poco a poco, el llanto sin sentido se empieza a convertir en un llamado para cada necesidad, a partir de la atribución de sentido de la madre. Esto depende de que la madre, o quien ejerce la función, lo haya decodificado satisfactoriamente, diferenciando las demandas, lo que hará que el bebé comience a emitir distintos modos de llanto/llamado según sus necesidades.

Simultáneamente al ofrecimiento de diversas experiencias, la madre va instalando rutinas: ritmos de vigilia, sueño, alimentación, higiene. Con su decir reglado, con enunciados que normativizan al niño/a, va dando un orden a lo cotidiano. La madre, al encarnar el conjunto de reglas, normas, prohibiciones, el orden cultural, va introduciendo el lugar tercero –separación necesaria entre la madre y el hijo/a– que posibilita el advenimiento de un sujeto hablante-escuchante, allí donde solo había previamente un capullito de carne.

Después del segundo trimestre, el bebé comienza a transitar el *estadio*

*del espejo* <sup>(20)</sup>. Ahora los llantos/ruidos poco a poco se van llenando de formas y sentidos de la lengua en uso por su entorno significativo. Esos laleos/gorjeos devienen balbuceo –inicio de la sílaba– cuando identifica a la madre– única persona de su entorno que lo/a mira, lo/a toca, le habla como a nadie más– y extrae/selecciona de todo lo oído los fonemas de la lengua ofrecida por ella. Coincide con la *angustia del octavo mes* (Spitz, 1972) <sup>(21)</sup>. Se va armando e instalando en el bebé, la matriz dialógica necesaria que promoverá el largo camino de la construcción del lenguaje.

Comienza a jugar con las sílabas, aparecen gestos convocantes y miradas dirigiéndose al otro como alguien separado de él –diferente–. Juegos de alternancia –de escuchar y hablar– entre dos, lugares que se turnan: “ahora vos, ahora yo”. Con su balbuceo empieza a pedir, llamar, convocar al otro que responde y significa. Esto coexiste con juegos que incluyen el espejo y su reflejo: su madre que le irá confirmando “ese sos vos”. El niño va progresando en la discriminación y diferenciación con el otro, y así va recortando su cuerpo del cuerpo de su otro materno. Ya comienza a haber alguien que habla y escucha, mira, se relaciona e interactúa. Se sigue complejizando la situación dialógica con lugares, roles, turnos y espera entre ambos.

En el transcurso del segundo año de vida comienza a esbozar las primeras palabras y con ellas empieza a convocar/llamar al otro (papá, mamá) o representar su ausencia. Se puede llamar a alguien que haya alternado sus presencias con ausencias, que se haya ido para poder volver. Esta conquista es solidaria con el juego de estructura que es el llamado *fort-da*. Este le permite al niño/a simbolizar la ausencia de la madre –salir del cuerpo de la madre– jugando. Paralelamente logra la marcha independiente –el dominio del cuerpo será para él una experiencia gozosa– y progresivamente consigue

---

20 Estadio del espejo: le permite al niño/a asumir como propia la imagen que el espejo le devuelve. Este acontecimiento parte de la impronta del otro primordial, encarnado en la función materna, que lo confirma en ese lugar diciéndole “ese que está ahí sos vos”. Entonces el niño/a, identificando su propia imagen en el espejo, con júbilo enuncia Yo. La propia imagen del cuerpo se articula a la palabra Yo. Este pasaje le posibilita al niño/a abandonar el cuerpo del otro, creando una espacialidad que lo ubica como distinto del de su madre: Yo no soy el otro, por lo tanto, tengo identidad propia.

21 Cuando el niño/a ya puede identificar a la madre con su lengua, coincidente con la angustia del octavo mes, sumado a la percepción auditiva, aparece el balbuceo (6-8 meses) que se limita a los fonemas de su lengua materna con la envoltura sonora o melodía de la que se ha impregnado desde el nacimiento. La angustia del octavo mes corresponde al tiempo en que el/la bebé llora frente a los desconocidos porque reconoce a la madre, primer Otro. Para que esto suceda, ella anteriormente debió identificarse con él/ella.

el control de esfínteres –pierde la dependencia del cuidado materno de la higiene–. Ya puede reconocerse como uno/a y único/a separado/a de la madre –salida del *estadio del espejo*–, conquista el juego simbólico y paulatinamente se apropia de la palabra. Poco a poco llega al gran hito denominado *asunción subjetiva del yo*. Adquiere la forma lingüística Yo y comienza a hablar asumiéndose en sus enunciados en cada acto de habla. Logra la posición de hablante-escuchante único/a, con deseo de palabra propia.

El largo proceso de construcción del lenguaje se sigue instalando en situaciones placenteras de diálogo que le permiten el lazo con los otros/as. En ellas va produciendo los sonidos pertenecientes a la lengua materna, los componentes fonológicos, morfológicos, sintácticos y pragmáticos. Entonces, el niño ha entrado en el orden cultural <sup>(22)</sup> quedando sujeto a las normas del bien decir, ya que para pertenecer a su comunidad, ser uno/a de ellos/as, requiere compartir su lengua, no hablando de cualquier manera, sino siguiendo reglas lingüísticas, sociales y culturales. A partir de aquí, el niño/a se lanza a otros logros que lo tienen a él/ella como protagonista.

Toda esta compleja construcción deberá darse en todos los niños/as, dependiendo de la singularidad propia de cada uno/a. Sin embargo, en la clínica nos encontramos con niños/as donde el desarrollo no se despliega fluidamente.

Ami espacio llegan niños/as con obstáculos en la construcción del lenguaje-constitución subjetiva, que se encuentran previo al momento de *asunción subjetiva del Yo*. Denomino perturbaciones a aquellas construcciones, sin daño orgánico comprobable, donde se compromete el encuentro participativo dialógico entre dos escuchas-hablantes. Frente a esto propongo interpelarnos y asumirnos en un acto clínico humanizante, singular y artesanal, con una ética que aloje las complejidades de las infancias, que rescate los nombres propios, corriéndonos de los diagnósticos rotulatorios y estigmatizantes que van de la mano de prácticas que rehabilitan funciones sin considerar al niño/a como sujeto inmerso en una historia y dentro de un contexto.

Asumo una clínica con un/a terapeuta en disponibilidad que, para pensar las intervenciones, pueda determinar en qué momento subjetivo, de armado del cuerpo, del lenguaje y del juego se encuentra el/la niño/a. Siempre creando un abordaje que implique la ofrenda de la palabra y la escucha –en situaciones de diálogo– para que sea el niño/a quien la aprehenda y haga suya. Acompañando y cobijando a los papás en la crianza.

---

22 Entrar en la cultura implica que ha ingresado en la Ley, vehiculizada por la función paterna.

## Referencias bibliográficas

- Coriat, E. (1996). *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*. La Plata: Ed. de la Campana.
- Enright, P. & Caniza de Paez, S. (1996). ¿Qué se juega cuando jugamos? La intervención diagnóstica en la clínica de la Psico-pedagogía Inicial. En *Escritos de la infancia 7*. Buenos Aires: Ediciones F.E.P.I.
- Levin, E. (2020). *Las infancias y el tiempo. Diagnóstico y clínica en el país de Nunca Jamás*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, J. (2008) *La tartamudez. Otra perspectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Savid, C. (2005). Construcción de la subjetividad y sus tropiezos. Rosario: UNR
- Savid, C. (2013). *Clínica psicoanalítica. Infancia terminable e interminable*. Rosario: Laborde.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Ed. Aguilar.
- Winnicott, D. (1990). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

## Datos de la autora

*Yanina Romani es Licenciada en Fonoaudiología y Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Ciencias Biológicas (Escuela de Fonoaudiología, UNR). Profesora de la asignatura Lenguaje y subjetividad, vicisitudes de la clínica interdisciplinaria de la Diplomatura en Estimulación Temprana y Promoción del Desarrollo Infantil (Instituto Universitario del Hospital Italiano de Rosario IUNIR). Desarrolla tareas de coordinación del equipo de profesionales en pasantías en la Unidad de Enseñanza Práctica de la Facultad de Psicología del IUNIR. Es colaboradora docente, para con los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, durante el cursado del Sistema de Prácticas Optativas en Fonoaudiología. Es docente del curso de posgrado Clínica interdisciplinaria con niños y adolescentes 2017-2018 (UNR). Es miembro fundador de Forum Infancias Rosario. Se dedica a la clínica con niños/as con perturbaciones del lenguaje.*

## Las alteraciones del lenguaje en el adulto: cuestionamientos en el devenir del proceso terapéutico

**Claudia Ithurralde**

Nuestra profesión nos sitúa en un lugar de privilegio, que es trabajar junto al paciente para ayudar a restablecer una función perdida o sensiblemente disminuida: la capacidad para comunicarse a través del lenguaje. Me pregunto: ¿cuál es la esencia de un/a fonoaudiólogo/a que trabaja con pacientes que han perdido y/o ven restringida su capacidad de comunicarse? Me referiré al trabajo con personas con trastornos neurolingüísticos, genéricamente denominados afasias, incluyendo a los trastornos de la comprensión y/o de la elocución, de diferente grado de severidad; los mismos requieren de un abordaje interdisciplinario.

Sin duda, los contextos cambian con el paso de los años y buena parte de las certezas acerca de las problemáticas respecto de la salud se ponen en discusión a la luz de considerar por qué se enferma un ser humano. En este sentido, juega un rol importante el momento en que aparece el trastorno.

La bibliografía da cuenta de situaciones en las que se ha dado el *stroke* (ACV). Marachlian y Sezino (1995) ejemplifican dos casos de pacientes que estaban pasando por situaciones críticas, a nivel personal y/o de pareja, cuando les sobrevino el accidente cerebro vascular (ACV). Junto a la causa más determinante, la lesión, debe considerarse el particular tono afectivo del sujeto, como así también las condiciones socioculturales que lo enmarcan y determinan. Estos factores cobran gran significación tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y el tratamiento del lenguaje.

Partiendo del interrogante inicial, creo que un/a fonoaudiólogo/a es ante todo una persona que tiene un dominio disciplinar específico y pertinente para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje, que recibe con amor a otra persona que le consulta. Juntos emprenden una tarea que va más allá del restablecimiento de las funciones afectadas. Es un trabajo que depende en gran medida de ambos, que exige compromiso por parte de los dos, y que requiere del establecimiento de un vínculo muy fuerte.

Hemos aprendido de las lecturas de Luria (1973) <sup>(23)</sup> y de Segre (1983) <sup>(24)</sup> qué puede sentir quien se encuentra imposibilitado de darse a entender o bien quien no comprende lo que le dicen. Sin embargo, es en lo cotidiano, en el trabajo con nuestros pacientes, que entendemos la verdadera naturaleza de la patología lingüística y, sobre todo, los efectos que su disminución o pérdida producen en quien la padece.

La tarea del/la fonoaudiólogo/a será entonces entender qué significa para ese/a paciente la enfermedad que lo/a aqueja. Cuán invalidante resulta para él/ella pero también cuánto lo/a incentiva a probar diferentes estrategias para comunicarse, las cuales –aun cuando no sean exclusivamente verbales– resultan válidas. Apostamos a la comunicación, a que no se pierdan los vínculos con sus seres queridos y sobre todo en los primeros momentos luego de ocurrida la lesión, a evitar su desconexión al sentirse incomprendido/a. Por ello, la familia debe estar convenientemente asesorada. Así, podrá acompañar el proceso terapéutico y a la vez no sentirse abatida ante la aparición de conductas regresivas o excesivamente demandantes por parte del/la paciente.

El/la fonoaudiólogo/a debe poder lograr que su paciente no se sienta un/a afásico/a sino que está pasando por un estado particular; *no es afásico/a, está afásico/a*, o, mejor dicho *es una persona con afasia*. Esta condición implica evolución, cambio, mejora, recuperación, generalmente en el mediano o largo plazo. ¿Desde dónde? A partir de intentar conocer quién es esa persona, su historia, sus intereses, su deseo (o no) de superar el difícil momento por el que atraviesa y junto con ella, sus seres cercanos: la familia.

La primera entrevista resulta fundante de la relación que se establece. Es el momento de escuchar lo que puede (y no puede) decir, lo que viene a contarnos con su andar, sus gestos, su mirada que a veces desvía hacia el familiar que lo acompaña, pidiendo que hable por él/ella, de tener una primera impresión acerca de cuánto comprende, saber qué le angustia más ahora. La empatía debe estar tanto en los gestos como en la escucha atenta y en las palabras dirigidas a ese ser que sufre.

Me sitúo en el consultorio, en las primeras semanas posteriores a la ocurrencia del ACV, habiendo ya pasado el período agudo (que generalmente

---

23 En *El hombre con su mundo destrozado*, Luria (1973) nos acerca la experiencia vivida por su paciente Satsky: “después de la herida me pareció ser una criatura recién nacida que no hacía más que mirar, escuchar, observar, repetir, pero que no tenía pensamientos propios” (p.28)

24 Segre (1983) comenta en su libro “Debe tenerse en cuenta en todo momento, que el afásico es un ser que ha sufrido una ‘agresión’ múltiple y que ella deteriora no sólo su lenguaje y el uso de sus manos y piernas, sino su psiquis” (p. 93).

transcurre en unidad de terapia intensiva - UTI), transitando desde el punto de vista lingüístico, el período sub-agudo de la enfermedad. Es un momento donde, si bien el/la paciente fue externado/a porque se encuentra clínicamente estable, la fisiopatología cerebral no lo está aún: hay variabilidad del cuadro lingüístico, generalmente asociado a fatigabilidad. Ello determina características que corresponde identificar y neutralizar con indicaciones precisas. Dada la gran labilidad presente, entendemos que se encuentra en *emergencia fonoaudiológica* <sup>(25)</sup>. De allí, el respeto por sus tiempos –generalmente más lentos– y la necesidad de adaptar nuestra manera de comunicarnos. Es la oportunidad de dar pautas para favorecer la comunicación y también marcar ciertas conductas que en esta etapa pueden ser perjudiciales (alta exposición a estímulos, interacciones sociales con varias personas a la vez). De esta manera, acompañamos la recuperación espontánea con pautas acordes a la realidad de ese/a paciente en particular. Se configuran así los primeros lineamientos terapéuticos. (Arroyo, A. 2009)

Otra situación es la del seguimiento de la evolución del cuadro del lenguaje durante la internación. Mi experiencia con pacientes internados (Ithurralde, 2016) ha sido en su mayor parte a través de la cátedra Alteraciones del lenguaje en el adulto <sup>(26)</sup>, a partir del año 1995, cuando implementamos la extensión docente-asistencial. <sup>(27)</sup>

En el primer encuentro, nuestra idoneidad como terapeutas ayudará a dar seguridad al paciente. Si bien debemos mostrarnos positivos respecto de su recuperación, esto no implica dar falsas esperanzas ni ser excesivamente optimistas. Por otra parte, la familia debe saber que su acompañamiento es vital para sostener el proceso terapéutico. El/la paciente debe entender que buena parte de su recuperación depende de sí mismo/a. Debe sentir que se va con algo de esa primera entrevista, se va con el compromiso de asistir a las sesiones, de seguir las indicaciones que el/la terapeuta dio en ese primer encuentro. También, con la seguridad de que en él/ella encuentra a un interlocutor válido de allí en adelante con quien podrá comunicarse, más

---

25 Emergencia fonoaudiológica, término acuñado por el neurólogo A. Zenoff (24/6/1995). Docente de Apinep Rosario. Autor de publicaciones desde la perspectiva del método fisiológico y fisiopatológico.

26 En 1989, la directora de la carrera, Fga. Hilda Ogní, nos solicitó a las Prof. S. Greppi, A. Arroyo y a mí que pasásemos de una asignatura que dictábamos en primer año a ésta: inauguráramos así el primer curso de esta asignatura en la carrera.

27 Los proyectos de extensión docente- asistencial fueron propuestos durante la gestión de la Directora Fga. Ana Baldomá y convocaron mayormente a las cátedras del ciclo clínico de la carrera.

allá de poder expresarse o no con palabras, alguien que lo/a comprenderá aun cuando haya silencios, alguien que se interesará por él/ella y por su recuperación. Es un gran desafío para ambos. La entrevista puede ser el momento oportuno para sugerir la participación del psicólogo para el paciente y/o la familia. Dependerá en parte de las posibilidades lingüísticas del primero; también de la aceptación del familiar de la enfermedad que aqueja al ser querido, y de la necesidad de complementar la terapia del lenguaje con otras.

¿Cómo? Es la pregunta que surge cada vez que se planifica una sesión, habiendo realizado de antemano un concienzudo y analítico diagnóstico del lenguaje, el cual debe plantearse como un problema de conocimiento. Se realiza en el período de estado. Saber *qué tiene y por qué lo tiene* – desde el modelo fisiológico y fisiopatológico– (Azcoaga <sup>(28)</sup>1985, 2000;) implica poder reconocer/caracterizar el cuadro patológico y la fisiopatología predominante; hablamos así de diagnóstico clínico y fisiopatológico. Estas respuestas emergen del recorrido realizado en el proceso diagnóstico, donde se conjugan una exhaustiva anamnesis, el examen del lenguaje y de otras funciones superiores, sumados a la capacidad del profesional para analizar los hallazgos, teniendo en cuenta las características que hacen a la individualidad del/la paciente. En la enunciación del diagnóstico se incluye, asimismo, el grado de severidad del cuadro.

Geromini (2000) <sup>(29)</sup> define al método fisiológico y fisiopatológico

(...) como un conjunto de reglas que se aplican para alcanzar el conocimiento de funciones o sea actividades dinámicas. Por lo tanto, su objeto de estudio son los procesos normales o patológicos que subyacen a las funciones o a la producción de los síntomas. (p.33).

---

28 Azcoaga, J.E. Científico, investigador y docente. Creador del modelo fisiológico y fisiopatológico. Estableció un puente entre la condición biológica para el desarrollo del lenguaje y la incidencia de la cultura. Su cuerpo teórico nos confirió una autonomía hasta entonces no conocida, en el área del lenguaje. Autor de numerosos libros. Colaboró con el Centro de Estudiantes ayudando a la incorporación de la Cámara Gesell. Mantuvo con nuestra cátedra un contacto fluido que permitió profundizar en su obra y conocer su gran generosidad.

29 Geromini, N. Graciela. Discípula del Dr. Azcoaga y difusora en nuestro medio de su teoría. Como docente, formó a través de Apinep Rosario y Adina a varias camadas de fonoaudiólogas/os en Neuropsicología desde la perspectiva del modelo azcoaguiano. Autora de numerosas publicaciones. Aportó instrumentos para el diagnóstico y el tratamiento fonoaudiológico, desde su rol de terapeuta del lenguaje.

Más adelante la autora señala “el nivel fisiológico y fisiopatológico... tiene una *estrecha y obvia* <sup>(30)</sup> vinculación con otros (niveles) más complejos como los que representan algunos procesos psicológicos y procesos lingüísticos (...)” (p. 39).

El conocimiento de la fisiología y por ende de la fisiopatología resulta necesario para poder establecer una base, el nivel más inferior, desde donde empezar a trabajar. La metodología nos brinda las herramientas para poder desentrañar los caminos por donde circula lo que el paciente puede y no puede decir, lo que puede y no puede comprender. Información neural que se ha codificado lingüísticamente, que ha sido construida a lo largo de su vida y que no puede actualizar ahora. Nos ayuda a entender por qué cuando quiere decir una palabra la sustituye por otra que no es casual y que guarda una relación con la primera. Nuestro trabajo todo el tiempo es entender, para poder reencauzar, para hacer que el camino sea más fácilmente transitado.

Las rutas propuestas por el modelo aludido invitan a buscar otros caminos por donde acceder al lenguaje. No es sólo a través de lo verbal. Entonces aparecen un sinnúmero de nuevos accesos, puertas que se abren y otros tipos de información fluyen: visual, auditiva, olfativa, emocional. Nada es imposible si se tiene en claro desde dónde empezar, qué tramos seguir, cuáles no se deben tomar ante la inminencia de fallos, repeticiones que entorpecen y no ayudan. ¿Cuál es la mejor estrategia para cada paciente en particular? ¿Qué lo/a moviliza? ¿Qué lo/a bloquea? ¿Cómo controlar su fatigabilidad? Son interrogantes que vamos respondiendo en nuestro quehacer.

A la pregunta que nos condujo al diagnóstico y que nos permitió enunciarlo, le suceden otras: las que se hace el propio paciente, las que se hace el/la terapeuta. Dentro de las primeras: *¿me voy a curar?* ¿Cuánto tiempo va a demandar mi recuperación?, *¿Cuándo voy a volver a trabajar?* *¿Voy a ser como antes?* Estos interrogantes dan cuenta de que el paciente no tiene cabal dimensión de su estado, de sus pérdidas. Deberá pasar un tiempo para que vaya reconociendo sus limitaciones, para que vaya reconociéndose incluso –a veces– con un cuerpo diferente (ya que muchas veces la lesión provoca trastornos motores asociados), que se vaya aceptando. Hay gran ansiedad en los primeros encuentros y el/la fonoaudiólogo/a debe tener el suficiente aplomo como para poder responder con solidez, pero sin alentar falsas expectativas respecto de una pronta recuperación.

Se impone la realización de un pronóstico a fin de responder de la manera más científica posible, a tales demandas. En él se juegan variables determinantes y determinables. Las primeras no son pasibles de cambio:

---

30 Resaltado que es fiel a la cita de la autora.



la lesión –y sus concomitantes– y la historia del paciente. Queda entonces operar sobre lo determinable: las variables que hacen a lo emocional y lo rehabilitatorio: allí es adonde debemos apuntar.

El trabajo es a veces lento, pero debe tener una progresión; el/la fonoaudiólogo/a debe saber adónde y por dónde ir. Hay un objetivo general, pero los objetivos particulares se van sucediendo a medida que progresa el tratamiento. Cuando no se da tal cual lo esperado, debemos revisar los factores que están impidiendo los avances: los inherentes al tratamiento en el ámbito del consultorio y los que están por fuera, que obstaculizan y no supimos neutralizar. Ejemplo de ello es la falta de atención psicológica al paciente y su familia. Cada sesión es una oportunidad, que se dan paciente-terapeuta, para seguir avanzando. Desde nuestra competencia, debemos considerar la elección de contenidos a trabajar, como así también la importancia de dividir los tiempos de la sesión y explicar sus porqués. Estimular los progresos y celebrar cada nueva estrategia que se trae a la sesión; respetar y favorecer su autonomía.

Otras preguntas nos interpelan: *¿está preparado el paciente para su alta? ¿Cómo me siento como terapeuta ante esa proximidad?* El alta debe ser progresiva, evitando o reduciendo la sensación de abandono del paciente en esa instancia, por lo que debe ser convenida entre ambos. La despedida implica el cierre del espacio terapéutico y la oportunidad de un nuevo ciclo. Sin duda *también yo* debo prepararme internamente para la partida. Porque según expresa Geromini (2005) “(...) ejercer como terapeuta del lenguaje no sólo demanda especialización sino también una preparación intrínseca que permita posicionarse frente al paciente y a su familia disociando las propias situaciones internas de la relación terapéutica como tal (...)” (p.9).

En cada alta, en cada admisión, se halla implícita la esencia de nuestro trabajo como terapeutas del lenguaje. Sepamos descubrirla y obrar con profesionalismo, integrando los saberes propios de la disciplina y la preocupación por el cuidado del/la paciente.

### Referencias bibliográficas

Arroyo, A. (2009) Introducción. En Arroyo, E; Cerutti, M; Giuello; M. Jairala, J. El porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. *Revista Fonoaudiológica Digital*. Tomo 55. N° 2: 58-70. ASALFA. Argentina.

Azcoaga, J.E. (1985) *Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología)*. Buenos Aires: El Ateneo.

Azcoaga, J.E. (2000) *Modelos para el estudio neuropsicológico*

*del lenguaje normal y anormal*. Barcelona: PPU, S.A. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Geromini, N.G. (2000) “Las alteraciones neurolingüísticas: Modelo teórico fisiológico y fisiopatológico”. *Revista Fonoaudiológica*. Tomo 46- N° 2: 30-40. ASALFA. Argentina.

Geromini, N.G. (2005) *Limitaciones de mayor jerarquía en la rehabilitación del paciente afásico*. Biblioteca ADINA. <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/limjer4t.pdf>

Ithurralde, C. (2016) “Responsabilidad social universitaria: intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos”. *E+E: Estudios De Extensión En Humanidades*, 4(4). Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/EEH/article/view/15148>

Luria, A.R. (1973) *El hombre con su mundo destrozado*. Buenos Aires: Granica.

Marachlian, C. y Sezino, R. (24/6/1995) *Conferencia II Repercusión de la afasia en el paciente, en su pareja, en su vida familiar y social*. [Presentación en papel] Ciclo de conferencias 1995: Conociendo la realidad del afásico. A.D.IN.A. Rosario

Segre, R. (1983) *Mi propia rehabilitación como afásico*. Buenos Aires: Editorial Puma.

Zenoff, A. (26/8/1995) *Conferencia III Niveles de prevención de la afasia*. [Presentación en papel] Ciclo de conferencias: 1995: Conociendo la realidad del afásico. ADINA.

### Datos de la autora

*Claudia Ithurralde es Fonoaudióloga y Licenciada en Fonoaudiología (UNR). Doctora en Fonoaudiología (Especialidad Perturbaciones en la Comunicación Humana) (UMSA). Ex Prof. Titular de las asignaturas Alteraciones del Lenguaje en el Adulto y Taller III Práctica Pre-profesional (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Investigadora Categoría III. Directora y Co-directora de proyectos de investigación vinculados a los Trastornos Neurolingüísticos y a la Fonoaudiología Social y Comunitaria. Autora y co-autora de publicaciones referidas a la afasia. Ex Vicedirectora de la Escuela de Fonoaudiología (período 2003- 2007). Actualmente integra el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.*

**PARTE VII**

**Aportes de la fonoaudiología a la educación  
y la inclusión**

*«Los niños -todos los niños-, se los aseguro, están dispuestos a la aventura del aprendizaje inteligente. Están hartos de ser tratados como infra-dotados o como adultos en miniatura. Son lo que son y tienen derecho a ser lo que son: seres cambiantes por naturaleza, porque aprender y cambiar es su modo de ser en el mundo.»*

**Emilia Ferreiro**





## Algunas reflexiones, una mirada acerca del abordaje de la diversidad

**Gabriela Armellini**

**L**legó el día de compartir este escrito y con él la posibilidad de compartir una experiencia única, mía, como profesional, pero a la vez como ser que transita por un mundo tan especial como único. Se me presenta esta dualidad: ¿qué dejarles? ¿Conocimientos, vivencias? Es importante para mí hoy compartir en este breve espacio de palabras escritas la magia de trabajar y vivir en la diversidad, intentando transmitir desde un deseo que se pudiera vivir así, respetando las diferencias. Intento una mirada profesional pero a la vez humana de la discapacidad, niños con discapacidad, familias en la discapacidad. A medida que entro en el relato van apareciendo rostros, imágenes, vivencias. Todos hicieron algo en mí. Desde aquel pequeño niño de un Jardín de Infantes de esta ciudad, quien no escuchaba, docente yo, y quien despertó en mí tantos interrogantes y marcó mi futuro profesional. Él no lo sabe, yo sí. Pasaron muchos años desde ese día y con los años llegaron todas las experiencias relativas al trabajo con personas con sordera tanto en el ámbito educativo como en el terapéutico. Siempre desde lo que recuerdo, “trabajé-jugué” con niños. Por ser niños, sólo por y nada más que por eso, mi trabajo llenó mi ser. Cómo no ver en ellos tantas enseñanzas, tanto que aprender. A ellos dediqué siempre mi trabajo, llenan estas líneas, llenaron mi mundo, me hicieron feliz.

¿Qué es la discapacidad? ¿Cómo se define? Según el Informe Mundial sobre Discapacidad de 2011, la discapacidad forma parte de la condición humana, es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. No es menor nombrar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por las Naciones Unidas en 2006, que pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

¿Cómo definimos a un niño con discapacidad? ¿Cómo miramos a ese niño, cómo creemos que es? ¿Qué esperamos de él? Ello me lleva a preguntar: ¿qué esperamos de un niño? En nuestra labor, qué más que contemplarlos, seguirlos, construir nuestro camino en cada uno de ellos, de manera diferente con cada uno. Cada niño es único y es especial y allí estamos nosotras/os intentando que algo suceda allí, con todo nuestro saber, con todo nuestro amor por la profesión, pero sobre todo y además con el mayor de los respetos. Los niños nos ayudan todos los días a revernernos, qué importante es esto. Pues entonces debemos mirarlos, entrar en su mundo y dejar algo allí. ¿Qué es esto sino la empatía?

¿Y un niño con sordera? Hoy en día existen trabajos donde se cuestiona las posturas que definen al sujeto sordo desde y por la discapacidad. Mariam Valmaseda (2009) sostiene que, al igual que cualquier sujeto humano, el sujeto sordo no está exento de las influencias del entorno, de los deseos que en él se entrelazan.

Cuántos interrogantes al momento de recibir el diagnóstico. ¿Qué hace una deficiencia sensorial en ese niño? Muchos pueden ser los caminos a los que esta noticia lleve. Debemos detectar tempranamente, actuar tempranamente, ¿duelar tempranamente? ¿Será que podrán estos nuevos papás metabolizar tempranamente tanta información que les llega? ¿Nos da el tiempo para que no pase el período crítico de adquisición del lenguaje? Llegamos a las familias y a esos niños, con tanta información: hipoacusias, grados, frecuencias, estudios, decibeles, tecnología, decodificación, contar palabras. ¿Cómo acompañar en un recorrido a veces tan diferente a lo esperado? ¿Cómo hacer para proponer un escenario natural de juego, de crecimiento en el lenguaje? No somos nosotros sino ellos los encargados de subjetivarlos, de hacerlos inmersos de lenguaje. Nosotros orientamos, acompañamos, escuchamos. Nuestra labor es intervenir allí, ponernos metas, observar logros y seguir, dejándolos reconstruir su propio lenguaje. Para que el lenguaje tenga efectos subjetivantes y ese ser pueda interrogarse e interrogar al otro será necesario que en su entorno haya personas que lo escuchen y lo reconozcan sujeto activo en su decir, él debe apropiarse de su palabra.

¿Será su palabra la oral, será su palabra señada? Por un lado, los oralistas sostienen que el sujeto sordo debe oralizarse para alcanzar su desarrollo cognitivo y su integración social, focalizan la atención en el aspecto reeducativo del lenguaje; por otro, los gestualistas sostienen que la persona sorda necesita que se les respete su lengua y su cultura. “Pasión y muerte” dice Estela Díaz (2005), autora del libro *El sujeto sordo en el lenguaje*. Muy acertadamente, plantea con tan exactas palabras una magnífica descripción de ambas posturas extremas que suelen definir a la persona sorda. ¿Qué

tomar de una y de otra? Nos encontramos en una dualidad en nuestra práctica diaria. Somos profesionales del área de la salud y cuando la confirmación del diagnóstico de sordera de un niño pequeño llega, surge en nosotras/os la pregunta: ¿cómo favorecer el desarrollo del habla?

Me gusta mucho la mirada de Boothroyd (1988), quien define que es hipoacúsico todo aquel niño que, independientemente del grado de pérdida auditiva que tenga, utiliza a la audición como receptor principal para la decodificación del lenguaje, y sordo, aquel niño que no utiliza dicho canal para apropiarse de él.

También comparto las definiciones de Van Uden (1963), en cuanto a que sordera es una pérdida auditiva tal que ya no se puede oír, ni dirigir por medio de la audición a la propia voz y al propio lenguaje. Es sordo quien debe incorporar el habla principalmente por medio de la visión, siendo lo auditivo, la fonemática, auxiliar; mientras que es hipoacúsico quien puede incorporar el habla principalmente por medio de la audición, la visión es aquí auxiliar. Con el devenir de la asombrosa tecnología en los equipamientos de ayuda auditiva, con los audífonos e incluso con los implantes cocleares, estas definiciones siguen siendo correctas.

Solemos describir a la sordera por su tipo, sus grados, los efectos en relación a la pérdida, los *inputs* y el desarrollo lingüístico, cognitivo y social, todas ellas variables relativas al déficit. Una deficiencia devenida en discapacidad según cómo actúan una multiplicidad de variables. Desde una mirada más amplia (y hasta me atrevería a decir, más actual) no podríamos dejar de incluir en esta reseña la singularidad de cada sujeto, al sujeto mismo, su constitución en tanto al entorno familiar, comunicativo, educativo y social.

¿Qué es la inclusión? Existen dualidades que encuentro en mi práctica profesional: integración o inclusión, discriminación o sobrecarga de intervenciones que sólo marcan la excepción. Vuelven éstas a marcar la “anormalidad”. ¿Cuáles son nuestras decisiones en base a esto? ¿En qué paradigma nos ubicamos? ¿Llevamos a la práctica lo que promulgamos? Pues una verdadera inclusión debería ser el respeto por las individualidades de cada uno de nosotros sin más.

Pregunto, entonces: ¿somos capaces de vivir en sociedad respetando diferencias del o con el otro? ¿Y qué es la accesibilidad? ¿Se preguntaron alguna vez cómo podemos hacer para que el mundo sea más accesible para un niño? Ayudarlo a acceder a los diversos espacios de la vida, es llenarlos de posibilidades, allanar un camino, no regalar, armar un terreno para dejarlos ser. Lo esencial es para todos sentirnos protagonistas de nuestros logros. Poder hacerlo es una felicidad absoluta.

Desde mi rol docente apuesto a contribuir en la formación de nuevos profesionales con una concepción amplia de la persona sorda y, por lo tanto, es a los/las estudiantes a quienes dedico estas líneas.

### Referencias bibliográficas

- Díaz, E. (2005). *El sujeto sordo en el lenguaje*. Buenos Aires: Editorial Rojo.
- Bernard Mottez (1981) *El Bilingüismo de los sordos*. Cap. Identidad Sorda. Instituto Nacional para sordos INSOR Bogotá, Colombia. Dic 1981 En Boothroyd, A. (1988). *Hearing Impairments In Young Children*. Washington, D.C.: Alexander Graham Bell Association For The Deaf.
- Uden, Van. En Bun D Deutscher Taubstummen Lehre R (Dir. Publ.), (1933) *Arbeitstagung Früherziehung Hörgeschädigter Kinder, Berlin*, (Jornadas De Estudio sobre la reeducación precoz de los jóvenes deficientes auditivos) Recuperado en: [https://sid.usal.es/idsocs/F8/ART14039/ni%C3%B1os\\_deficientes\\_auditivos\\_prevenccion\\_e\\_integracion.pdf](https://sid.usal.es/idsocs/F8/ART14039/ni%C3%B1os_deficientes_auditivos_prevenccion_e_integracion.pdf)
- OMS y Banco Mundial (2011) *Resumen Informe Mundial sobre Discapacidad*. Recuperado en: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
- Valmaseda Balanzategui, M. (2009) “La alfabetización emocional de los alumnos sordos”. Recuperado en: [https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Valmaseda\\_alfabetizacion\\_emocional\\_alumnos\\_sordos.pdf](https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Valmaseda_alfabetizacion_emocional_alumnos_sordos.pdf)

### Datos de la autora

*Gabriela Armellini es Profesora de Educación Preescolar y Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Es Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra Patología y Terapéutica Fonoaudiológica en la Discapacidad Auditiva. Es Integrante del Equipo Técnico de la Escuela Especial IRAL, para niños y jóvenes sordos. Además, forma parte del equipo interdisciplinario de la institución Puertas de Sol (Rosario).*

## La fonoaudiología en el contexto de la educación especial

**Susana Elbert**

**L**a fonoaudiología aborda la comunicación humana, es la disciplina científica que se ocupa de la prevención, la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana, que pueden comprender alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje, el aprendizaje y la audición, abarcando tanto a la población infantil como a la adulta.

En sus inicios, la formación de profesionales en fonoaudiología se fundamentó en una concepción mayoritariamente tecno científica, muy cerca de las ciencias de la salud. En este contexto, el énfasis y las preocupaciones teórico-prácticas de la profesión se situaron en y desde el déficit, muchas veces desde una perspectiva cuantitativo-objetivista.

En la actualidad el profesional fonoaudiólogo posee una sólida formación en las áreas y actividades antes mencionadas, con una visión integral del paciente, y se desempeña en situaciones asistenciales comunes y complejas, integrado a la labor inter y multidisciplinaria en el campo de la salud y la educación y desarrollando una actitud positiva hacia la investigación científica.

A partir de diversos cambios acontecidos en la educación durante los últimos años, el profesional de la fonoaudiología ha comenzado a formar parte importante del equipo interdisciplinario que opera dentro de las instituciones educativas especiales. La delimitación del alcance de la fonoaudiología, así como la definición de la especialidad, emergen como cuestiones de interés, toda vez que constituyen un desafío en lo que a la integración profesional al sector educativo respecta. Un breve análisis del recorrido histórico de la educación con relación a la educación especial como modalidad dentro del sistema educativo general colabora en comprender los cambios en ella producidos.

Durante el siglo XIX, el niño deficiente era considerado como un enfermo, por ello era abordado desde el área de salud, en algunos casos eran internados en instituciones donde se les impartía un trabajo de tipo terapéutico-recreativo, lejos de lo educativo. Evidentemente, el objetivo de estas instituciones era alejarlos del ámbito social, reuniendo así a personas sordas,

ciegas, discapacitados mentales, enfermos mentales, etc. Posteriormente, y debido al auge de las disciplinas científicas tales como psicología evolutiva y psicometría, comenzó la clasificación de los sujetos por particularidades semejantes. Se comenzó además con una agrupación homogénea de alumnos con capacidades y deficiencias semejantes, impartiendo los conocimientos de acuerdo a estas agrupaciones. La organización de grupos con características semejante dio como resultado la expulsión de los alumnos que no pudieran seguir las pautas del resto del grupo. Esto originó la creación de escuelas especiales, ubicadas en determinado lugar y que recibían así a niños provenientes de zonas geográficas diversas.

La escuela común responde a un mandato social que es la de lograr un nivel de estandarización válido para generar personas aptas para el mercado, lo que no puede lograrse con sujetos que no cumplan con normas instituidas, por lo cual se hace presente el fracaso escolar, atribuido a la propia incapacidad del alumno. Surge así que en sus inicios el contrato fundacional entre educación especial y sociedad tuvo que ver con la necesidad de poder ubicar a todo este grupo de alumnos que no cumplían con los requerimientos de una norma establecida desde un modelo estándar, sujetos considerados anormales. Las escuelas especiales surgieron de la mano de las tendencias reproductivistas, que tienden a eternizar un orden establecido que se encuentra perpetrado, paradójicamente, en los orígenes de la educación común. De este modo, las escuelas especializadas, segregadas en su mayoría de las escuelas comunes, usan sus propios contenidos, técnicas y especialistas, y se constituyen así dentro del sistema educativo como un sistema paralelo.

A través del devenir histórico de las escuelas especiales, se intentó acercamientos entre ambas, a través de diversas formas. En este sentido, en la provincia de Santa Fe, se dio mediante la creación de los grados radiales, que atendían a niños con discapacidad dentro del ámbito de la escuela común, y dependían pedagógica y administrativamente de la escuela especial. Si bien los inicios fueron difíciles, se comenzó a compartir espacios físicos y algunas actividades, se articularon así acciones entre escuela especial y escuela común, lo que posibilitó ciertos avances. Uno de los logros fue posibilitar la inserción en escuelas nocturnas para adultos a aquellos estudiantes que alcanzaran ciertos contenidos, pero debían finalizar la escolaridad en la escuela especial de acuerdo a su edad cronológica, lo que otorgaba la posibilidad de concretar el cierre de esta etapa de formación escolar. Estos nexos que se establecieron entre las citadas instituciones serían el germen que posibilite la inserción de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, sea ésta mental, motora o sensorial, en los procesos de integración que se llevaron a cabo y se mantienen hasta la actualidad.

Sin embargo, y a pesar de algunos avances, esta mirada no deja de estar dentro de la noción homogeneizadora de las dificultades, pero permite fundamentar la existencia y presencia de diversos profesionales que apoyen los procesos educativos en pos del mejoramiento de la calidad de la enseñanza, valorando el trabajo interdisciplinario llevado a cabo a nivel escolar.

Con respecto a la deficiencia y situación de discapacidad, instituciones como la familia, la salud y la educación profundizan estas distinciones entre el nosotros y los otros, entre la normalidad y la anormalidad, entre lo incluido y lo excluido. Y, a su vez, ese niño es transversalizado por expresiones a través de etiquetas: discapacidad intelectual, discapacidad auditiva, discapacidad visual. En esta nomenclatura, comienzan a confundirse los conceptos de discapacidad y deficiencia, dando cuenta que las formas de nombrar implican contenidos en sí mismos y cargas valorativas subjetivas.

Por lo general, se habla de deficiencia y discapacidad como si fueran parte de un mismo proceso. Sin embargo, si se entiende a la discapacidad desde la complejidad del modelo social, la distinción es clara. La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. Mottez (1996) plantea que deficiencia y discapacidad resultan dos caras de una misma moneda; esto es, están ligadas, pero al mismo tiempo responden a diferentes dominios. La deficiencia es física, se la puede cuantificar y cualificar; la discapacidad es social. De esta manera, para una misma deficiencia, la discapacidad puede ser diferente en tanto depende de la sociedad que la reciba. La sociedad puede ser facilitadora del desempeño de un sujeto o puede obstaculizar, creando barreras, al no proporcionar elementos de apoyo o ayuda necesarios o requeridos.

En este sentido, la heterogeneidad tiene que ser valorada y respetada ya que enriquece todo proceso social y cultural, para lo cual directivos, docentes y equipos deben comprender que la atención a la diversidad debe constituirse en un elemento cotidiano y habitual y no debe representar medidas excepcionales que adoptan determinadas instituciones en momentos específicos y con docentes dispuestos a ello. Es necesario incorporar elementos de acompañamiento, planteando diferentes enfoques y perspectivas en relación a los contenidos a transmitir, valorando al niño y a su familia, como también a otros integrantes del equipo. Se podría pensar en un currículum abierto y flexible, pero fundamentalmente se debe abrir la mirada alrededor y ver que en todas las personas hay diversidad: diversidad familiar, religiosa, socioeconómica, etc. Aceptarlo y aprovechar la riqueza que provee la

variedad, para seguir aprendiendo de ella, y poder contribuir con una mirada de la discapacidad con perspectiva de derechos humanos.

Actualmente, la educación especial se encuentra en un paradigma en tránsito, desde el paradigma de la integración al paradigma de la inclusión, camino a una propuesta curricular que aloje a todos y a cada uno, donde no sea necesario decir alumno sin y con discapacidad, donde la mirada sea desde la enseñanza y no sobre el aprendizaje. Pensar en el contexto, correrse de la patologización del alumno, en miras de una educación inclusiva. En este sentido, todos los hombres y mujeres, infantes, adolescentes, con o sin discapacidad, tienen la misma dignidad y derechos humanos.

Desde esta perspectiva, se pone énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se relaciona con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad de oportunidades, que propician la disminución de barreras y dan lugar a la inclusión social, poniendo en la base principios como autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, entre otros.

La discapacidad es una construcción social, creada por la misma sociedad que limita e impide que las personas con deficiencias se incluyan, decidan o diseñen con autonomía su propio plan de vida en igualdad de oportunidades.

Tomando los aportes de M. José Borsani (2018), en el paradigma de la inclusión, el eje teórico es la dignidad. Una dignidad que es inherente a todos los seres humanos y que no está vinculada a la capacidad, dignidad de las personas que pertenecen a la diversidad, no al déficit, pasando del concepto de discapacidad al de diversidad funcional. Entendiendo a la diversidad como una realidad incontestable que aporta riqueza a una sociedad formada por personas que son funcionalmente diversas a lo largo de la vida, se revaloriza el derecho a recibir lo que cada sujeto necesita, lo que posibilita la construcción de su propio aprendizaje.

Siguiendo este paradigma, la finalidad de la intervención educativa-terapéutica estaría relacionada con posibilitar oportunidades que permitan mayor autonomía, sostenida en los procesos de aprendizaje, no en comparación con otros, ni buscando que se asemeje al otro, sino facilitando, dentro de su propia realidad, las oportunidades de autonomía y aprendizajes. Esta comprensión debe formar parte de la formación de todo profesional que se desempeñe en ámbitos educativos y de la reflexión que se haga acerca de la singularidad de cada alumno, en el seno de un equipo interdisciplinario donde cada profesión aporte desde su propia disciplina.

El fonoaudiólogo posee un rol transformador, al igual que los otros

profesionales del equipo psicopedagógico, directivos y docentes, por lo que sería propicio que pueda ampliar y modificar la mirada hacia el otro, analizando ampliamente conceptos como homogeneidad, diferencia, capacidad, discapacidad, deficiencia, normalidad, anormalidad, diversidad. La labor de los profesionales no es menor frente a la tarea educativa sino, por el contrario, son agentes de cambio que deben comprender las finalidades de la educación y concebir la diferencia como un derecho y no intentar modificarla o normalizarla. Es necesario asumir un rol de guía y mediador de los procesos de aprendizaje, con el desafío de no caer en la homogeneización, ni en llevar al sujeto hacia la normalidad y por sobre todo no perder de vista la subjetividad del niño/niña, adolescente, ni su singularidad.

La función del fonoaudiólogo dentro de los equipos psicopedagógicos de las escuelas especiales, contemplado en nuestra ley del ejercicio profesional como dentro del campo de la educación con función preventiva -Ley 9981-, tiene claras actividades que se pueden mencionar a continuación:

- Entrevistas de admisión y evaluación diagnóstica de ingresos de alumnos.
- Evaluar las capacidades pre lingüísticas y lingüísticas del niño.
- Sostenimiento de reuniones clínicas del servicio psicopedagógico con directivos y docentes de la institución para seguimiento y evaluación periódica del desarrollo de la práctica docente y las particularidades de los alumnos.
- Interconsulta con profesionales externos y/o equipos privados o públicos intervinientes en los tratamientos de nuestros alumnos.
- Entrevistas individuales con padres para el seguimiento y actualización de datos de los alumnos que concurren a la institución educativa.
- Organización y participación en diferentes talleres con alumnos y con padres con objetivos específicos según las necesidades a tratar
- Difusión de la actividad escolar en la comunidad: visitas a diferentes instituciones, participación en actividades de otras instituciones, intercambios con profesionales de diferentes niveles de salud, etc.
- Establecimiento de redes con instituciones de salud pública para la detección y derivación temprana de niños según la necesidad.
- Participar en la ejecución de proyectos de la Institución Escolar que t iendan a la solución de los problemas detectados en las mismas y que se relacionan con nuestra función específica.
- Seguimiento y evaluación de los alumnos que son parte del proyecto educativo de la institución.
- Asesoramiento al docente a cargo de los alumnos, en relación a lo pertinente a la especificidad de cada disciplina acotado a cada niño/a en particular.
- Realizar trabajos en el aula con los alumnos y docentes en forma conjunta.



- Intercambio y difusión de los servicios escolares con profesionales externos, centros de salud públicos, centros de salud privados y escuelas comunes.

- Asesoramiento a instituciones escolares comunes y especiales.

Todas estas actividades, concretadas desde una mirada inclusiva de las diversidades, son fundamentales para poder sostener, brindar y defender la salud fonoaudiológica que permita el empoderamiento de cada persona y desarrolle su autonomía, su libertad y el derecho a ser parte de una sociedad que nos contenga a todos en general y a cada uno en particular. La fonoaudiología fue, es y será ese espacio de transformación de miradas.

### Referencias bibliográficas

Skliar, C. (2002). *¿Y si el otro no estuviera ahí?* Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.

Comisión Diseño Curricular prise – prodymes “LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN LA PROVINCIA DE SANTA FE” (1998) Recuperado en: [http://www.ispn4-santafe.edu.ar/Carreras/EGB/Documento\\_Ingreso\\_Docencia/BibliotecaVirtual/EDUCACION%20ESPECIAL/EDUC%20ESP%20EN%20STA%20FE.pdf](http://www.ispn4-santafe.edu.ar/Carreras/EGB/Documento_Ingreso_Docencia/BibliotecaVirtual/EDUCACION%20ESPECIAL/EDUC%20ESP%20EN%20STA%20FE.pdf)

Ley N° 26378: *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo.*

Borsani, M.J. (2018). *De la integración educativa a la educación inclusiva. de la opción al derecho.* Rosario: Editorial Homo Sapiens.

Borsani, M.J. (2020). *Construir un aula inclusiva: estrategias e intervenciones.* Rosario: Editorial Paidós.

Minguez Passada, M.N., (2017), “Discapacidad en lo social. un enfoque desde las corporalidades”, Recuperado en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DiscapacidadEnLoSocial-5889966%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DiscapacidadEnLoSocial-5889966%20(2).pdf).

Ministerio de Educación Dirección Provincial de Educación Especial, (2011). *Diseño curricular jurisdiccional para la educación integral de adolescentes y jóvenes con discapacidad*, Santa Fe, Argentina.

Facultad de Psicología, (2019), *Infancia, discapacidad y educación inclusiva investigaciones sobre perspectivas y experiencias*, Universidad de la Plata, Recuperado en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/83689/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/83689/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### Datos de la autora

*Susana Elbert es Fonoaudióloga (FCM, UNR) y Especialista en Estimulación Temprana. Desarrolla su profesión en el Equipo Psicopedagógico de la Escuela N° 2013 para niños sordos e hipoacúsicos “Ana Mac Cotter de Madrazo” y en el Equipo Psicopedagógico de la Escuela N° 2081 para niños ciegos y disminuidos visuales “Lidia Elsa Rousselle”. Es Profesora Adjunta en la cátedra Neurología y docente de Neurofisiología (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Dicta clases en el Instituto Superior del Profesorado N° 16 Dr. Bernardo Houssay de la ciudad Rosario.*

## Discapacidad e inclusión: reflexiones y debates

### Fernanda Felice

La discapacidad se inscribe a partir de múltiples concepciones que emergen de prácticas e ideologías de la sociedad. Es por ello que el concepto de discapacidad ha ido transformándose en el devenir de la historia, de acuerdo a los valores predominantes de cada época. En la Antigüedad existían normas sociales, que resaltaban la capacidad de lucha y el culto a la belleza corporal. Las personas nacidas con discapacidad no cumplían con las expectativas de la comunidad y, en consecuencia, fueron asesinadas o abandonadas. Durante la Edad Media, la influencia del cristianismo forjó ciertos valores religiosos, que sustentaban la creencia de que la discapacidad era producto del pecado o de un castigo divino. Por esta razón, las personas que presentaban una discapacidad fueron perseguidas por la inquisición.

Las concepciones antes desarrolladas dieron lugar al *Modelo de Prescindencia*, en palabras de Velarde Lizama (2012), “ya sea por haber recibido un castigo de los dioses o bien por considerarse que las personas con discapacidad no tenían nada que aportar a la comunidad, se asumía que sus vidas carecían de sentido y que, por lo tanto, no valía la pena que la vivieran” (p.117).

A comienzos del siglo XX, surgió el *Modelo Médico Rehabilitador*, que estuvo fuertemente marcado por el auge del capitalismo y la instauración del saber médico como palabra de autoridad. La Primera Guerra Mundial, que dejó un significativo saldo de personas heridas, y las legislaciones laborales colaboraron en la transformación de la concepción acerca de la discapacidad. Velarde Lizama (2012) afirma que “los impedimentos físicos y mentales dejaron de ser considerados castigos divinos y comenzaron a entenderse como enfermedades que podían recibir tratamientos” (p.123).

En consonancia con estas ideas, la Organización Mundial de la Salud (1980) sostenía que la discapacidad era un problema inherente al sujeto, directamente causado por una enfermedad, trauma o condición

de salud. Las personas con discapacidad eran aisladas en instituciones médicas, especialmente dedicadas a su atención, y se las apartaba tanto del mercado laboral como de otras prácticas sociales. Este modelo se sustentaba en la búsqueda de la curación de lo que era claramente considerado una enfermedad. Al respecto, Palacios (2008) afirma que “el objetivo del modelo médico es curar a la persona discapacitada, o bien modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia y, de ese modo, incorporarla a la sociedad” (pp.92-93). Así, fue gestándose el proceso ideológico de forjamiento del ser humano “normal”, como parámetro que determinaba la funcionalidad o no de las personas dentro de una comunidad.

En la década del sesenta, la lucha de las personas con discapacidad, quienes bregaron por conquistar derechos civiles, propició nuevas transformaciones. Esto dio lugar al *Modelo Social de la Discapacidad*, que concibe a la discapacidad como una característica más, dentro de la diversidad que existe entre las personas, y no como un limitante que define la vida del sujeto condenándolo a la discriminación y la exclusión social. Comienzan a considerarse los factores contextuales y los determinantes sociales que obstaculizan el pleno desarrollo de las personas con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (s/f) revisó las definiciones anteriores y afirmó que la discapacidad no era un atributo de la persona, sino que se trataba de un conjunto de condiciones que responden a la interacción entre las características del sujeto y el contexto social. Se reconoció que las personas con discapacidad atravesaban una situación de desigualdad, que podría modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de las barreras reales y simbólicas que impedían su plena participación en la comunidad.

Las transformaciones antes citadas, junto con los aportes brindados por grandes pensadores como Vigotsky, Bruner, Piaget y Freire acerca del proceso de enseñanza aprendizaje, promovieron cambios en la noción de currículo y en las prácticas educativas. En principio, esas nuevas concepciones dieron lugar a la integración escolar. Se trataba de un proceso que permitía que los/as estudiantes, con necesidades educativas especiales, pudieran estudiar en las escuelas comunes compartiendo la misma currícula, a la que accedían a través de ayudas pedagógicas y adecuaciones curriculares. Sin dudas, el concepto de integración ha sido clave en la educación de las personas con discapacidad. Sin embargo, esta propuesta se sostenía en el paradigma de la homogeneidad, en tanto los sujetos debían adaptarse al sistema educativo; mientras que éste permanecía relativamente intacto.

Más tarde surgió un proyecto superador, la inclusión escolar, que planteaba una visión educativa basada en la heterogeneidad. Se comprende que las diferencias son inherentes a todos los seres humanos y que están

presentes en cualquier proceso de enseñanza aprendizaje. Al respecto, Rosa Blanco (1999) destaca que es necesario construir

(...) una escuela en la que no existan requisitos de entrada ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; se propone una escuela que modifique substancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños y niñas, incluidos aquellos que presentan una discapacidad (p.5).

Ahora bien, más allá de las modificaciones en torno al concepto de discapacidad, es posible advertir que antiguas ideas persisten en el imaginario colectivo de la comunidad y las prácticas profesionales.

Es habitual que las personas que tienen una hija o un hijo con discapacidad se sientan culpables y que parte de la sociedad considere a esa experiencia de vida como un castigo. En efecto, se ponen de manifiesto rancios preceptos religiosos y concepciones propias de la Edad Media.

Asimismo, en los procesos de integración o inclusión escolar, es frecuente escuchar que algunas familias temen que sus hijas e hijos se retrasen en los aprendizajes por la simple razón de compartir la educación con niñas y niños que presentan una discapacidad. En este sentido, es posible advertir que la noción de discapacidad entendida como una enfermedad impera en estos discursos. Por otra parte, muchas personas e incluso los medios de comunicación suelen utilizar expresiones inapropiadas, al momento de referirse a los sujetos que presentan una discapacidad, tales como “criaturas angelicales”, “personas con capacidades diferentes” o “especiales”. Estos enunciados expresan los obstáculos para comprender que las diferencias son constitutivas de nuestra humana naturaleza.

Respecto de las prácticas clínicas, cabe mencionar que los modelos biológicos continúan imponiéndose con fuerza. Estas concepciones permanecen vigentes gracias a los aportes de las ciencias de la salud positivistas, que históricamente han procurado clasificar a los sujetos, y la psicometría que propició la construcción del binomio normalidad - anormalidad. Al respecto, Saforcada (2010) explica que el concepto positivista de la salud en tanto normalidad se vincula con el paradigma tradicional de la salud que ha conducido a grandes reduccionismos y ubica a la enfermedad como objeto de estudio. Desde esta perspectiva, el sujeto de la atención no es más que un individuo descontextualizado de su medio social.

Estas concepciones se replican en el contexto escolar. Las neurociencias y las certezas diagnósticas promocionadas por los Manuales de los Trastornos

Mentales (DSM) <sup>(31)</sup>, que contemplan exclusivamente la dimensión biológica de la salud, han contribuido a que cualquier diferencia o dificultad sea nombrada en términos de una patología o un trastorno. En este sentido, ciertas prácticas clínicas y educativas insisten con la concepción de una niñez modelo, prototipo o estándar. Una niñez alejada de la diversidad, la época y el contexto histórico del cual es parte. Una niñez que puede ser clasificada de acuerdo al orden predictivo y normativo, que imponen las ciencias de la salud positivistas y el sistema educativo disciplinador.

Asimismo, estos enfoques se vinculan con el fenómeno de la patologización de las infancias que signa estos tiempos. Los/as representantes del Forum Infancias <sup>(32)</sup> explican que se habla de patologización cuando los problemas cotidianos de las niñas y los niños son considerados como producto de una patología psiquiátrica. Los sujetos pasan a ser “trastornos” y portadores de un “déficit”. De esta manera, se procura ubicar lo que les ocurre o aqueja en una especie de casillero fijo. No se profundiza en los determinantes del sujeto, su familia ni el contexto social. Es por ello que a este tipo de categorizaciones se las considera “rótulos” o “etiquetas”, y no verdaderos diagnósticos.

Ante la emergencia de este fenómeno, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CONISMA, 2012) elaboró el *Manual para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos de problemáticas en el ámbito escolar*, debido a la preocupación provocada por la realización de diagnósticos basados en meros indicadores comportamentales, la prescripción inadecuada de medicamentos y la indicación inoportuna de certificación de discapacidad. El documento destaca que las niñas y los niños son sujetos en proceso de desarrollo; que los tiempos de adquisición pueden ser diferentes, pero eso no los convierte en patológicos; que los problemas en el rendimiento o comportamiento escolar no equivalen necesariamente a un diagnóstico; que no debe reducirse la complejidad de una problemática a una única perspectiva; y que debe evitarse el uso de nomenclaturas homogeneizantes que estigmatizan las trayectorias escolares de los/as estudiantes.

---

31 Se trata de una serie de manuales creados por la Asociación Americana de Psiquiatría que propone una clasificación de trastornos psiquiátricos o mentales.

32 Se trata de un grupo de profesionales de la salud, la educación y las ciencias sociales, preocupados/as por el auge que ha tomado en los últimos años la patologización y medicalización de la infancia. Desde hace diez años se encuentran trabajando y han conformado una Red Federal en distintas ciudades de Argentina.

A propósito de esto, cabe recordar que existen marcos legales nacionales y convenciones internacionales que garantizan los derechos de las infancias y las personas con discapacidad. Entre ellos, se menciona que la Ley Nacional de Educación N° 26.206 (2006) establece que

(...) la educación brindará las oportunidades necesarias para desarrollar y fortalecer la formación integral de las personas a lo largo de toda la vida y promover en cada educando la capacidad de definir su proyecto de vida, basado en los valores de libertad, paz, solidaridad, igualdad, respeto a la diversidad, justicia, responsabilidad y bien común (p.1).

Respecto del cuidado de la salud, resulta interesante destacar los aportes de Contandriopoulos (2006), quien asegura que la salud es una cualidad humana fundamental, que se expresa en cada una de sus cuatro dimensiones: biológica, social, psíquica y racional. En este sentido, es necesario revisar antiguas concepciones que permanecen vigentes en el imaginario colectivo de la sociedad, y que se replican en los planes de estudio de la educación superior, las currículas escolares y determinadas prácticas profesionales. La educación, en todos sus niveles, debe considerar la propuesta formulada por el Modelo Social de la Discapacidad y contemplar a la salud en todas sus dimensiones. Respetar y valorar las diferencias nos permitirá construir un mundo más justo, que garantice la inclusión de todas las personas que integran nuestra comunidad.

### Referencias bibliográficas

Blanco, R. (1999). Hacia una escuela para todos y con todos. En el *Boletín N° 48 del Proyecto Principal de Educación*.

CONISMA. (2012). *Manual para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas en el ámbito escolar*. Recuperado en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001249cnt-2018\\_conisma\\_pautas-uso-inapropiado-de-diagnosticos-medicamento-ambito-escolar.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001249cnt-2018_conisma_pautas-uso-inapropiado-de-diagnosticos-medicamento-ambito-escolar.pdf)

Contandriopoulos. A-P. (2006). “Elementos para una “topografía” del concepto de salud”. En: *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, Vol. 11 N° 1. pp. 86-99.

Forum Infancias-Red Federal. (24 de junio de 2017). “¿Qué entendemos, desde FORUM INFANCIAS, por “patologización” y “medicalización”?” Recuperado en <https://www.facebook.com/ForumInfanciasRedFederal/posts/1325615357558277/>

*Ley Nacional de Educación N° 26.206. Boletín oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, 28 de diciembre de 2006.

Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. Recuperado en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Discapacidades*. Recuperado en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ed. Cinca.

Saforcada, E. (2010). *Acerca del concepto de salud comunitaria*. Recuperado en <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>

Velarde Lizama, V. “Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico” En *Models of Disability: a Historical Perspective. Revista Empresa y Humanismo*, Vol. 15, N° 1, 17 de septiembre de 2012, pp. 115-136. Recuperado en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/29153/1/REYH%2015-1-12Velarde%20Lizama.pdf>

### 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 del equipo de investigación Formación en Fonoaudiología Social y Comunitaria (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Ha escrito artículos para revistas científicas y diarios de difusión masiva. Es autora de los libros: El tiempo de ser niñas y niños y Cuentos desobedientes. Cuentos para cuidar las infancias.*

## De construcciones colectivas

### Cecilia Villarreal

*“Es la educación la única práctica que tiene la posibilidad de cambiar un cuerpo del lugar que tenía asignado, de desatar en alguien el nudo del destino con el que llega (...) Es, en definitiva, politizar la educación”.*

*Carina Rattero (2001)*

Cumpleaños número 35 de nuestra Licenciatura en Fonoaudiología. Cuántas transformaciones se han dado desde sus albores. Ser parte de esas transformaciones como ciudadana, estudiante, docente y desempeñando en la actualidad una actividad en gestión en un Instituto Universitario, otorgan a sentir un plus muy especial. Me agradaría en estos párrafos permitirme reflexionar muy brevemente entre nosotros sobre algunas dimensiones que, por ser yo arte y parte de las mismas en su esencia, se hacen invisibles, pero no por ello dejan de estar presentes.

En primer lugar, quisiera plantear alguna reflexión en torno al *sentido* de las acciones que se toman en las instituciones, espacios de lo común, el espacio de todos/as, el mío, el de otro/as, el nuestro, en definitiva, el compartido, para llevar adelante una misión, un propósito en particular. En esta línea, podemos decir que las acciones transformadas en actos son de tal trascendencia que, al ser acontecimientos tan singulares para una situación, irrumpen y otorgan un nuevo sentido dentro del mismo contexto, con salpicaduras a veces no previstas. Es entonces cuando podemos retomar palabras de Cornú en la expresión “educar: ese acto político”, porque esas decisiones están vinculadas a una política de sentido. Desde esta perspectiva, la formación de licenciados/as fue y es un acto político que devino de una decisión de política institucional con un sentido especial en la jerarquización de la carrera, que se hizo y hace visible y pone en tensión lo que sería un bien común para luego trabajar en sintonía con ello.

Al sostener que educar es un acto político respecto de lo educativo, todo es comprometido, pues sus formas de organización, los aspectos curriculares y de convivencia, intervienen y participan de las condiciones de lo posible en una sociedad. Y es esta sociedad la que, a través de sus representaciones sociales, espejos de la realidad, definirá los problemas políticos que requerirán de una determinada intervención. Politizar la educación: darnos la posibilidad de entamar, tejer, cruzar, crear, trazar, tramar junto a otros/as estrategias y propuestas que aporten al derecho a la educación, revalorizando la dimensión de lo estatal, dimensión de lo público en una sincronía de consensos, acuerdos, desacuerdos mediados por la palabra transitando los puentes entre lo real, lo ideal y lo posible. En este sentido, y adentrándonos en el lugar propio para pensar este acercamiento, se evidencia un posicionamiento que diariamente se construye desde las instituciones y que puede, en la práctica, contribuir o debilitar la perspectiva de este derecho, porque politizar la educación es crear el lugar de iguales para lxs estudiantes, iguales porque todos/as tienen un lugar de pares en una sociedad justa concibiendo la igualdad como punto de partida, en las ideas de Rancière (2003), lo que implica una postura sobre el hecho educativo muy emancipador. Porque, entendiendo la inclusión como una idea “políticamente correcta”, a veces la exclusión educativa también se relaciona con prácticas educativas excluyentes y aquí no se garantizan derechos. Porque la gestión curricular, la gestión institucional o el lugar que se ocupe dentro de las instituciones educativas, desde la perspectiva de la *justicia curricular*, supone entamar acciones que favorezcan el desarrollo de propuestas de enseñanza significativas para todos/as y de este modo garantizar aprendizajes, en definitiva, democratizar la enseñanza y por ende la educación desde la diversidad de propuestas en un universo de diferentes. Porque el modo en que se piense lo común se vincula a una manera de entender la educación, e incidirá en las estrategias de gestión que se desarrollen para favorecerla.

En segundo lugar, reflexionar es proponerse y planificar acciones articuladas en los territorios, entre diferentes niveles del Estado, entre Ministerios, para intercambiar y dar respuesta a diferentes problemáticas a través de una formación académica y profesional cercana y atravesada por esta perspectiva, porque estos posicionamientos se construyen o destruyen desde una política educativa, una política pública. Esto nos lleva a pensar una Universidad con una fuerte impronta social y de servicio con los diferentes niveles del sistema educativo, que potencia una acción situada, coordinando la constitución de equipos de gestión integrada que actúan, coordinando programas y proyectos pluriparticipativos e investigando las problemáticas educativas y de salud principalmente. Pensar la gestión educativa en una

institución pública es pensar en políticas públicas, porque es en ese espacio donde se constituye el modo de ver la educación.

La experiencia de trabajo durante una década en diferentes ámbitos del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe nos permitió dimensionar el valor de lo que son las políticas públicas para la educación, pues de ellas depende la accesibilidad o no a la educación de muchos/as estudiantes, y para que se concreten se hace necesaria la firmeza de convicción frente a diferentes propósitos, no desde una perspectiva técnica sino desde una mirada habilitante para promover acciones entre todas las partes intervinientes.

Aquí se presenta otro punto para detenernos y para ello retomo palabras de Blejmar (2018): “gestionar es hacer que las cosas sucedan”. Es, precisamente, crear las condiciones, los escenarios y trazar cartografía, proporcionar los instrumentos -en un amplio sentido- a los equipos de trabajo institucional para el logro colectivo de las metas de los actores de una comunidad educativa, para que éstas tomen cuerpo. Pasar de las ideas al acto es un descubrimiento maravilloso, pues es el campo en el que interactúan, se aproximan, discuten los/as involucrados/as, participando articuladamente con otros, redescubriendo el territorio de la creatividad, el conflicto y las tensiones pertinentes al ámbito de la gestión.

Para “hacer que suceda una propuesta” se precisa de la conformación de mesas de trabajo con todos/as, en un sentido amplio y más allá de los formatos de trabajo del conjunto. Sin la participación activa se debilita el carácter integral de la política y con ella el efecto de renovación a lograr. El trabajo conjunto no puede ser entendido como una decisión benevolente o de generosidad: es un acto de decisión política para hacer que las acciones del Estado sean más potentes y efectivas. Si la política es pública, es la consecuencia de una construcción social en permanente revisión con la intersectorialidad, lo comunitario y el Estado.

Trabajar desde este posicionamiento supone también repensar la necesidad del fortalecimiento de las redes, red que se constituye a partir de tejerla con lazos, dando lugar para esa constitución, al *oficio del lazo*, como lo expresa Frigerio (2017). Los oficios del lazo son oficios con otros, oficios de acompañar y ser acompañados y en este entramado hacer crecer la red. Las instituciones en general y las educativas en particular presentan en su cotidianeidad fracturas, escisiones, conflictos, situaciones de límite, de margen y es en ese intersticio donde surge la necesidad de pensar con otros, para acompañarnos en la denodada tarea de trabajar en tiempos donde la complejidad debe ser abordada desde múltiples lugares para poder responder a ese escenario que transformará la praxis institucional. Resulta imperante

fortalecer la red, ya que es en este espacio en el que se tejerán aquellas propuestas para dar respuestas, desafiando a otros modos de *hacerse* y así encontrar sentidos transformadores.

Formar fonoaudiólogos/os desde una mirada enfocada al compromiso social obliga a diseñar lo curricular desde un profundo análisis y reflexión en este sentido, y en ese camino estamos. Cumplir años nos lleva a mirar el trayecto vivido, a recorrer los avatares de las disrupciones de sentidos y a re encontrarlo revalorizar el trabajo con otros cuando se trata de gestionar acciones en el marco de políticas claramente definidas y, cuando no están tan explícitamente planificadas, prepararnos y trabajar para la formación de profesionales desde la humana condición, comprometidos con la sociedad en la cual nacieron.

La tarea se inició hace tiempo, quedan las próximas páginas, capítulos, libros, bibliotecas para continuarla.

### Referencias bibliográficas

- Rancière, J. (2003). *El maestro ignorante*. Barcelona: Ed. Laertes.
- Frigerio, G; Korinfeld, D y Rodríguez, C. (2017). *Trabajar en Instituciones, el Oficio del lazo*. Buenos Aires: Ediciones Noveduc.
- Blejmar, B. (2005). *Gestionar es hacer que las cosas sucedan. Competencias, actitudes y dispositivos para diseñar instituciones educativas*. Buenos Aires: Ediciones Noveduc.
- Frigerio, G. y Diker, G. (comps.). (2005). *Educación: ese acto político*. Buenos Aires: Editorial Del Estante.

### Datos de la autora

Cecilia Villarreal es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Doctoranda en Doctorado en Educación (FHYA, UNR). Es docente en la materia *Metodologías para la Eufonía, Escuela de Fonoaudiología*. Es profesora para la Enseñanza Primaria y directora en función Vice-directiva Titular en Escuela Primaria N° 60 de la ciudad de Rosario. Es Mediadora comunitaria Registro de Mediadores Comunitarios Defensoría del Pueblo de Santa Fe. Coordinadora Provincial de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (desde 2015 y continúa) (Decreto N°426- Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe). Coordinadora Jurisdiccional de los Centros de Actividades Infantiles y Fortalecimiento de Trayectorias (2012- 2015). Coordinadora del Equipo Central de la Capacitación a nivel provincial “Oficio de Maestro” (2011-2012). Coordinadora

*de la Capacitación a nivel provincial “Entre Directores” dependiente del Ministerio de Educación de la Nación (2010-2011). Integrante del Equipo organizador y de la implementación de los talleres del “Programa de Promoción y Prevención en la salud vocal”, en el marco del convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Rosario y el Ministerio de Educación de Santa Fe durante junio- octubre de 2015. Integrante del equipo organizador de las charlas de Prevención en los Institutos Superior de Profesorado de Rosario pertenecientes al Ministerio de Educación de Santa Fe, en el marco del “Día Mundial de la Voz” (abril 2018).*

## PARTE VIII

### **La fonoaudiología en el contexto de la investigación científica**

*«Soy de las que piensan que la ciencia tiene una gran belleza. Un científico en su laboratorio no es sólo un técnico: es también un niño colocado ante fenómenos naturales que le impresionan como un cuento de hadas.»*

**Marie Curie**







## **Fonoaudiología y docencia universitaria: las representaciones sociales de los/as estudiantes sobre el futuro campo profesional**

**Fabiola Capúa**

**A**l recibir la invitación a participar del libro por los 35 años de la Licenciatura en Fonoaudiología, pensé de qué manera podría ofrecer un contenido que no sólo reflejara la larga historia académica en la institución sino también, y fundamentalmente, que constituyera un posible aporte para una mirada futura. Fue entonces que decidí contar parte de dos producciones que conforman experiencias concretas y vitales en lo personal: una Tesina para acceder al título de Licenciada en Fonoaudiología y una Tesis de Maestría en Educación Universitaria. Ambas se complementan; en realidad, la segunda amplía y enriquece la primera. El desarrollo de este nuevo texto lo realizaré en plural, pues en la elaboración de ambas han intervenido profesionales como la Dra. Marta Abonicio, la Dra. Gloria Bereciartúa y la Dra. Alicia Caporossi, a quienes menciono con gran afecto, admiración y agradezco, nuevamente, su compañía.

En la primera investigación que realizamos, indagamos acerca de las representaciones sociales que tenían los estudiantes de quinto año de la Licenciatura en Fonoaudiología sobre el futuro campo profesional. Sus objetivos fueron conocer las expectativas de inserción laboral y el compromiso con la sociedad al ejercer su profesión. En dicha Tesina, optamos por realizar un trabajo de campo participativo con los sujetos de estudio que nos permitió, en ese momento, ampliar los supuestos iniciales. Los resultados nos indicaron una falta de orientación en algunos estudiantes respecto a su futuro campo laboral e inclusión en el mercado de trabajo, la ruptura entre el universo propuesto en los ámbitos universitarios y el contexto de relación cotidiana de los jóvenes, la dificultad de inserción laboral y, en algunos casos, el escaso reconocimiento social y económico que los estudiantes sentían que tenían los profesionales fonoaudiólogos.

Dadas las conclusiones obtenidas, en el marco de la Maestría en

Educación Universitaria nos enfocamos en indagar si estas representaciones halladas en la investigación anterior con estudiantes de Fonoaudiología estaban presentes en estudiantes de las carreras de Enfermería y Medicina que, junto con Fonoaudiología, integran la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), e incorporamos, también a los estudiantes de la Facultad de Odontología, por estar realizando la autora en ese momento actividades en dicha institución. Cabe aclarar que incluimos, nuevamente, a los estudiantes de Fonoaudiología, dado que desde la primera investigación había transcurrido una década.

Fue así que, para esta nueva instancia de investigación, elegimos dentro de las disciplinas del campo de la salud mencionadas investigar las representaciones sociales acerca del futuro campo profesional en estudiantes próximos a egresar de las carreras de Medicina, Fonoaudiología, Enfermería y Odontología. En este sentido, nuestra intención fue dar relevancia a las voces de los sujetos implicados, formadas por saberes técnicos y representaciones sociales que expresan imaginarios, necesidades, perspectivas cuya génesis nos habla desde sus biografías personales hasta los atravesamientos institucionales, valores y normas del contexto.

Partimos desde la concepción que la práctica profesional está motivada por el análisis y la reflexión, la comunicación, la crítica, la tolerancia y la creatividad, interpretando que las voces de los estudiantes aluden a que esas prácticas tienen que potenciarse para leer críticamente la realidad y proponer transformaciones contextualizadas, para dar respuestas a los problemas que se presentan en las destrezas profesionales.

El cambio social es un fenómeno que afecta las circunstancias o modos de vida, se relaciona con un proceso que está vinculado, a su vez, con una multiplicidad de factores (elementos que producen cambios), de condiciones (elementos que favorecen o no, activan o frenan, alimentan o retrasan la influencia de un factor de cambio) y de agentes (actores sociales cuya acción está animada por objetivos, intereses, valores e ideologías) que promueven la transformación, contribuyen a mantener el estado de cosas o provocan la involución (Rocher, 1980).

En su confección, nos apoyamos sobre el ambiente cultural compartido por los estudiantes y el investigador, enfocando nuestro interés en la posibilidad de comprender las representaciones sociales sobre el futuro campo profesional de los próximos egresados en nuestro contexto académico y la vinculación con la comunidad a la cual le brindarán sus servicios, dentro de la dinámica de las representaciones. Estas representaciones expresaron la forma en que los estudiantes proyectan identidades, pertenencia y construcción de un futuro campo profesional.

El eje conductor de ambas investigaciones ha sido nuestra constante preocupación por la percepción que manifestaron en nuestro primer trabajo las estudiantes de quinto año de la Licenciatura en Fonoaudiología de falta de jerarquización de la carrera. Los datos obtenidos nos permitieron conocer las representaciones que tenían los estudiantes próximos a graduarse sobre posibles dificultades a la hora de insertarse laboralmente, las que se fueron elaborando en un contexto sociocultural determinado que las indujo o favoreció y, fundamental y sorpresivamente, pusieron en descubierto el cambio favorable de percepción en las estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología.

Desde los primeros momentos, el posicionarnos desde las representaciones sociales, a través de los discursos de los estudiantes nos obligó a una constante búsqueda y confrontación. Nos enfrentamos, tanto desde las interpretaciones que elaboramos como del abordaje metodológico, a la diversidad, al entramado de representaciones similares o contrapuestas compartidas por los informantes. Fundamentalmente, este recorrido nos obligó, también, a reconocernos como sujetos en construcción y a aceptar que el trabajo de investigación se encuentra expresado por nuestra historia y por la carga de subjetividad que nos conforma y no sólo por intereses puramente científicos o académicos. Lo que leímos en las respuestas, lo que escuchamos en los talleres que realizamos, en contraste con aquello que nos pasa desapercibido, estuvo permeado por nuestra historia y por las nociones teóricas que nos preceden, así como las que nos acompañaban en ese momento. Desde esta última idea, es posible entender que la interpretación que realizan diferentes sujetos ante un mismo suceso adquiere para cada investigador una explicación diferente.

Las respuestas obtenidas se constituyeron en una puesta en texto de los deseos, las expectativas, las dudas, los temores, los miedos de los estudiantes participantes, y nos permitieron conocer aspectos que pueden resultar relevantes de la formación universitaria ya que no las consideramos simples reproducciones, sino construcciones con elementos de autonomía, tanto individual como colectiva, conformadas mediante la relación con los otros. El análisis de los discursos de los estudiantes nos mostró cómo lo externo se convierte en lo interno para, a su vez, observar de nuevo lo externo, lo imaginario, no como opuesto a lo real, sino en su capacidad de determinar lo real. Es por ello que concebimos que nuestras ideas, nuestras representaciones dan forma a las instituciones y sus circunstancias dependen de nuestros comportamientos.

Finalmente, quisimos interpretar, a través del acto comunicativo, la internalización de valores, normas, expectativas, intereses, formas de vida y de acción, preformados socialmente, asumidos acríticamente e inconscientemente en los procesos de formación profesional y en su ejercicio. En síntesis,

quisimos entender en forma flexible y creativa, sin negar nuestra propia subjetividad, las representaciones acerca del futuro campo profesional de los estudiantes involucrados. Partimos de reconocer que, en toda práctica vital, tal el caso de medicina, odontología, fonoaudiología y enfermería, se entrelazan el mundo físico-material, el mundo simbólico y el mundo social, tres dimensiones del mundo de la vida, así denominado por Lambda (1993), que podemos reconocer en estas profesiones y que hacen a la identidad de una profesión sobre la base de la constitución de un status de científicidad y pertenencia social.

Podemos sintetizar los presupuestos hasta aquí considerados que tienen su razón de ser en el hecho de que la mirada se ubica no sobre el mundo objetivo sino en el contexto del *mundo de la vida* (Vasilachis de Gialdino, 1992) y tiene una relación de copresencia con el mundo objetivo. De esta manera, el método para conocer ese mundo de la vida no puede ser la observación exterior de los fenómenos sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida por medio de la participación en ellas, a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas.

En el recorrido académico para la obtención de un título incide en el estudiante, del conjunto de factores psicoeducativos, los motivacionales, relacionales y afectivos como los que más influyen en la disposición o interés para alcanzarlo, así como en su futuro ejercicio. Si bien las universidades tienen como principal objetivo transmitir conocimientos e informaciones, a la vez orientan en la interpretación de las mismas al dotarlas de un contenido ideológico o moral que permite un posicionamiento personal, una actitud ante la realidad o lo que percibimos como realidad. Esto es, dimensión que permite a alguien significar lo que se es, tanto en lo social como en lo personal. En otras palabras, este proceso de institucionalización no sólo confiere un nombre a los sujetos, sino que les impone un lugar.

Para finalizar, nuestra intención fue la de interpretar diferentes aspectos que intervienen en la compleja inserción laboral de los futuros profesionales, en vistas de propiciar un debate entre quienes compartimos el interés sobre las formas en que los estudiantes, próximos a graduarse, representan su quehacer profesional y su relación con la comunidad, como así también, que sus resultados constituyan un aporte para quienes estamos comprometidos en la formación de recursos humanos y para la discusión de futuros cambios curriculares.

Consideramos que un análisis de las representaciones resultantes del interjuego institución-docente-conocimiento-estudiante permitiría dar respuestas en beneficio de la educación superior, en este sentido, concebiríamos a el proceso pedagógico como actualizador y productor de representaciones sociales. En

nuestro estudio, la interpretación de las representaciones de cuatro grupos de estudiantes próximos a graduarse situados en un contexto concreto y conectados por la comunicación que se establece entre ellos, compartiendo códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas, en cuanto a la profesión elegida, nos reveló “*convergencias entre las demandas y el modelo deseado*” fundamentalmente cuando las respuestas evidenciaban un sentimiento superador frente a las contrariedades que las circunstancias generan en la futura vida profesional.

Gran parte de los problemas expuestos por los estudiantes permanecen inmersos en complejas redes interpersonales e institucionales, muchos de ellos suponen conflictos de valores, otros se derivan del contexto o situación (factores culturales, grupos de poder), de la organización del trabajo (conflicto de funciones, competitividad, insatisfacción), de la contribución que el propio sujeto crea. En esta contingencia, aparece un reclamo de los estudiantes en cuanto a lo formativo y disciplinario, señalando la necesidad de revisión y actualización cognitiva, metodológica, técnico e instrumental, incluyendo valores como la responsabilidad y la ética para afrontar el futuro desempeño profesional. En definitiva, los estudiantes proponen mantener una revisión constante de los programas formativos para poder propiciar las competencias que garanticen la práctica profesional. Solicitan una atención especial al desarrollo y potenciación de las habilidades cognitivas y autónomas en el impulso de herramientas de carácter práctico que les faciliten la articulación con los conocimientos teóricos. Además, señalan que realizar revisiones bibliográficas durante la formación académica representará una oportunidad para mejorar la actualización de temáticas específicas, o de los contenidos del programa de estudio. Los estudiantes destacan la importancia de considerar la trascendencia de los factores motivacionales y afectivos en la interacción continua entre ellos y el docente en la formación académica, considerada como práctica social e intersubjetiva, en tanto pertenecientes a un determinado claustro académico.

En síntesis, consideramos que el análisis de las representaciones de los estudiantes próximos a graduarse es enriquecedor para debatir la complejidad de las prácticas profesionales y la conflictividad acerca de su inserción laboral y de su relación con la comunidad en la que se desenvolverán como profesionales. Conllevan a comprender la práctica profesional en un contexto histórico social que implica un trabajo de construcción de humanidad que, además, constituye un insumo para revisar los diseños curriculares de los planes de estudio.

Al implicarnos en la descripción, en el análisis y la interpretación de los discursos de los estudiantes visibilizamos una historia acerca del vuelo

de los gansos. Los gansos vuelan formando una V porque cada pájaro, al batir sus alas, produce un movimiento en el aire que ayuda al ganso que va detrás de él. Volando en V, todo el grupo aumenta por lo menos en un setenta por ciento su poder de vuelo, comparado al vuelo de un solo pájaro. Esta forma de volar no sólo facilita el vuelo individual, sino que ayuda al vuelo colectivo. Acompañar el vuelo de los estudiantes mejora la calidad de los aprendizajes de las prácticas profesionales.

### Referencias bibliográficas

Capria, P (2007). Representación Social que tienen los estudiantes de 5° año de la Licenciatura en Fonoaudiología sobre el futuro campo profesional en una Universidad pública. Tesina para acceder al Título de Licenciada en Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología. UNR.

Capria, P (2017). Representaciones Sociales que tienen los estudiantes próximos a egresar de la Facultad de Ciencias Médicas y Facultad de Odontología (UNR) acerca del futuro campo profesional. Tesis para acceder al Título de Magister en Educación Universitaria. Facultad de Humanidades y Artes. UNR.

LAMBDA (Círculo de Investigación y Proyección en Fonoaudiología) (1993). Mesa de Trabajo: Profesión y cultura. Ponencia: “Construcción de Identidad Profesional o Reconstrucción de las prácticas vitales del Fonoaudiólogo. ¿Cuál es el reto?” En Actas del Primer Encuentro Iberoamericano de Fonoaudiología. Cali, Colombia.

Rocher, G. (1980). Introducción a la sociología general. Barcelona: Herder.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Tesis N° 5. pág. 46.

Zabalza, M (2006). Competencias docentes del profesorado universitario: Calidad y desarrollo profesional. (2ª ed.) Madrid: Narcea.

### Datos de la autora

*Patricia Fabiola Capria es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR) y Magister en Educación Universitaria. Es Profesora Titular de la cátedra Introducción a la Fonoaudiología y Directora del Proyecto de investigación (1Med 449): Estudiantes de Ciencias de la salud, su mirada hacia la Fonoaudiología de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR).*

## Fonoaudiología en escenarios alternativos

### Jimena Muratore

**L**a Licenciatura en Fonoaudiología celebra 35 años al tiempo que la Facultad de Ciencias Médicas cumple cien. Gran motivo para visibilizar, mediante la edición de un libro, las múltiples y variadas prácticas propias de nuestra disciplina, así como la evolución que a lo largo del tiempo las mismas han experimentado. El objetivo de este trabajo será entonces, reconstruir mi experiencia como Licenciada en Fonoaudiología y reciente becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y, simultáneamente, brindar una especie de guía para aquellas y aquellos profesionales de la disciplina interesados en dedicarse formalmente a la investigación. Nobleza obliga a hacer explícito que se trata de una propuesta meramente orientativa y no constituye en modo alguno una normativa de validez institucional. Lo que se ofrecerá aquí no será una receta sino un recorrido posible.

### ¿De dónde venimos?

La ubicación en el tiempo y el espacio es un recurso que resulta siempre aleccionador. Conocer de dónde venimos sirve para entender mejor dónde estamos y hacia dónde vamos; algo que, de otro modo, podría pensarse como recién inventado o ajeno a cualquier contextualización. Abordar la genealogía de la fonoaudiología excede el objetivo del presente trabajo. Sin embargo, recuperar los referentes históricos y biográficos es un ejercicio necesario para quienes nos encontramos esbozando los contornos de la investigación en nuestra profesión.

“La Fonoaudiología es una disciplina relativamente joven. Su proceso de profesionalización puede ser rastreado en la historia de sus instituciones, tanto en el ámbito académico como profesional” (Villarreal, 2001, p. 2). Se distinguen en la historia de la fonoaudiología la progresiva desvinculación de la especialidad madre (ORL), las conquistas en los alcances del título, las

adaptaciones curriculares, los cambios en el perfil profesional, las normas de ejercicio legal y la creación de los colegios, así como la organización de asociaciones con objetivos gremiales y científicos. En el año 1985, se produjo un suceso que hoy nos convoca particularmente: en la Universidad Nacional de Rosario se creó la Licenciatura en Fonoaudiología. Su Plan Curricular amplió los conocimientos de formación específica y desarrolla la práctica clínica por áreas, con actividades preventivas y de extensión. Pero a los fines del presente trabajo hay una conquista que reúne especial interés: se incorporaron conocimientos de metodologías de la investigación y la investigación se constituye como uno de los ejes fundamentales alrededor de los cuales gira el nuevo Plan de Estudios.

Versa el Plan de Estudios:

Surge así el propósito de formar un profesional que desde el *campo de la investigación* genere conocimientos para producir cambios a la luz de la renovación de las cuestiones teóricas encaradas que como fin estará dirigido a preservar, mantener y recuperar la salud del hombre. En síntesis, un profesional de la Fonoaudiología con las aptitudes y actitudes requeridas para realizar un abordaje integral de la comunicación humana y sus perturbaciones y para abocarse a la *investigación científica* desde el campo propio de la disciplina (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR, 1990, p. 1).

### **Ud. está aquí**

En esta instancia “filogenética” de la fonoaudiología surge una nueva pregunta: ¿cómo abocarse a la investigación científica? Durante el recorrido de la Licenciatura, las y los estudiantes se enfrentan a una primera instancia formal de investigación: la tesina. Una vez egresadas y egresados, el ámbito clínico aparece como el escenario de ejercicio profesional más frecuente. Sin embargo, no es el único posible. “Ontogenéticamente”, la inquietud por la investigación en mi experiencia particular surgió a partir de una jornada de iniciación en la investigación, invitación que me llegó en el marco de mi participación como adscripta a la docencia universitaria. Si cabe desde este lugar alguna sugerencia, para quienes se encuentren interesados en dedicarse a la investigación, participar en la vida universitaria sería la primera. La universidad es un ámbito propicio para dar curso a lo que considero la materia prima de las y los investigadores: la curiosidad. En palabras de Paulo Freire (2014): “la curiosidad es, junto con la conciencia del inacabamiento, el motor esencial del conocimiento” (p. 29). A su vez, la plena conciencia de

lo finito de nuestro saber es una cuestión no menor con la que quienes nos dedicamos a investigar tenemos que aprender a convivir.

Paralelamente, hay otro elemento que reconozco como esencial: la perseverancia y, con ella, la tolerancia a la frustración. Entre aquella jornada de iniciación en la investigación realizada en 2016 y la obtención de la beca doctoral pasaron casi cuatro años, y con ellos cuatro negativas de parte de diferentes investigadores a quienes consulté como posibles directores de mi proyecto doctoral. Estas negativas, que originalmente percibí como fracasos, no fueron más que instancias naturales del proceso que hoy me permiten contar con una directora afín a mi disciplina y un lugar de trabajo propicio para el desarrollo de mi doctorado.

Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de doctorado? ¿Hay otras instancias de posgrado posibles? Cortassa y Neffa (2018), siguiendo a Dei (2000), distinguen la especialización, la maestría y el doctorado. En una especialización el estudiante deberá demostrar capacidad de integración de los conocimientos adquiridos mediante la aplicación de instrumentos metodológicos probados en un asunto o tópico específico vinculado con el tema de la especialización realizada. La maestría exige que el maestrando aplique, profundice y en lo posible amplíe los conocimientos propios del área de la maestría, plantee un problema teórico o práctico con creatividad, y sepa responder a ese problema con un diseño de investigación apropiado y consolidado por los paradigmas vigentes en el campo de referencia. El doctorado reúne todos los requisitos formales de una investigación científica en el área disciplinar. Debe contribuir a enriquecer significativamente el saber en el campo y demostrar independencia de los autores en relación con los paradigmas en uso, tanto teóricos como metodológicos.

Entonces, ¿qué es una beca doctoral? CONICET, a través del *Reglamento de becas de investigación científica y tecnológica* (2020) explica:

Se denomina Becas de Investigación Científica y Tecnológica a los estipendios que, a título de promoción y sin implicar relación de dependencia actual o futura, el CONICET otorga para posibilitar la formación doctoral o permitir la realización de trabajos de investigación posdoctoral (p. 4).

Se reconocen diferentes tipos de becas: becas doctorales, de finalización de doctorado y posdoctorales. A los fines del presente trabajo el foco estará puesto en las becas internas doctorales, y el desarrollo del proceso ha sido elaborado en base a la información publicada en la página web de CONICET, específicamente en el *Programa de becas doctorales*, así como

en el *Reglamento de becas de investigación científica y tecnológica*. A continuación, se incluyen los puntos que a mi juicio son cruciales al momento de pensar en una postulación, pero eso no exime a la posible candidata o candidato de la responsabilidad de leer la totalidad de los documentos.

Año tras año, CONICET abre un concurso de becas. En la actualidad, las becas internas doctorales tienen una duración de sesenta meses no renovables. La postulación a esta categoría de beca no presenta requisito de límite de edad. El usufructo de una beca no implica relación de dependencia actual o futura con CONICET, así como tampoco contempla aportes jubilatorios para los beneficiarios. Con respecto a la actividad docente compatible, CONICET explicita las dedicaciones y remuneraciones máximas admitidas. En cuanto a las condiciones para postular, se aceptan solicitudes de postulantes no graduados que adeuden un máximo de ocho materias de la carrera de grado al momento de realizar la solicitud de beca. Se consideran materias aprobadas sólo a aquellas que figuren así en el certificado analítico o en la historia académica emitida por el Sistema de Información Universitaria (SIU GUARANÍ). La tesina de grado o proyecto final debe considerarse como una materia más. Los doctorados propuestos a realizar durante la beca deberán estar acreditados o presentados para su acreditación ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Con respecto a los requisitos a cumplir en cuanto a la dirección, las y los directores propuestos podrán revistar en cualquiera de las categorías de investigadoras e investigadores del CONICET. En el caso de quienes revisten en la categoría Asistente podrán actuar como directoras y directores (o codirectoras y codirectores) en la medida en que cuenten con el aval de sus directoras o directores y tengan evaluados y aprobados al menos dos informes reglamentarios al momento de presentar la solicitud de beca. La presentación de la solicitud de beca se realiza de manera electrónica a través del Sistema Integral de Gestión y Evaluación (SIGEVA). “El SIGEVA es un conjunto de aplicaciones informáticas a las que se puede acceder de forma segura a través de una plataforma web (INTRANET). Se trata de un sistema de gestión de procesos de índole administrativa y académica” (CONICET, 2020).

Una vez comprendido el proceso de postulación una nueva pregunta aparece: ¿cuáles son los criterios de evaluación? Se evaluará los antecedentes de la o del solicitante (promedio de calificaciones y antecedentes de investigación y docencia), la directora o director, la codirectora o codirector y el lugar de trabajo, así como el plan de trabajo. Pero ¿cómo buscar una posible directora o un director y un lugar de trabajo? Personalmente creo que el buscador de la página de CONICET puede ayudar mucho en esa tarea. La página ofrece una búsqueda avanzada de recursos humanos, así como

de lugares de trabajo y dependencias. Una alternativa de búsqueda posible es colocar palabras claves vinculadas a nuestra profesión e ir ingresando a cada uno de los resultados que la página arroja. Si se trata de recursos humanos, consultar sus títulos, disciplinas, campos de acción, especialidades y temas hasta encontrar investigadores afines. Otra alternativa es dirigirse a la solapa izquierda, de artículos, y rastrear los perfiles de los investigadores que comparten la autoría de los trabajos publicados. En la solapa de cada investigador o becario se puede observar una mensajería mediante la cual es posible intentar un contacto.

### **¿Hacia dónde vamos?**

El escenario global actual plantea desafíos de enorme magnitud. En este sentido, la ciencia, la tecnología y la innovación constituyen factores indispensables para el desarrollo económico y social de un país e impactan de manera sustantiva en la forma en que nos insertamos en el mundo. En esta misma línea, la búsqueda del desarrollo de los países está estrechamente vinculada a su capacidad para fortalecer su sistema científico – tecnológico y ello, a su vez, depende del rol que asuma el Estado para generar dichas capacidades (Villegas, 2020).

“En Argentina, a lo largo de la historia, el CONICET se ha establecido como organismo principal, siendo su función primordial la formación e inserción de investigadores” (Niembro, 2020, p. 1). A través del Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, titulado Argentina Innovadora 2020, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCYT) ha planteado dos estrategias principales: el desarrollo institucional, que contempla el fortalecimiento de la base de ciencia y tecnología, así como la articulación y coordinación de actores del sector, y la focalización, en donde se hace hincapié en la reorientación de tecnologías de propósito general y un fuerte énfasis en lo territorial. (Szpeiner & Jeppesen, 2016).

En el Plan Argentina Innovadora 2020, la idea de Sistema Nacional de Innovación implica atender la capacidad de articulación entre sus componentes principales (universidades, centros públicos de I+D -investigación y desarrollo-, empresas, entes gubernamentales generadores y/o ejecutores de políticas públicas, entre otros) para el logro e instrumentación de los objetivos que se proponen los ejercicios de planificación (Villegas, 2020).

En síntesis, “las capacidades de planificación y evaluación de políticas contribuyen a la construcción de una sociedad del conocimiento” (Szpeiner & Jeppesen, 2016, p. 48). Como actores principales de nuestra disciplina, tenemos la posibilidad de contribuir activamente en mejorar la articulación entre la

investigación y la educación superior. Dependerá de nosotras y nosotros ser espectadores o agentes activos en la construcción de nuestros saberes.

### Referencias bibliográficas

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). *SIGEVA*. Recuperado el 01 de octubre de 2020, de: <https://evaluacion.conicet.gov.ar/sigeva/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). *Programa de becas doctorales*. Recuperado el 01 de octubre de 2020, de: <https://convocatorias.conicet.gov.ar/becas/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). *Reglamento de becas de investigación científica y tecnológica*. Recuperado el 01 de octubre de 2020, de: <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RESOL-2018-977-IF-2018-23434908-APN-GRHCONICET.pdf>

Cortassa, C. & Neffa, G. (2018). “Introducción a la formulación de proyectos de investigación en ciencias sociales y humanidades”. Curso Centro REDES, Unidad asociada a CONICET, Buenos Aires, Argentina.

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. (1990). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Fonoaudiología*.

Freire, P. (2014). *El grito manso* Buenos Aires: Siglo XXI.

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. *Plan Argentina Innovadora 2020*. Recuperado el 01 de octubre de 2020, de: <https://www.argentina.gob.ar/ciencia/argentina-innovadora-2030/plan-argentina-innovadora-2020>

Niembro, A. (2020). “¿Federalización de la ciencia y tecnología en Argentina? La carrera del investigador de CONICET (2010-2019)”. En *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 31(60), 01-33.

Szpeiner, A., & Jeppesen, C. V. (2016). “Sociedad del conocimiento y política científica-tecnológica: Argentina mirando al 2020”. En *Revista Argentina de Educación Superior*, 8(12), 34-52.

Villarreal, S. (2001). *Historia de la Fonoaudiología en la UNR*. Módulo I. Cátedra Introducción a la Fonoaudiología. Escuela de Fonoaudiología. Centro Editor Facultad de Ciencias Médicas.

Villegas, M. (2020). *Procesos de planificación en CTI: el Plan Argentina Innovadora 2020 y sus principales instrumentos: FONARSEC y Becas para Temáticas Estratégicas*. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

### Datos de la autora

*Jimena Muratore es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Actualmente se encuentra iniciando el Doctorado en Ciencias de la Salud de la FCM, UNC. Es Becaria doctoral de CONICET. Ayudante de primera simple en la cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto (Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Adscripta en la cátedra Seminario de Audiología y Laberintología (FCM, UNC).*

**PARTE IX**

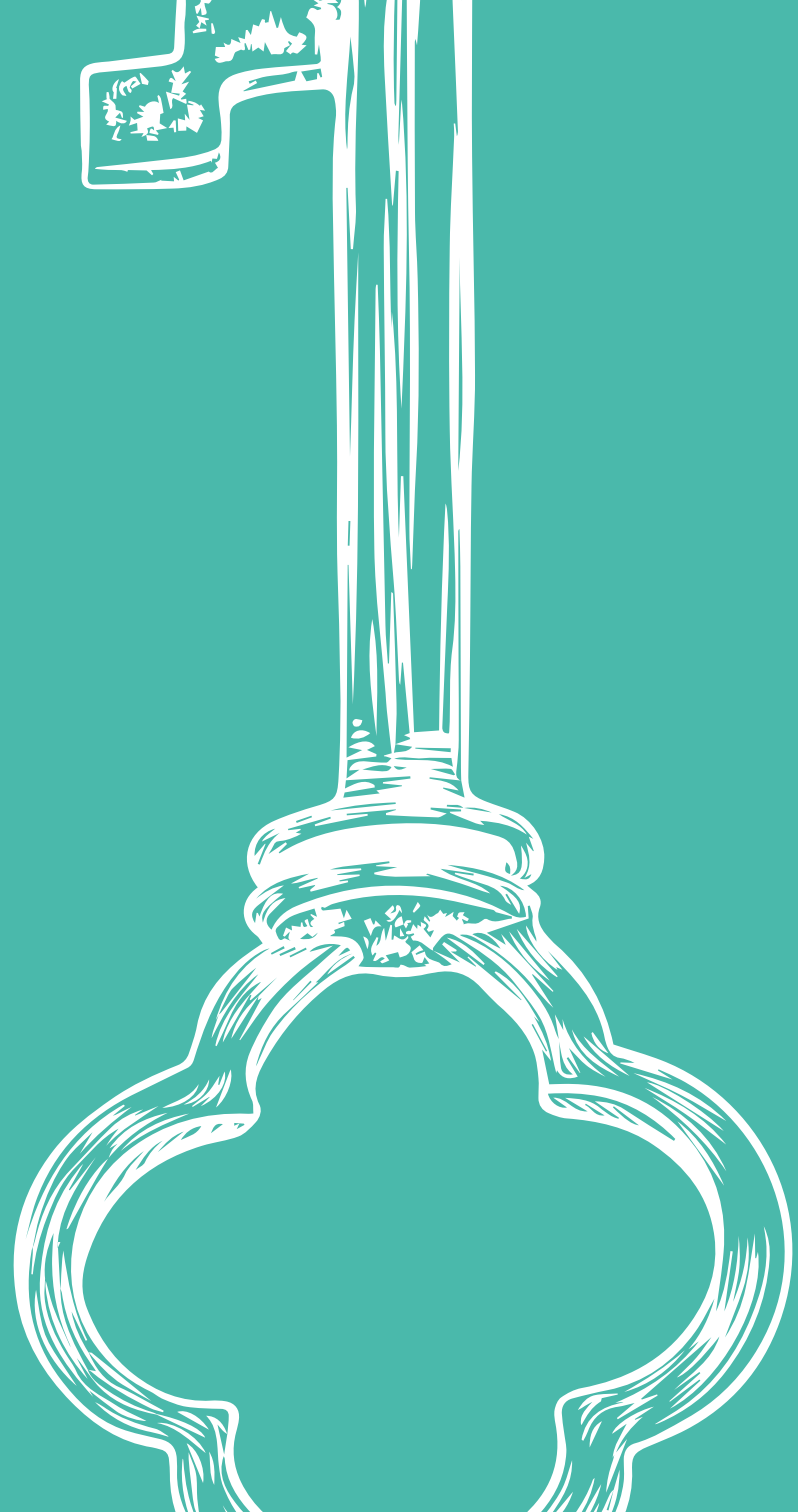
**La construcción del conocimiento  
en la formación académica**



*«La educación verdadera es praxis, reflexión y acción de los seres humanos sobre el mundo para transformarlo.»*

**Paulo Freire**





## La importancia de las prácticas preprofesionales en la formación de los/as futuros/as fonoaudiólogos/as

**María Fernanda Saracco**

*“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.*

*Carl Gustav Jung*

**L**a fonoaudiología, con el transcurso de la historia, ha ido cambiando su perfil de inserción laboral, ampliando habilidades, conocimientos tecnológicos y formas de expresión. Su campo de acción es muy amplio, ya que asiste a pacientes a lo largo de todo su ciclo vital, siendo su eje salud-enfermedad. El objeto de estudio de dicha disciplina son el lenguaje y la comunicación. El fonoaudiólogo actúa tanto en promoción y prevención de la salud como en lo asistencial e investigación.

El concepto de salud fonoaudiológica comprende el equilibrio y armonía en la comunicación en lo individual y socio-cultural, entendiendo a la misma como un estado pleno de bienestar biopsicofísico. Debemos tener en cuenta que ciertos hechos en la vida de las personas pueden determinar problemáticas de interés fonoaudiológico.

Podemos decir que

(...) la fonoaudiología tiene la posibilidad de desarrollarse en un campo más vasto que incluya lo social, donde los fonoaudiólogos/as puedan interactuar con el otro, en una relación asimétrica pero activa para resolver el problema e incorporar su lenguaje-praxis a las acciones cotidianas. Construir entre todos un modelo de Fonoaudiología Social abierto que sepa contener las diferencias y potencialice las coincidencias en pro de un amplio abanico de líneas de acciones posibles, es un gran desafío desde los distintos lugares del quehacer fonoaudiológico, en y junto a la comunidad (Fabiani, 1995).

Además de tener en cuenta el contexto social y el perfil de inserción laboral del profesional fonoaudiólogo que fue cambiando a lo largo de la historia, es importante reflexionar sobre el devenir de nuestra profesión, sobre quienes comenzaron como auxiliares en los distintos efectores de salud y por sus vivencias recorridas por ese andar en el camino comenzaron a formar una disciplina más sólida, retomando las palabras de la Licenciada en Fonoaudiología Silvina Serra (2007), con respecto a la fonoaudiología; “para comprenderla hay que tener en cuenta de quiénes surge (...) somos producto de la historia, de lo que hizo ser lo que somos.”

En febrero de cada año lectivo las docentes de la cátedra de Taller III comienzan a trabajar con los distintos efectores de salud pública municipales, provinciales, geriátricos, hogares y centros de educación (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos) de la ciudad de Rosario, sus alrededores y otras provincias. En dichos efectores, el servicio de fonoaudiología se encuentra a cargo de un profesional idóneo.

Realizar las prácticas pre-profesionales correspondientes a la asignatura Taller III en un effector de salud pública implica tener contacto con diferentes realidades, con otros contextos socioculturales, donde el profesional de la salud en atención primaria asume el papel de coordinador de un equipo y comparte la responsabilidad de la salud de la población en su área de acción. En la disciplina fonoaudiológica, el rol del profesional ha saltado vallas epistemológicas para realizar un trabajo integrador y superador en equipos interdisciplinarios.

La importancia de las prácticas pre-profesionales reside en darle al estudiante del quinto año de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología la posibilidad de hacer uso de todos los conocimientos teóricos, que sostienen nuestro quehacer profesional, en el encuentro profesional-paciente-alumno, incluyendo las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Introducir al estudiante en el ejercicio profesional integral de la práctica clínica, como así también en las prácticas sociales, ayuda a mejorar la calidad de vida de la comunidad, respetando en todo momento los modos de ser e ideologías de la comunidad. La experiencia práctica esencial del aprendizaje, relacionada con la fonoaudiología en terreno, involucra la preparación del alumno/a como recurso competente para hacer frente a la enfermedad instalada, como así también a acciones tendientes a producir cambios en pos de la salud fonoaudiológica.

Estas prácticas constituyen una primera toma de contacto con pacientes y familiares, con el entorno hospitalario y sanitario, de allí la importancia de que los/as estudiantes pasantes se capaciten para ver al sujeto de una manera integral, haciendo uso de la empatía además de la idoneidad, ya que el paciente y su familia recurren a la consulta con la esperanza de que

el profesional, junto con el alumno/a pasante, les brinden apoyo para su mejoría. Es importante ser objetivo a la hora de comenzar el proceso de evaluación diagnóstica y el tratamiento propiamente dicho. Las prácticas dan lugar a nuevas estrategias de trabajo para que los estudiantes adquieran experiencia en su praxis, creciendo tanto a nivel profesional como personal y pudiendo, además, perfeccionar sus conocimientos y capacidades, sabiendo que son hábiles en un saber.

Los/as estudiantes, en una carrera del área de la salud, se van a encontrar con una diversidad de casos con diferentes patologías y van a necesitar pensar, analizar y actuar de distintas formas acordes a cada una de ellas. La palabra educar, del latín *educere*, significa guiar o conducir en el conocimiento; en otras palabras, es ayudar al estudiante en el comienzo de sus prácticas pre-profesionales a que tome un papel activo al servicio de la comunidad y responda a las necesidades que se plateen en los niveles de Atención Primaria de Salud. Hago mías, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, las palabras de Paulo Freire (2005) “la educación se rehace constantemente en la praxis. Para *ser*, tiene que estar *siendo*”.

Ser docente es un ejercicio de responsabilidad que parte del deseo de enseñar y aprender, de inculcar la investigación y supervisar en todo momento desde lo pedagógico para que los estudiantes puedan evacuar sus dudas y fortalecer sus aprendizajes. Dicha supervisión pedagógica se organiza de manera de taller, de ahí el nombre de la asignatura, Taller III, siendo una *metodología* de trabajo que se caracteriza por la *investigación*, el *aprendizaje por descubrimiento* y el *trabajo en equipo*, siendo además una modalidad de *enseñanza-aprendizaje* caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, que sirven de base para que los/as alumnos/as realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente, y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica pre-profesional.

El curso-taller presenta un ambiente apto para el vínculo entre la conceptualización y la implementación, en donde el docente permite la autonomía de los/as estudiantes bajo una continua supervisión y oportuna retroalimentación. Ellos/as son los protagonistas y los/as docentes solo acompañamos este andar en el camino de la práctica pre-profesional, integrando todos los saberes y fortaleciendo el vínculo docente-estudiante-paciente.

Retomando las palabras de Paulo Freire (2006),

(...) no es sólo interesante sino profundamente importante que los estudiantes perciban las diferencias de comprensión de los hechos, las posiciones a veces antagónicas entre profesores en la apreciación de los problemas y en la formulación de las soluciones. Pero es fundamental

que perciban el respeto y la lealtad con que un profesor analiza y critica las posturas de los otros.

Un punto fundamental en la pedagogía profesional es la ética. El/la estudiante debe ser consciente de sus deberes como futuro profesional de la fonoaudiología y desarrollarlos con responsabilidad y altruismo transformando la profesión en un servicio. Los/as profesionales, en este caso futuros/as profesionales, deben ser personas íntegras, capaces de cubrir las necesidades del paciente. Los principios éticos de los/as profesionales de la salud son principalmente respetar al paciente, que busca en nosotros ayuda profesional, contención y apoyo para transcender el eventual problema que lo lleva a la consulta; es necesario tener presente que todos son iguales y tienen el mismo derecho a recibir una atención digna para mejorar su salud y su calidad de vida. Es importante que un terapeuta conozca y ponga en práctica los principios éticos que rigen su labor, de manera que cumpla las responsabilidades y deberes que le otorga su profesión. Nuestro ejercicio como fonoaudiólogos/as no se debe regir solamente por las normas externas que dictan ciertas instituciones, sino también por nuestros propios valores, los cuales tienen que quedar plasmados en cada atención, cada palabra y cada gesto durante nuestro desarrollo como profesionales. Por lo tanto, es fundamental que los terapeutas cuenten con valores definidos e internalizados, a fin de ayudar a los pacientes a resolver sus dificultades, poniendo el amor al servicio de la humanidad en el lugar donde se encuentre.

Para terminar, me parece muy valioso pensar en esta frase de Lao Tse: “la salud es la mayor posesión. La alegría es el mayor tesoro. La confianza es el mayor amigo”.

### Referencias bibliográficas

Arrosi, J. et al. (1986) *Educación para la salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación*. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Buenos Aires, Argentina.

Czeresnia, D; Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Chapela Mendoza, Ma. Del Consuelo y Jarillo Soto, Edgar C. (2001) “Promoción de la salud, siete tesis del debate” Cuadernos Médicos Sociales. N° 79.. Pp.: 59-69.

Fabiani, B. (1996) “Desde un Hospital Público”. Presentado en el Congreso “El Hospital en la reforma” Hosp. Garrahan.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI

Freire, P. (2006). *Pedagogía de la Autonomía*. . México: Ed. Siglo XXI Editores.

*Ley N° 9981 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología*. (1987). Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe.

Samaja, J. (2007). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad transdisciplina*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Serra, S. (2007). *Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas*. Córdoba: Ed. Brujas.

Suarez Ojeda, E. (1996) “El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud”. *Medicina y Sociedad*. Vol. 19- N°1, enero-marzo.

### Datos de la autora

*María Fernanda Saracco es Licenciada en Fonoaudiología, Profesora Titular de la asignatura Taller III – Práctica Pre profesional y Jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto (Escuela de Fonoaudiología FCM, UNR). Docente Investigador Categoría 5. Integrante del Proyecto de Extensión Universitaria “Esos Locos Bajitos”, Área de Extensión y Territorio. La universidad y su compromiso con la Sociedad UNR. Integrante de la Comisión de “Comunicación y Difusión” (Escuela de Fonoaudiología, FCM). Integra el Directorio del Colegio de Fonoaudiólogos, Vocalía de Cultura de la Prov. de Santa Fe 2° Circunscripción. Es Representante en el FOIN. Brinda atención en el consultorio de Cámara Gesell y en Sala de Hospital Provincial del Centenario de pacientes en período sub-agudo de la enfermedad derivados por el Servicio de Neurología del mencionado hospital acompañando a estudiantes. Miembro docente en el proceso de Evaluación Final del Sistema de Práctica Optativas en Fonoaudiología (SPOF).*

## La construcción de las concepciones acerca de la salud y la praxis fonoaudiológica: reflexiones y debates en tiempos de pandemia

Rita Ricca e Ivana Rubinich

**E**n este ensayo se abordarán los factores que intervienen en la construcción de las concepciones del mundo en general y, entre ellas, se incluyen aquellas relativas al proceso de salud-enfermedad-atención. Se desarrollará cómo esto influye en tiempos de Covid-19 y cómo interfiere en el abordaje fonoaudiológico. El objetivo es mostrar de qué manera las ideas de vida pueden variar en distintas épocas, lugares, culturas y en cada individuo en particular, y cómo esto se ve reflejado en las concepciones de la salud. Para ello se deben determinar los factores que intervienen en la formación de las mismas, especificar de qué manera estas influyen en la salud y la sociedad, y ejemplificar cómo se reflejan en la praxis fonoaudiológica.

Las concepciones acerca del mundo son ideas, opiniones, representaciones que se construyen a partir de las tradiciones, costumbres, valores de una cultura o comunidad, y que cada sujeto va adoptando como forma de vida. A su vez, estas tradiciones se van formando por la repetición de experiencias de vida particulares de cada persona, es decir, los individuos tienden a repetir ciertos patrones sociales y culturales de generación en generación, y es así como se mantienen las ideas sobre el mundo. Sin embargo, pueden modificarse. Por lo tanto, podría decirse que estas ideas son dinámicas, ya que dependen de los cambios culturales y sociales de la humanidad a través del tiempo.

Wilhelm Dilthey (1974), en su obra *Teoría de las concepciones del mundo*, afirma que:

A esta regularidad de la estructura de la visión del mundo y de su diferenciación en formas particulares se agrega ahora un momento imprescindible: las variaciones de la vida, el cambio de las épocas, las alteraciones de la situación científica, el genio de las naciones y de los individuos.

Es mediante estas ideas del mundo, que los individuos logran aprehender la realidad, apropiándose de ese sistema de concepciones de base cultural y social. Antes se mencionó que las ideas del mundo se originan por repeticiones regulares de experiencias particulares, al enlazarse estas experiencias, se van formando los templos universales, estados de ánimo frente a la vida, los cuales pueden mantener una cierta regularidad o cambiar por aspectos nuevos que se le presenten al ser humano. Dilthey (1974) hace referencia a que los templos más generales de la vida son el optimismo y el pesimismo, estos templos son los que van a ir construyendo las visiones del mundo.

Por su parte, Samaja (2016) afirma que:

Cualquiera sea la idea de salud que se formen y el sesgo teórico-práctico desde el que la elaboren y desarrollen, todos ellos suponen que la Salud es un bien. Que la enfermedad es la negación de un estado deseable que comporta un menoscabo lamentable (sufrimiento, perjuicio, desvalorización). Y que, per se, es motivo suficiente para buscar activamente la curación, es decir, movilizar acciones tendientes a negar la enfermedad y recuperar la salud.

Teniendo en cuenta a ambos autores, se podría concluir que ante un estado de enfermedad predominará en la persona un temple pesimista, no así cuando se goza de buena salud.

En este sentido, y procurando establecer ciertas relaciones con el contexto actual de la pandemia por el Covid-19, se comprende que las ideas o concepciones, que cada Estado tiene sobre el proceso de salud-enfermedad-atención se vinculan con las medidas de cuidado tomadas para afrontar la misma. Según Samaja (2016), el entendimiento y funcionamiento del proceso de cuidado de la salud depende de la subjetividad del ser humano, la reproducción social y las totalidades sociales e históricas. Es por ello que las medidas son variadas en las distintas partes del mundo. Según lo afirma la Fundación Soberanía Sanitaria (2020), en su texto «Coronavirus, crisis y Estado», son cuatro las intervenciones que se tomaron a nivel mundial para combatir el virus:

- 1) Inacción;
- 2) emisión de recomendaciones apelando a la responsabilidad individual;
- 3) medidas moderadas, como el cierre de instituciones educativas, la implementación de trabajo a distancia, la cancelación de reuniones y eventos masivos y;
- 4) acciones severas, como el aislamiento social preventivo obligatorio con cese total de actividades que no resulten esenciales.

El aislamiento social preventivo obligatorio con cese total de actividades tiene un importante efecto y repercusión sobre la economía, y se ha podido ver cómo en diferentes países, dependiendo de sus ideas político-económicas y la importancia que se le otorga a la salud de la población, han tomado decisiones completamente diferentes.

Por un lado, Estados Unidos y Brasil priorizaron la economía por sobre el cuidado de la salud de la comunidad. Las estadísticas, a fecha 15 de agosto de 2020, exponen que ambos países cuentan con mayor cantidad de casos positivos y números de muertes en todo el mundo. Al respecto, la Fundación Soberanía Sanitaria (2020) expresa que:

En Brasil el gobierno federal decidió hacer caso omiso a las medidas de aislamiento, le restó importancia a la pandemia y aprovechó la oportunidad para profundizar la flexibilización laboral. En Estados Unidos se priorizó el auxilio al sector financiero y a las grandes industrias al mismo tiempo que se retaceaba la ayuda económica a los más pobres.

En cambio, las medidas tomadas en Argentina fueron completamente diferentes. Se inició una cuarentena temprana y estricta, para mejorar el sistema de salud y anticiparse a la crisis sanitaria por el pico de contagios. El Estado antepuso el cuidado de la salud comunitaria por encima de la economía del país.

En Argentina se puso el foco en contener la expansión de la pandemia y reducir los daños económicos comenzando por la ayuda directa a los segmentos de menores ingresos (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020).

El sistema de salud, en general, resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de obras sociales y el privado. En el artículo “El Sistema de Salud en Argentina” se afirma que existe una falta de coordinación entre estos subsistemas, que impide la conformación de un sistema formal de salud. Esto atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Esta falta de articulación responde a una falencia ministerial, ya que le corresponde al Ministerio de Salud lograr la coordinación entre estos. Se observa también una falta de articulación dentro de cada subsistema.

En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran

número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación (Acuña, 2002).

En el artículo anteriormente mencionado, se asegura que Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y la calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes; en las últimas décadas ha sufrido un gran deterioro. Esto se hizo muy notorio en este contexto, ya que el sector público de salud no se encontraba en condiciones para hacerle frente a una pandemia debido a la falta de coordinación y recursos. Las medidas más severas, como el aislamiento generalizado y obligatorio, detienen tempranamente la transmisión de la infección, pero, al no poder sostenerse indefinidamente debido al gran impacto que tienen sobre la economía y la vida cotidiana de las personas, es previsible que surja un nuevo brote epidémico cuando las restricciones se relajen. Esa dilación en el tiempo da oportunidad al sistema de salud para adecuar su infraestructura y equipamiento, capacitar y organizar al personal de salud en el contexto de una pandemia y esperar el desarrollo de vacunas y tratamientos específicos. Esto fue lo que sucedió en Argentina, se comenzó una cuarentena temprana para estar mejor preparados para el pico de contagios.

### **La fonoaudiología en tiempos de pandemia: intervenciones posibles para el cuidado de la salud**

La fonoaudiología es una disciplina de la salud que se ocupa del abordaje de la comunicación humana y sus posibles perturbaciones. Sus actividades reservadas remiten a la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la voz, la audición, la función vestibular, la deglución, el habla y el lenguaje.

Si se toma en consideración los tiempos que corren, es importante destacar que los profesionales de la fonoaudiología están capacitados y habilitados para abordar las disfagias, una afección que produce alteraciones en el proceso deglutorio normal, pudiendo provocar broncoaspiración, desnutrición y hasta la muerte del paciente. Actualmente los pacientes críticos de Covid-19, con dificultades respiratorias severas requieren de asistencia ventilatoria para salvar sus vidas y deben ser intubados. Si esta se prolonga por más de 48 horas, puede dejar secuelas deglutorias (disfagia).

En este sentido, es fundamental dar a conocer la relevancia inherente a la especificidad de esta práctica, que se vuelve imprescindible en el contexto actual, a fin de que la fonoaudiología sea incluida en los distintos equipos

interdisciplinarios que se desempeñan en la unidad de cuidados intensivos. Al respecto, María Campos (2020), especialista en trastornos de la deglución e integrante del Colegio de Fonoaudiólogos de La Plata afirma que:

El diagnóstico del fonoaudiólogo en relación a los trastornos en la deglución y disfagias tendría que estar contemplado en los protocolos clínicos inmediatos de los pacientes que son extubados, para ajustar el tratamiento necesario [...] Sin embargo, la presencia de fonoaudiólogos en los planteles sanitarios resulta casi una excepción [...] En La Plata hay aproximadamente 320 camas destinadas a cuidados intensivos (terapias) y de acuerdo con los datos del Colegio de Fonoaudiólogos apenas habría siete profesionales para evaluar y dar tratamiento a los pacientes críticos.

Por su parte, en el país vecino Chile, el sistema de salud también ha relegado la labor fonoaudiológica en los pacientes extubados luego de superar las dificultades respiratorias por el Covid-19. Sin embargo, lo que se ha podido observar desde comienzos de la pandemia es el esfuerzo que han hecho los profesionales fonoaudiólogos en dar a conocer la importancia de su trabajo en los hospitales con pacientes recuperados de Covid-19, por diferentes medios de difusión, lo cual no se ha visto en Argentina. A pesar de la falta de reconocimiento a la labor fonoaudiológica, los profesionales de Chile se encuentran trabajando en la modificación de las estrategias de intervención para el abordaje de las alteraciones de la deglución. Rodrigo Tobar (2020) destaca la importancia de la prevención en estos tiempos, para lo cual el profesional de la fonoaudiología debe intervenir antes de la extubación del paciente, para favorecer su recuperación y evitar daños extremos.

Estamos trabajando con la estimulación de deglución mientras el paciente está intubado. Desde que el paciente entra al hospital recibe tratamiento desde la fonoaudiología, para mantener la deglución. Podemos conseguir que al desentubar tener una mejor deglución. (Tobar, 2020)

Se puede inferir que la manera en que se desarrollan las prácticas fonoaudiológicas está relacionada con las concepciones o ideas del mundo, que dependen de lo histórico-cultural, pero también de la organización del sistema de salud de cada país en particular.

La fonoaudiología es una disciplina relativamente nueva, se conoce

muy poco sobre sus áreas de intervención y la importancia de las mismas, lo cual se ve reflejado claramente en los tiempos que corren. Esto se puede evidenciar tanto en la comunidad con Covid-19 positivo como en las políticas de salud, ya que hay muy pocos cargos públicos para los profesionales en fonoaudiología, principalmente, en el sector de cuidados intensivos donde hoy surge la gran demanda.

Pensamos que de esta pandemia surgirán grandes cambios sociales, culturales, políticos y económicos, los cuales se verán reflejados dentro de la salud pública. Aspiramos a que surjan nuevos cargos para los profesionales de la fonoaudiología. Se ha recabado información sobre diferentes hospitales de la ciudad de Rosario y se observa que estos cuentan con tres fonoaudiólogos por centro y hospital. También es necesario que se generen más cargos para las diferentes especialidades, que hacen frente a la pandemia, las cuales son de suma importancia para los equipos interdisciplinarios y para brindar atención a los pacientes afectados por Covid-19, a todos aquellos que lo requieran y dependen de la salud pública.

### Referencias bibliográficas

Acuña Carlos H. y Chudnovsky Mariana (2002) *El Sistema de Salud en Argentina* Buenos Aires: Universidad de San Andrés

Cortés Sanchez, F J. (2013) *Ensayo sobre la idea de vida en Dilthey*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Campos M. y otros. ((26/07/2020)) “Advierten por la disfagia, un efecto en pacientes entubados por coronavirus”. Recuperado en: <https://www.eldia.com/nota/2020-7-6-2-16-48-advierten-por-la-disfagia-un-efecto-en-pacientes-entubados-por-coronavirus-la-ciudad>

Fernández Labastida, F. *Enciclopedia filosófica on line*. Recuperado en: <http://www.philosophica.info/voces/dilthey/Dilthey.html#toc0> (21/05/2020).

Fundación soberanía sanitaria. *Coronavirus, crisis y Estado*. en <https://soberaniasanitaria.org.ar/coronavirus-crisis-y-estado/> (28/07/2020).

Salazar Martínez, R. (2020) “Covid y Fonoaudiología: Reflexiones desde la profesión y la docencia”. Recuperado en: <https://www.upv.cl/2020/05/29/covid-y-%20fonoaudiologia-reflexiones-desde-la-profesion-y-la-docencia/>

Samaja, J. *Epistemología de la Salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. —Buenos Aires: Editorial Lugar.

Tobar R. (2020) “Fonoaudiólogo detalló nuevas técnicas usadas en la recuperación de pacientes con Covid-19”. Recuperado en: <https://www.soychile.cl/Valparaiso/Sociedad/2020/06/09/658449/Fonoaudiologo-detalló-nuevas-tecnicas-usadas-en-la-recuperacion-de-pacientes-con->

Covid19.aspx?utm\_source=Interna+Arriba&fbclid=IwAR1F1rCtj7M24SZy  
pBvKDtOIKLc51yGt9fhKRjySDioRZzW3pPLGcheWszo

Wilhelm, D. (1974) *Teoría de las concepciones del mundo*. Madrid:  
Editorial Revista de Occidente. S.A.

### Datos de las autoras

*Rita Ricca e Ivana Rubinich son estudiantes, que se encuentran cursando  
el quinto año de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR).*

## Actos de lectura sobre portadores de texto (versión papel y digital) que reconocen los niños que asisten al preescolar

**Cecilia Berenguer**

**E**l presente trabajo de investigación pretende conocer qué actos de lectura, sobre portadores de texto, versión papel y digital, reconocen los niños que asisten al preescolar del Jardín de Infantes del Colegio Boneo de la ciudad de Rosario. Se valoran los aportes brindados por Lev Vigotsky y sus seguidores, y la teoría psicogenética desarrollada por Emilia Ferreiro y otros. Se entiende que el aprendizaje de la lengua escrita es un extenso proceso de apropiación cultural, que siempre acontece en un determinado tiempo y espacio. Supone la construcción, por parte de los sujetos, de un sistema de ideas respecto a la lengua escrita, su naturaleza y funcionamiento, que es anterior a la presentación de la misma como objeto formal de enseñanza.

En este sentido, los pequeños –que viven en un medio alfabetizado– se encuentran con la lengua escrita en su vida cotidiana. Observan cómo los adultos escriben y leen sobre distintos portadores de texto y con diversos objetivos. Son testigos de diferentes actos de lectura que realizan otras personas, y también son partícipes de la lectura de cuentos en sus hogares y en el jardín de infantes. A partir de estas experiencias, los pequeños van elaborando ciertas ideas en torno a qué es leer y qué se puede leer y qué no, ideas que se modifican progresivamente gracias a los intercambios con la lengua escrita. De este modo, antes de que puedan leer efectivamente un material escrito, los niños van reconociendo diferentes soportes materiales como portadores de texto e identificando diversas actividades como actos de lectura. Emilia Ferreiro y Ana Teberosky (1979) llevaron a cabo una investigación en la década del setenta que procuró identificar los actos de lectura sobre portadores de texto versión papel, que eran reconocidos por niños entre cuatro y seis años de un barrio periférico del gran Buenos Aires.

Ahora bien, como la lectura y la escritura son prácticas culturales, las mismas se vieron modificadas por el gran desarrollo tecnológico de los últimos tiempos. Roger Chartier (2015) sostiene que la revolución actual su-



pone cambios en los modos de organización, estructuración y consulta de lo escrito, que hacen que leer una pantalla no sea lo mismo que leer en un código ni un objeto libro. Esto es así porque la existencia de portadores de texto versión digital implica el desarrollo de nuevas ideas acerca de las prácticas de lectura y la implementación de otras estrategias por parte de los lectores. Pero también impacta en el aprendizaje de la lengua escrita, porque los niños construyen sus primeras conceptualizaciones sobre ella siendo testigos y partícipes de prácticas de lectura mediados por los clásicos materiales impresos como también por los dispositivos electrónicos (celular, computadora, tablet). Por esta razón, este estudio pretende indagar acerca de las ideas que los niños construyen acerca de los posibles modos de leer en formato papel y digital. Además, pretende identificar cuáles son los portadores de texto que son registrados por los niños. Todo ello permitirá reflexionar acerca de las nuevas prácticas de lectura, la tecnología y las infancias actuales.

La investigación presenta un corte descriptivo y utiliza una metodología cualitativa. Se formaliza una entrevista semiestructurada a 23 alumnos de preescolar del Colegio Boneo de la ciudad de Rosario en noviembre de 2019. En ella, se presenta el cuento “Caperucita Roja”, escrito por Andrea Petrlik, en formato papel y en formato PDF en un celular. En primera instancia, los niños deben expresar si es posible leerlo en esos soportes y justificar sus respuestas. Luego, una experimentadora realiza diferentes actividades sobre el cuento en uno y otro portador: leer en voz alta, leer en silencio, hojearlo o pasar las páginas y leer en silencio mientras se sigue el texto con el dedo. Se indaga si estas acciones son interpretadas por los niños como actos de lectura y las ideas que subyacen a sus respuestas.

En primer lugar, es preciso decir que todos los sujetos entrevistados identificaron al objeto libro y al celular como portadores de texto. Manifestaron que la lengua escrita puede presentarse en diferentes soportes materiales, y que puede ser leída en cualquiera de ellos. Además, dieron cuenta, de manera directa e indirecta, de sus conocimientos acerca de las características específicas de cada portador en cuanto a la forma de manipulación y la organización del material escrito. De este modo, frente al celular, algunos de los niños mencionaron que este no es exclusivo para leer, sino que también cumple otras funciones, y otros mencionaron la existencia de aplicaciones específicas y páginas de Internet desde las cuales se pueden descargar o leer cuentos. Otros niños realizaron acciones propias de los dispositivos digitales para poder explorar el cuento: utilizaron el dedo índice para correr las páginas y aplicaron un gesto sobre la pantalla para modificar el tamaño de las letras. Esto demuestra que la utilización de los dispositivos digitales como portadores de texto implica el desarrollo de nuevas estrategias a la hora de

leer. Asimismo, pone en evidencia que los niños –que se encuentran en un medio alfabetizado y tienen acceso a las alternativas tecnológicas actuales– las conocen, desarrollan y utilizan a edades muy tempranas.

En segundo lugar, los resultados obtenidos muestran que, en portadores de texto versión papel, sobre un total de veintitrés niños entrevistados, veintidós reconocieron el acto de lectura en voz alta, dieciséis identificaron el acto de lectura silenciosa y diez el acto de seguir la lectura con el dedo, y ninguno reconoció el acto de hojear. En portadores de texto versión digital, sobre un total de veintitrés sujetos indagados, veintidós reconocieron el acto de lectura en voz alta, diez identificaron el acto de lectura silenciosa y diez el acto de seguir la lectura con el dedo, y ninguno reconoció el acto de pasar las páginas.

En este sentido, si bien hay diferencias en el número de niños que reconocen el acto de lectura silenciosa en ambos portadores, en términos cualitativos se puede decir que todos los sujetos reconocen los mismos actos de lectura en ambos soportes materiales y utilizan argumentos semejantes para justificar sus respuestas. Esto demuestra que, a pesar de que las prácticas de lectura se vean modificadas por la introducción de la tecnología, los niños continúan elaborando las mismas ideas y teniendo los mismos interrogantes en torno a la lengua escrita y su funcionamiento. Porque esos saberes no dependen de contingencias materiales, sino de las conceptualizaciones que construyen a partir de sus experiencias de interacción con la misma.

Las diferencias apreciadas en el reconocimiento del acto de lectura silenciosa, pueden deberse a que los niños tengan más experiencias en portadores versión papel que digital. Pero también es preciso considerar que Ferreiro y Teberosky (1979) prevén que, en la conceptualización de la lectura, los niños primero identifican al acto de lectura en voz alta y más tarde lo hacen con respecto a la silenciosa. Es un verdadero proceso de construcción de conocimiento, en el cual existen momentos en que ellos admiten que es posible la lectura silenciosa, pero luego no tienen criterios firmes para sostener dicha afirmación. A partir de los intercambios activos con la lengua escrita, las ideas sobre ella se irán arraigando.

A propósito de esto, es posible apreciar una progresión en los actos de lectura reconocidos por los sujetos indagados. Como se mencionó anteriormente, los actos de lectura en voz alta son los primeros en ser identificados por los niños, siendo posteriores el acto de lectura silenciosa y el acto de seguir la lectura con el dedo. Los actos de hojear –en portadores de texto versión papel– o de pasar las páginas –en dispositivos electrónicos– son reconocidos en instancias más avanzadas del proceso de aprendizaje de la lectura, cuando los pequeños comprenden que estas actividades se tratan de una lectura inicial y global del texto.

Además, es interesante destacar que las ideas expresadas por los niños, habiendo reconocido o no los actos de lectura propuestos, dan cuenta de que todos ellos tienen saberes singulares con respecto a la lengua escrita, saberes que son acordes a sus experiencias y denotan un determinado nivel de conocimiento. Comprenden que las letras son marcas gráficas que pueden ser leídas, y que su presencia define que un soporte material pueda ser tomado como un portador de texto. Entienden que la lectura es más que descifrar letras: el lector lleva a cabo un verdadero proceso reflexivo y cognoscente de interpretación de lo escrito, que requiere atención y detenimiento. Todos los sujetos son activos en los intercambios con la lengua escrita, desarrollando ideas sistemáticas y originales con respecto a cómo se organiza y funciona la misma.

Los resultados obtenidos y el análisis realizado en la presente investigación significan un aporte a la comprensión de los procesos de lectura, que atraviesan las infancias actuales, y permiten colaborar con el abordaje fonoaudiológico del lenguaje y aprendizaje de la lengua escrita en estos tiempos.

En palabras de Ferreiro (2012):

Toda noción de alfabetización es relativa a un espacio y un tiempo determinados (...). Hay niños que están aprendiendo a leer en pantalla, al mismo tiempo que intentan leer otros materiales impresos (...) Sin embargo, siguen enfrentando los mismos problemas conceptuales que los niños de generaciones anteriores para comprender el funcionamiento de las marcas escritas.

### Referencias bibliográficas

- Baquero, R. (1997). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Madrid: Editorial Aique.
- Chartier, R. (2015). "Del código a la pantalla: trayectorias de lo escrito". *Cuadernos del Inadi*, N° 11. Buenos Aires.
- Ferreiro, E. (1997). *Alfabetización. Teoría y práctica*. México: Siglo XXI.
- Ferreiro, E. Conferencia sobre las nuevas alfabetizaciones "Leer en la era digital", realizada por el Ministerio de Educación de España. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=ws60lMZiyVs> (03/03/20).
- Ferreiro, E. (2001). *Pasado y Presente de los verbos leer y escribir*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ferreiro, E. y Molinari, C. (2007). "Identidades y diferencias en las primeras etapas del proceso de alfabetización. Escrituras realizadas en papel y en computadora". *Revista Lectura y Vida*, Año 28, N° 4, pp. 18-30. La Plata.
- Ferreiro, E. y Teberosky, A. (1981). "La comprensión del sistema de

escritura: construcciones originales del niño e información específica de los adultos". *Revista Lectura y vida*, Año 2, N° 1, pp. 6-14. La Plata

Ferreiro, E. y Teberosky, A. (1979). *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. Sexta Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Petit, M. (2015). *Leer el mundo. Experiencias actuales de transmisión cultural*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

### Datos de la autora

*Cecilia Berenguer es reciente graduada de la Escuela de Fonoaudiología. El trabajo de investigación presentado corresponde a la Tesina, que elaboró, para la obtención del título de Licenciada en Fonoaudiología. El trabajo se titula "Estudio descriptivo acerca de los actos de lectura en portadores de texto (versión papel y digital) que reconocen los niños, que asisten al preescolar del Jardín de Infantes del Colegio Boneo de la ciudad de Rosario, en noviembre de 2019."*

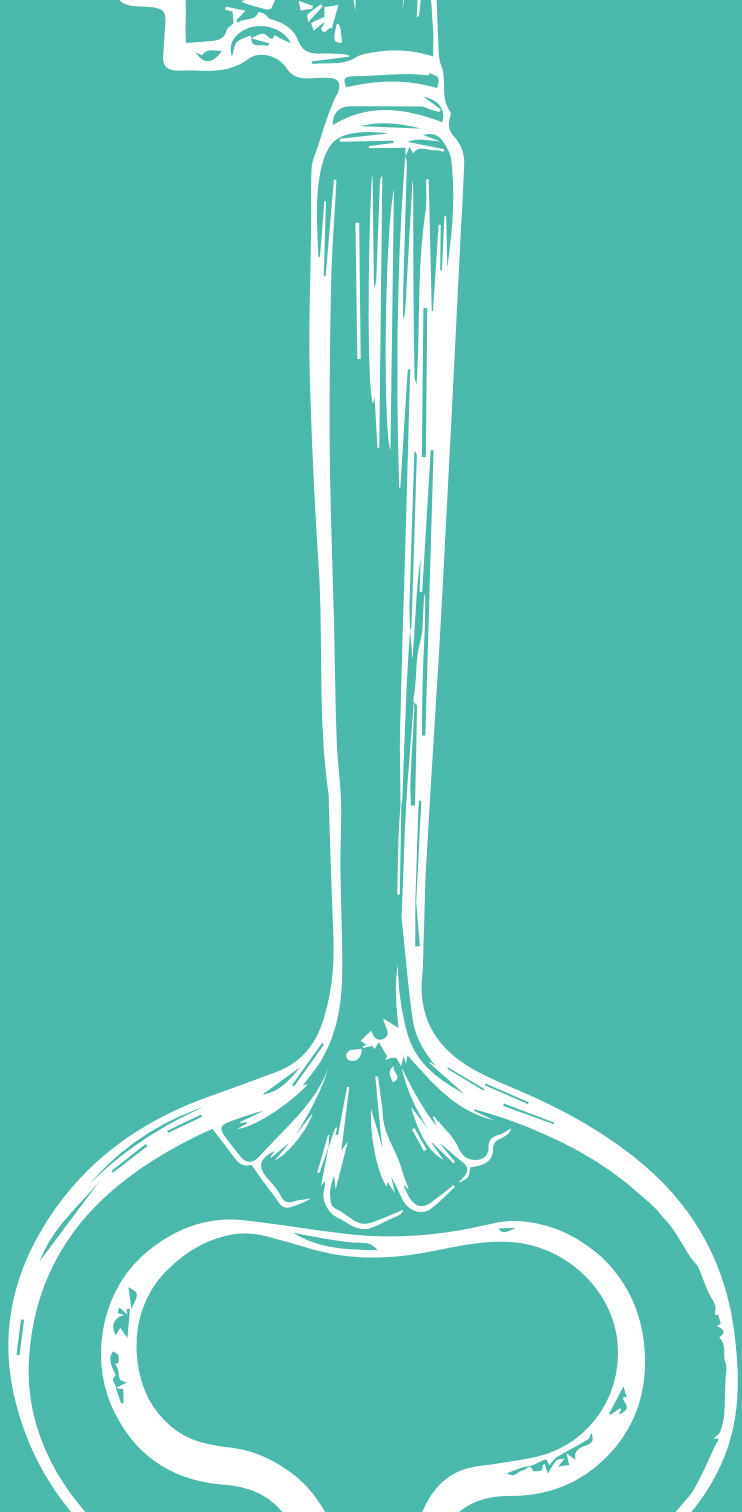
**PARTE X**

**Reflexiones de la comunidad docente**

*«Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre.»*

**Paulo Freire**





## Reflexiones y aportes de la cátedra Introducción a la Fonoaudiología

**L**a materia Introducción a la Fonoaudiología tiene su origen en el inicio de la Licenciatura en Fonoaudiología. Nos resulta significativo recordar a todas las docentes que formaron parte de la asignatura desde su creación y a lo largo de la misma. Su quehacer y enseñanza nos permitieron y permiten la oportunidad de reflexionar sobre lo que fuimos realizando, replantearnos desde la práctica académica, estrategias didácticas utilizadas o propuestas curriculares que se fueron incrementando y colaboraron en el desarrollo de habilidades a lo largo de este camino.

Desde la asignatura pretendemos acompañar a los estudiantes en su integración al ámbito universitario, acompañamiento traducido en acciones que les permitan comprender el funcionamiento del sistema de educación superior al cual se han incorporado como nuevos ciudadanos universitarios. Propiciamos el aprendizaje de conceptos, categorías y relaciones en la modalidad de estudio orientando hacia la autogestión. Colaboramos en la transición de la forma de estudio del nivel medio hacia las particularidades propias del nivel superior que implican un proceso de aprendizaje autónomo.

Para ello, ponemos en juego no sólo cualidades cognitivas particulares en la relación estudiante/estudiante, estudiante/docente, y/o estudiante/universidad, con un enfoque dinámico y grupal sino también motivacionales, la tendencia a la cooperación, la creación de un ambiente positivo de trabajo, de actitud creativa y resolución de problemas de manera que les facilite el tránsito por esta nueva etapa de formación. De este modo, centramos la atención en el estudiante –como protagonista de su proceso de aprendizaje– logrando que adquiera competencias profesionales específicas, habilidades personales, destrezas, actitudes y valores propios a lo largo de la carrera y como futuro profesional.

Es así que intentamos cuidar lo que constituye para la universidad actual un motivo tanto de preocupación como de ocupación: la formación humanística y comprometida socialmente de los futuros profesionales.

Aspiramos a que el conocimiento aprehendido y el proceso que fuimos

estimulando a desarrollar contribuyan a potenciar uno de los pilares de la formación profesional de la carrera, el pensamiento crítico de los estudiantes que pasan por la asignatura, que implica conductas complejas, que involucran al sujeto en su totalidad y se refieren a la capacidad de tomar decisiones, de argumentar, de proponer, de plantear cuestionamientos y soluciones, es decir, de desarrollar su *capacidad de pensar*. En síntesis, que sea la base y se constituya como una parte importante en la integración entre el *saber hacer*, *saber estar* y *saber ser* de manera flexible y autónoma. El dominio de estos saberes es lo que capacita a los estudiantes durante el recorrido académico para actuar con eficiencia y eficacia en el futuro ejercicio profesional.

Nuestra historia y los cambios actuales asociados a la pandemia nos han expuesto a sortear obstáculos para cumplir con lo pretendido, muestra de ello es la permanencia de los estudiantes, pese al desafío generado e impuesto ante las nuevas estrategias y recursos tecnológicos asumidos por el cuerpo docente.

#### **Autoras**

**Fabiola Capria, Marcela Miola, Nadia Sammartino, Marisa Pulizzi, Melisa Silva y Noelia Raimondo.**

## **Reflexiones y aportes de la cátedra Lingüística II**

### **La interacción dialógica**

Los contenidos enunciados en el plan de esta asignatura pueden ser divididos en dos ejes fundamentales:

El primero, el estudio del lenguaje verbal, en sus modalidades oral y escrita, considerando especialmente los textos producidos por sujetos en discursos que involucran distintas situaciones comunicativas, por lo que se toman en cuenta elementos lingüísticos no verbales y elementos no lingüísticos, como así también el silencio que lejos de ser vacío, dice y significa. En este punto, se profundiza la formación en el análisis de los recursos lingüísticos verbales tomando como unidades básicas de la oralidad a las configuraciones discursivas.

El segundo, la adquisición considerada con un valor neutro, revisando conceptos sobre las distintas teorías que abordan el paso del no hablar al hablar y a partir de ellas, mediante una lectura y un análisis crítico, formar un propio respaldo teórico en una instancia diagnóstica y/o terapéutica.

En este sentido, el marco teórico que sustenta la materia permite reflexionar acerca de aquellos interrogantes que movilizan el accionar clínico del fonoaudiólogo de forma permanente: ¿es lo mismo la lengua haciendo sentido que la lengua comunicando? ¿Cuál es la posición del terapeuta del lenguaje ante el habla extraña y opaca de otro que consulta por la “ruptura” en su decir? ¿Cuál es la escucha ante el silencio que intimida y aturde y lejos de ser vacío significa? ¿Cuáles son las posibilidades de acceso al lenguaje escrito como otra forma más de inclusión social y cultural? ¿Cómo intervenir desde el deseo de hacer fluir los enunciados o ante un texto retenido apresado? ¿Cómo dar respuesta ante la opacidad manifiesta que provoca ese efecto de extrañamiento y ausencia de sentido? La respuesta es: ser intérprete de cada una de las manifestaciones expresivas y fundamentalmente quien da valor y otorga significado y sentido, ubicando en contextos adecuados y certeros lo que antes se consideraba errado.

Es brindar un planteo terapéutico que consiste en abrir un *espacio* de

*diálogo*. La reflexión constante conlleva a pensar la formación del profesional fonoaudiólogo como aquella que le permita tener una mirada amplia y crítica al abordar cada caso clínico. Por consiguiente, se procura en su formación académica brindar el material necesario para lograr conceptualizar su objeto de estudio.

#### **Autoras**

**Iliana Sancevich, Adjunta Gabriela Lattanzi, Florencia Cúneo, Lía Botticelli, Natalia Duré, Leandra Soria Vatenson, Lucía Recalde y Ana Cardonet.**

## **Reflexiones y aportes de la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica de la Fonación**

### **Formación en la Clínica de la Voz. Transitando un camino**

La cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica de la Fonación se inició en el año 1986, a partir de la implementación del Plan de Estudio de la Licenciatura en Fonoaudiología, de cuya creación se están cumpliendo 35 años. Esta asignatura se desarrolla en el segundo año de la carrera y está incluida en el Departamento de Clínica y Terapéutica Fonoaudiológica.

Es la primera materia que posibilita al estudiante aproximarse al quehacer profesional, específicamente en la problemática de la voz y sus alteraciones. Se articula con Taller I, que se cursa en tercer año, como instancia práctica integradora, donde se abordan la promoción, prevención, la actividad asistencial y de investigación en el área de la voz.

A lo largo de todos estos años, se fueron realizando modificaciones y actualizaciones en los contenidos, en la bibliografía y en la evaluación, siempre en consonancia con una visión integral que supera la descripción sintomática de las alteraciones vocales y que revaloriza la importancia de la voz en la comunicación humana.

Desde la cátedra se concibe a la educación como un intercambio permanente entre docentes y estudiantes, ambos, sujetos protagónicos del proceso de aprendizaje. Teniendo en cuenta que la formación académica del Licenciado en Fonoaudiología debe promover el abordaje interdisciplinario y preventivo para el futuro ejercicio profesional, la modalidad de trabajo que se lleva adelante contribuye al razonamiento clínico, al logro de habilidades y destrezas propias de las acciones específicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento en el área de la patología vocal. En tal sentido, el estudiante se prepara para la toma de decisiones y la intervención pertinente ante situaciones y problemáticas concretas en el área de la voz.

En consonancia con los objetivos de nuestra asignatura, desde hace más de quince años, se implementan visitas, de carácter no obligatorio, al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial del Centenario,

con la finalidad de observar la realización de las laringofibroscopías y de vincularnos con la realidad hospitalaria en el ámbito de la salud pública, con los profesionales que allí trabajan y principalmente con los pacientes que demandan atención. Además, se realizan visitas al departamento CAROL (Centro de Apoyo y Rehabilitación de los Operados de Laringe) de LALCEC Rosario, donde los estudiantes tienen la posibilidad de contactarse con pacientes laringectomizados y acercarse a la realidad de su problemática. En ambas actividades, los estudiantes concurren acompañados por los docentes de la cátedra. Cabe destacar la masiva participación del estudiantado en ambas propuestas a pesar su carácter optativo. Al finalizar cada ciclo lectivo, manifiestan lo enriquecedoras que resultan estas experiencias.

Además del eje docencia, en investigación se han acreditado proyectos desde el año 2009, con enfoque interdisciplinario, y articulados con el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial del Centenario. En relación a los Trabajos de Investigación – Tesina, el equipo docente se desempeña como Tutores y como miembros de los Tribunales Evaluadores desde los inicios de la asignatura. Se jerarquiza la investigación en el campo de la voz, promoviendo la necesidad de diseñar trabajos científicos que aporten a la disciplina fonoaudiológica.

Frente al desafío del próximo cambio curricular, el énfasis será puesto en intensificar la práctica clínica indispensable en la formación de los profesionales de la salud, desde el compromiso con la ética, tal como se viene sosteniendo, a fin de responder a las demandas actuales de la sociedad con responsabilidad, sensibilidad y solidaridad.

Pensando en perspectiva de futuro, no podemos dejar de considerar y agradecer el camino recorrido, el cual fue posible por los invaluable aportes de quienes fueron docentes de la cátedra, en especial la Fga. Nilda Ramírez y la Fga. Alicia Trossero, quienes supieron transmitirnos su pasión por lo maravilloso de la voz humana.

#### **Equipo docente**

**Liliana Sacco, Andrea Agustini, Florencia Colombo, Analía Sauan, Evelin Paez, Graciela Valles, Leticia Linfossi, Sabrina Códega.**  
**Docente Adscripta: María Carla García Benaglio. Ayudante estudiante: Sofía Passaglia.**

## **Reflexiones y aportes de la cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico**

### **La clínica del lenguaje y del aprendizaje en tiempos de infancia**

Consideramos que el desarrollo del lenguaje es complejo y no debe reducirse a los sustratos biológicos que intervienen en este proceso, el cual requiere de intercambios significativos con otras/os, porque el lenguaje es el medio de comunicación privilegiado de los seres humanos que nos permite comunicar, expresar, comprender, pensar y pertenecer a una determinada cultura.

Además, el lenguaje promueve el desarrollo subjetivo, cognitivo y cultural cumpliendo un papel fundamental en el aprendizaje escolar. Se comprende que los sujetos construyen activamente los conocimientos en el intercambio con su medio, y que los tiempos de cada niño/a son singulares. Es por ello que siempre debiera respetarse la diversidad inherente a todas las personas y todos los aprendizajes.

En este sentido, se considera que los diagnósticos deben tomar en cuenta la singularidad, el contexto y la historia de cada sujeto, desestimando las clasificaciones y etiquetas vinculadas exclusivamente a causas neurobiológicas. Es necesario atender a la complejidad de la praxis clínica. Esto implica desarrollar intervenciones que promuevan el desarrollo del lenguaje, la comunicación, la subjetividad, el pensamiento, la lectura, la escritura y el aprendizaje escolar.

El juego, la interacción dialógica y la literatura son recursos imprescindibles en el abordaje clínico. La actividad lúdica cumple un rol central en el desarrollo infantil, la narración permite construir relatos y sentidos, mientras que el diálogo promueve el uso de la palabra. Estas actividades propician la comunicación y el lenguaje en la infancia.

En esta asignatura se articulan contenidos teóricos y prácticos que pretenden acompañar a los/as futuros/as fonoaudiólogos/as en la clínica con niñas, niños y adolescentes. Se destaca que el lenguaje y el aprendizaje deben ser considerados como construcciones logradas en un vínculo amoroso, siendo preciso validar el decir y el hacer de cada sujeto desde una mirada singular entre tantas semejantes.



## **Autoras**

**Fernanda Felice, Silvana Molina, Florencia Crespi, Luciana Francesconi, Antonela Bécares y Manuela Lucero**

## **Reflexiones y aportes de la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Parálisis Cerebral**

### **Trayectoria, vivencias y desafíos, en los 35 años de la Licenciatura en Fonoaudiología, de la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Parálisis Cerebral**

Esta cátedra se inauguró en 1985, con el cambio curricular que definió el plan de estudios, durante el advenimiento de la Licenciatura en Fonoaudiología. Jerarquizar esta asignatura en la clínica y terapéutica fonoaudiológica resulta de relevancia, debido a que niños con Parálisis Cerebral (PC) constituyen una patología neurológica prevalente y de alto impacto en la salud de la comunicación humana. La PC constituye una patología, los niños son una población o comunidad. Al fonoaudiólogo le compete la evaluación, el diagnóstico funcional, pronóstico y tratamiento de todas las áreas afectadas en niños con PC, como la voz, audición-vestibular, habla, fonoestomatología y también el lenguaje.

A lo largo de estos 35 años se fueron *aggiornando*, modificando e incorporando contenidos que permitieron ir respondiendo a las demandas de la atención fonoaudiológica, con una actividad de extensión en calidad docente- asistencial en salas de neonatología y pediatría de Rosario, y en el consultorio de Cámara Gesell de la Escuela de Fonoaudiología.

Para dar respuesta a una formación universitaria más integral y abarcativa, se manifestó la necesidad de incorporar contenidos básicos al programa de la asignatura e investigar, en salas de neonatología, acerca del recién nacido y de la condición de prematuridad, debido al riesgo neurológico que conlleva. Así, se elaboró el proyecto de cátedra: “Comunicación en prematuros” (1996), bajo la dirección y autoría de Ogni H. y Fransolini R. Este surgimiento generó múltiples investigaciones, publicaciones, transferencias y líneas subsidiarias que viabilizaron y posibilitan que los estudiantes puedan realizar sus Tesinas. Otra de las proyecciones ha sido y es la formación de talento humano y de estudiantes becarios asentados en los programas de Ciencia y Técnica de esta Facultad.

Hace un par de años, movilizados por incrementar y profundizar la mirada interdisciplinaria y clínica, las habilidades y destrezas en los estudiantes, se logró efectivizar en el Hospital de Simulación de la Facultad trabajos prácticos vivenciales. Resultado: un reporte muy positivo, por parte de los alumnos, en las encuestas diagnósticas que responden, en forma anónima, opinando respecto al desarrollo de la materia.

Finalmente, por la impronta de esta asignatura, subyace el deseo de cambiar su denominación, ampliar el espectro de sus contenidos mínimos y que pueda insertarse en una clínica con práctica final, debido a su espíritu altamente profesionalizante.

#### **Autoras**

**Raquel Fransolini, Lilian Frankel, Marcela Steduto, Natalia Losasso, María Verónica Lavayen. Paula Van de Castele, Rocío Gastiazoro y Emilia Tschieder.**

## **Reflexiones y aportes de las cátedras Metodologías de la Investigación I, II y III**

### **De diálogos intra-cátedras a articulaciones inter-cátedras**

La asignatura “Metodologías de la investigación” fue la primera en tomar el desafío de promover el aprendizaje integrado de los aspectos epistemológicos y de metodologías de la investigación, considerándolos como contenidos fundamentales en la formación de grado. Con el tiempo, la materia se organizó en tres niveles, donde se abordan las perspectivas ético-política, histórico-prospectiva, epistemológico-metodológica, inter-transdisciplinar y económico-financiera; así como sus vinculaciones con la fonoaudiología, el campo de la salud y de la educación. Dichas problematizaciones van adoptando mayor grado de complejidad, profundidad y autonomía, culminando el trayecto educativo con la construcción de textos académicos, tales como anteproyectos de investigación y ensayos epistemológicos.

Estas habilidades redundan en un perfil de graduado/a orientado al análisis crítico/ creativo sobre las perspectivas y debates actuales en torno al sistema científico en general y a la disciplina fonoaudiológica en particular. Además, estas reflexiones permiten la asunción de diferentes corrientes de pensamiento, con sus consecuentes derivaciones instrumentales, en el campo disciplinar, interdisciplinar y social. Todo esto, con el objeto de brindar las bases que les permitan diseñar, ejecutar y/o evaluar trabajos de investigación vinculados con la comunicación humana; en tanto usuarios/as y productores/as activos/as (y no meros/as consumidores/as pasivos/as) de saberes científicos.

### **Referencias bibliográficas**

Escuela de Fonoaudiología. (1985). Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología. Rosario: UNR (RES. C.S. 204/ 85).

Escuela de Fonoaudiología. (1985). Programa Integrado del Área Metodología de la Investigación. Rosario: UNR (RES. C.D. 471/ 95).

Escuela de Fonoaudiología. (2020). Plan de trabajo 2020. Material de circulación interno de la cátedra. Rosario: UNR. Recuperado en <https://comunidades2.campusvirtualunr.edu.ar/course/view.php?id=3481>

#### **Autoras**

**Aldana Alberto, Luz Comino, Ana Clara Isaías y Elisa Panozzo.**

### **Reflexiones y aportes de la cátedra Taller III**

#### **Taller III Práctica Pre-Profesional: articulaciones entre docencia y práctica en terreno**

*“Un Taller, comprometido con la realidad histórico-social que la determina...”.*  
González Cuberes, M. *El taller de los talleres*  
(1994, p. 27)

El objetivo de esta asignatura es contactar al estudiante con la necesaria, valiosa y primordial experiencia de la labor en terreno, en tanto es la que vehiculiza el conocimiento de la realidad en la que está inserto. Desde una mirada integral del sujeto/paciente, se propone el desarrollo de competencias que hacen al futuro desempeño profesional en acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en las áreas de incumbencia fonoaudiológica. Como parte del proceso formativo, se propone al estudiante la reflexión continua, acerca de la propia práctica, *praxis* en palabras de Paulo Freire, en tanto acción-reflexión constituyen un núcleo indivisible.

A partir de la inserción del estudiante en efectores de salud que cuenten con un Servicio de Fonoaudiología, se promueven experiencias de aprendizaje prácticas, con responsabilidad compartida y supervisada entre la jefa del servicio y las docentes de Taller III. También, el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud, vinculando a la población estudiantil en diferentes ámbitos comunitarios. Se pretende así extender la práctica pedagógica a la práctica social, incentivar la participación activa del estudiante como agente de salud y facilitar las condiciones de operar interdisciplinariamente en terreno a partir de la extensión universitaria.

Son importantes las prácticas pre profesionales en un contexto real, ya que ponen a prueba los conocimientos adquiridos y permiten revitalizar la teoría. Pensar el proceso de enseñanza aprendizaje a partir de casos clínicos en papel, nos lleva a una mirada clínica fragmentada. Por eso, este sistema de formación en prácticas permite a los estudiantes del último año de la

carrera posicionarse como futuros profesionales de la fonoaudiología en un contexto de salud.

*“No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión. Paulo Freire.”  
Pedagogía del Oprimido (1972, p. 105)*

#### **Autoras**

**Lic. Saracco, Ma. Fernanda; Lic. Berta, Gabriela; Lic. Savio, Adriana; Lic. Bichere, Ana Paula, Dra. Claudia Ithurralde y Lic. Selva, Viviana.**

## **Reflexiones y aportes de la cátedra Fonoaudiología y Ejercicio Profesional**

**L**a materia Fonoaudiología y Ejercicio Profesional forma parte del Departamento de Epistemología y Ejercicio Profesional de la Escuela de Fonoaudiología (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario). La asignatura promueve un espacio de reflexión sobre la problemática del ejercicio profesional, sus normas éticas, morales y legales.

El futuro profesional, además de los conocimientos que adquiere en el transcurso de la carrera, debe poseer un conjunto de aptitudes y actitudes que le permitan generar comportamientos responsables y éticos, conscientes de su función de servicio y comprometidos con las necesidades de la comunidad y sus instituciones.

El ejercicio profesional es toda actividad técnica, científica, y/o docente y su consiguiente responsabilidad, sean realizadas en forma pública o privada, libremente o en relación de dependencia y que requieren la capacitación, que otorga el título proporcionado por universidades oficiales o privadas reconocidas por el Estado, dentro del marco de las incumbencias fijadas por autoridad competente. Las acciones de los profesionales están reguladas por la Constitución Nacional, los códigos nacionales, las leyes profesionales y los códigos disciplinarios que amparan el ejercicio legal de la profesión.

A lo largo del desarrollo curricular, se abordarán los aspectos legales y éticos relacionados con las actividades que el fonoaudiólogo puede desarrollar en los distintos ámbitos laborales (salud, educación, medicina laboral y ámbitos judiciales).

Brinda a los estudiantes los conocimientos de las normativas legales y éticas, en las que debe encuadrarse el accionar profesional, tanto asistencial, de investigación y/o docente. Integra el concepto de ética profesional, como base indiscutible de la relación terapeuta-paciente, y del profesional con sus colegas y su medio de trabajo. Explora los conceptos y las leyes que sustentan el paradigma de la Bioética y su expresión concreta plasmada en las leyes de protección a discapacitados, niños y menores de edad, los derechos del paciente como expresiones de una relación de pleno respeto por aquellos.

Desde la cátedra Fonoaudiología y Ejercicio Profesional, creemos que estos temas son fundamentales en la formación de los futuros profesionales, para favorecer el desarrollo de conductas éticas en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional.

**Autora**

**Profesora Titular Mariana Villalobos.**

**Reflexiones y aportes de la cátedra  
Introducción a la Salud Pública**

**L**a asignatura tiene como eje el estudio de la Salud Pública desde un enfoque que prioriza a la Salud como Derecho y el análisis de los determinantes sociales de la misma. Posee como objetivo central aportar al perfil profesional de los y las futuros/as graduados/as en fonoaudiología la cuestión de la determinación social de la salud. Asimismo, buscamos promover en ellos/as la posibilidad de pensar y de formular prácticas tanto en el terreno de lo singular, cómo en la comprensión de los fenómenos de salud- enfermedad- atención en el terreno de lo colectivo, en el trabajo con las comunidades.

Proponemos realizar análisis y abordajes fonoaudiológicos que incluyan una mirada integral desde la complejidad que nos imponen las problemáticas actuales de la salud. Por ello, pensamos que la formación del profesional de la fonoaudiología como profesional de la salud, debe tender al análisis integral de las mismas e incluir como eje conceptual a la Atención Primaria de Salud. De esta manera se estará promoviendo la atención tanto de los aspectos saludables como de aquellas dificultades o perturbaciones de los sujetos y de las poblaciones con las que trabaje, integrando y participando activamente en equipos interdisciplinarios y abordajes intersectoriales. Es por ello que sostenemos la importancia de una sólida formación en estos aspectos orientada a un perfil profesional que posibilite:

- Asumir una actitud crítica basada en criterios científicos frente a los problemas de salud que les permitan formular no sólo diagnósticos sino también propuestas de intervención sobre los distintos aspectos de la realidad sanitaria en las áreas particulares de su incumbencia.

- Valorar la importancia de tomar parte frente a las necesidades sociales, ejerciendo una práctica profesional comprometida con las mismas, participando como integrantes de equipos de salud en la diagramación de acciones como posibles modos de intervención frente a las demandas prioritarias identificadas.

- Afianzar la solidaridad, la ética y la actitud de servicio como ejes de su práctica, priorizando el principio de equidad en salud, ejerciendo junto con la comunidad la defensa del derecho a la salud.

**Autoras**

**Esp. Yanina Sosic, Lic. Bertone Julia y Lic. Celina Jasinski.**



Celebramos los 35 años de la Licenciatura en Fonoaudiología y los 100 años de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario a través de la publicación de este libro. Se trata de una construcción colectiva en la que participaron diferentes fonoaudiólogas, docentes y estudiantes que dan cuenta de sus saberes y experiencia.

Estas páginas relatan la historia de la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología y las prácticas desarrolladas, para el cuidado de la comunicación humana, en diferentes contextos de intervención.



**FCM** Facultad de  
Ciencias Médicas  
100 AÑOS

