

“Motivo de consulta y agentes de derivación en niños de 0 a 4 años que estuvieron en tratamiento modalidad taller centrado en la familia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte durante los años 2015 – 2019”.

Rovira, María Carla

Supervisado por:

Lic. Giussani, Romina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

2022

“Motivo de consulta y agentes de derivación en niños de 0 a 4 años que estuvieron en tratamiento modalidad taller centrado en la familia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte durante los años 2015 – 2019”.

Alumna:

Rovira, Maria Carla

Con la supervisión de:

Giussani, Romina

Trabajo de investigación - Tesina - Presentada en la Escuela de Fonoaudiología para la obtención del título de Licenciado en Fonoaudiología

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Fonoaudiología

Rosario, Argentina

2022

Tesina presentada por:

Rovira,

María Carla.....

Con la supervisión de:

Giussani,

Romina.....

Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, 24 de Noviembre de 2022

Legajo N°: R-1478/8

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por apoyarme a lo largo de todos estos años, por creer siempre en mí y por su amor incondicional.

A Ana Clara y Romina, por su dedicación, disposición y gran compromiso para acompañarme durante este proceso.

A mis compañeros/as de militancia, por enseñarme a no aceptar lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de desorden, de confusión organizada, de arbitrariedad consciente, nada debe parecer imposible de cambiar.

A la Educación Pública.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Contexto de descubrimiento.....	8
Fundamentos teóricos.....	9
Introducción	10
Objetivos	12
Encuadre teórico.....	13
Capítulo 1: Comunicación y Lenguaje.....	14
1.1 Conceptualización de la comunicación, el lenguaje y el habla	14
1.2 Comunicación y lenguaje en el desarrollo infantil.....	16
1.3 Dificultades en la comunicación y el lenguaje en la primera infancia	24
Capítulo 2: Intervención fonoaudiológica temprana centrada en la familia.....	30
2.1 Atención temprana, niveles de prevención e intervención temprana centrada en la familia.....	30
2.2 Modelos de intervención temprana centrada en la familia.....	36
2.3 Antecedentes y Programas de Intervención Oportuna	39
2.4 Antecedentes e instrumentos de evaluación de la comunicación	41
Capítulo 3: Dispositivo de intervención temprana mediante la modalidad taller centrado en la familia.....	44
Capítulo 4: Contexto Institucional	49
Problema	54
Variables	55
Fundamentos Metodológicos	58
Población y muestra	59

Diseño Metodológico	60
Procedimiento, técnicas e instrumentos	61
Plan de análisis de datos.....	62
Contexto de realidad	63
Presentación y analisis de los datos.....	64
Contexto de justificación.....	70
Interpretación y discusión	71
Conclusiones	81
Limitaciones y sugerencias	82
Referencias bibliográficas	83
Anexos.....	88

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, de carácter exploratorio y transversal, tuvo como objetivo indagar la iniciación del proceso de atención en el abordaje temprano de la comunicación y el lenguaje, por lo que se investigaron los motivos de consulta, los agentes de derivación y la edad de los niños que estuvieron en tratamiento modalidad taller centrado en la familia en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte durante los años 2015 – 2019.

A su vez, este dispositivo de intervención temprana fonoaudiológica, permite conocer e investigar acerca del mismo, ya que es una forma novedosa y poco utilizada en cuanto a la orientación e intervención terapéutica. Con ese fin se recurrió al análisis de fuentes secundarias brindadas por el área de estadística del Hospital Zona Norte; y con fuentes primarias, por medio de la elaboración de una entrevista a un informante clave.

La población que se tomó como muestra está constituida por un total de 41 niños, de 0 a 4 años, cuyos datos se recolectaron de las Historias Clínicas. Luego de analizar los datos obtenidos en el registro de pacientes, es posible observar que los motivos de consulta más frecuentes corresponden al área de Lenguaje con un 61 %, cuyo motivo de consulta que más predomina es Retraso en el Lenguaje con una incidencia del 48,8 %. Sobre el total de los pacientes, un 78 % fue derivado por el Sector Sanitario, a saber, el agente de derivación más frecuente fue Pediatra con un 43,9 %.

Por último, la mayoría de los niños, se encontraba en edad pre – escolar (2 a 5 años) al momento del tratamiento modalidad taller representando un 87,8 % y el 12,2 % restante se encontraba en edad de lactante mayor (1 a 2 años). Mientras que, la edad promedio de los niños al momento del tratamiento modalidad taller es de 3 años y 2 meses y la moda es de 4 años.

Palabras Claves

CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

INTRODUCCIÓN

La Fonoaudiología es una disciplina científica cuyo objeto de estudio es la comunicación humana y su manifestación en trastornos de la voz, la audición y el lenguaje; sus acciones se expresan en la promoción y prevención de la salud, en el diagnóstico, terapéutica y rehabilitación de las perturbaciones que retardan, distorsionan o desintegran el desarrollo del proceso comunicativo – lingüístico. De tal modo, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo indagar sobre cuáles son los motivos de consulta y los agentes de derivación en niños de 0 a 4 años que estuvieron en tratamiento modalidad taller de intervención temprana centrado en la familia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte de la Ciudad de Rosario.

Como consecuencia de las investigaciones realizadas sobre esta temática, y la confección del estado del arte sobre la literatura existente sobre esta temática, se estudia el proceso de atención fonoaudiológica en todas sus instancias, indagando la forma de generación, particularidades de su desarrollo y la manera en la que esta finaliza. Sin embargo, existe una investigación cuya autoría corresponde a Bertone Julia y Ranallo Melina (2012), la cual se titula como: “Estudio descriptivo acerca del diagnóstico fonoaudiológico y agentes de derivación de los pacientes atendidos en el hospital público de la ciudad de Esperanza, Provincia de Santa Fe, durante el período 2010 – 2011”.

La misma se centra en destacar la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en relación a la edad de los pacientes y cuáles son los principales agentes de derivación a asistencia fonoaudiológica. En este sentido, la motivación surge en conocer la iniciación del proceso de atención, ya que nos ofrece la posibilidad de determinar los agentes de derivación y los motivos por el cual se realiza la misma, pero en el abordaje temprano de la comunicación y el lenguaje.

La atención temprana está orientada a un conjunto de intervenciones necesarias destinadas a cuidar el desarrollo del niño durante sus primeros años de vida, a la familia y su entorno. Con respecto a esto, Perpiñán (2009) plantea: “no sólo comprende la estimulación del niño en diversas áreas sino también el asesoramiento al entorno familiar mediante el diseño concreto de acciones con los padres y familiares” (p. 21).

Dentro del Hospital de Niños de Zona Norte, el Servicio de Fonoaudiología, propone la atención temprana de la comunicación y el lenguaje bajo la modalidad taller centrado en la familia. Dicha intervención consiste en el agrupamiento de pacientes según la edad y características comunicativas - lingüísticas y abordaje conjunto con padres. Este dispositivo surge como necesidad detectada en la práctica clínica, donde se observaron de manera reiterada, las dificultades que afrontan los padres para establecer y mantener conductas comunicativas que favorezcan o acompañen el desarrollo lingüístico de manera eficaz.

El espacio tiene como objetivo habilitar a los padres para acompañar, facilitar y sustentar el desarrollo lingüístico - comunicativo de sus hijos, con el fin de conectar a los padres con las necesidades de las y los niños a partir del ejercicio reflexivo de pautas de intervención y conceptos básicos de desarrollo.

En este sentido, se busca enriquecer el conocimiento y generar el compromiso de los profesionales de la salud, ya sean fonoaudiólogos, pediatras, neurólogos, entre otros, como así también de las familias, cuya intervención mejore la calidad de vida de los mismos. Lizzi et al. (2004) plantean: “es responsabilidad de todos los que trabajamos en salud y/o educación construir redes que habiliten espacios en común para detectar y abordar tempranamente posibles alteraciones” (p.173).

OBJETIVOS

- Indagar sobre los principales motivos de consulta de los pacientes que ingresan a tratamiento modalidad taller centrado en la familia del Hospital Zona Norte.
- Investigar cuáles son los agentes de derivación a consulta fonoaudiológica.
- Determinar la edad que tienen los niños y niñas cuando asisten al tratamiento modalidad taller.
- Reflexionar sobre la importancia de fomentar nuevos dispositivos de intervención temprana fonoaudiológica, como el que se brinda en el Hospital Zona Norte, y el asesoramiento a padres, para la detección, diagnóstico y tratamiento.

ENCUADRE TEÓRICO

Capítulo 1: Comunicación y Lenguaje

1.1 Conceptualización de la comunicación, el lenguaje y el habla

**“No hay sociedad sin lenguaje, así como
no hay sociedad sin comunicación”.**

El lenguaje es un complejo sistema funcional, propio del ser humano, que permite expresar, comprender, comunicar. En este sentido, la comunicación no se refiere simplemente a transmitir un mensaje determinado, sino al proceso esencial, por medio del cual se intercambian y construyen significados con otros.

Con respecto a esto, Chokler (1994) afirma que:

“La comunicación es el producto de las interacciones semantizadas que parten de las actitudes emocionales generando sistemas de señales, recíprocamente significantes, desde el diálogo tónico-postural, proxémico, cinético, contacto, mirada, mímica y gesto se construye el camino de la expresión al código y al lenguaje.” (p. 29)

La comunicación se refiere al compartimiento de la lengua, y el lenguaje, por lo que se constituye como instrumento privilegiado de la comunicación, es decir, que el lenguaje no se desarrolla al margen de la comunicación, sino a través de ella. A su vez, el lenguaje es vehículo de todas las estructuras sociales, es medio de representación y proceso simbólico único, y la comunicación va mucho más allá de codificar y decodificar un mensaje, es decir, incluye no solo componentes verbales sino también no verbales o paraverbales. Mientras que el habla hace referencia a un acto individual y de intención, en el cual están implicados fenómenos psíquicos y físicos que permiten hacer uso de la lengua para poder comunicarse. Saussure (1916) refiere

que el habla es psíquica ya que debe existir una codificación en el cerebro que permita transformar las ideas en palabras, y a la vez física porque en este sentido intervienen procesos físicos que permiten articular los sonidos, es decir, los órganos que lo posibilitan. A su vez plantea que el habla es activa ya que es el hablante el que decide cuándo transmitir una idea.

“El término comunicación puede definirse como el intercambio de información, o puesta en común de significaciones intencionadas en una relación humana determinada” (Maggio, 2020, p.22). En este sentido la intención es sumamente importante para lograr este intercambio. Como se mencionó previamente, no hay sociedad sin comunicación, ya que esta es la base de toda interacción social y permite la transmisión de la información, que es imprescindible en toda sociedad.

En relación al lenguaje, Kristeva (1969) plantea que, a lo largo de la historia, las concepciones acerca del mismo en cada época o civilización han ido cambiando de acuerdo a la cultura, creencias o ideologías. Así pues, en la época del cristianismo, se tenía una visión teológica del lenguaje, en la época del historicismo se consideraba al lenguaje como un desarrollo, una evolución o un cambio, y hoy en día se enfoca al lenguaje como un sistema y se contemplan los problemas de funcionamiento del mismo. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el lenguaje es un sistema complejo que desde un punto de vista exterior reviste un carácter material diversificado, es decir, está constituido por diferentes aspectos: cadena de sonidos articulados, marcas escritas y gestualidad.

En ese marco, Bruner (como se citó en Aizpún et al., 2013) sostiene que en el niño existen facultades cognitivas originales, que le permiten operar en una cultura determinada y adquirir y desarrollar el lenguaje. Es gracias a estas facultades y principalmente a la posición del adulto, que se construye una realidad compartida en la que el niño aprende a significar. “El uso del lenguaje depende de la apropiación que haga el niño de los modos de actuar y de pensar que no existen en sus genes, sino en la cultura”.

Según los planteos de Levin (2002) “El lenguaje es un tramado somato-psíquico-social y se construye con una Lengua determinada por medio de actos discursivos y en relación con otro” (p.11). Por lo tanto, la apropiación de la Lengua, que permite el despliegue del lenguaje, depende

no solo de la exposición del niño a una Lengua y a modos de actuar y de pensar determinados, sino también y, sobre todo, de la demanda de un otro (madre o cuidador), de la solicitud, de la escucha, dando lugar así a la posición de sujeto hablante en el niño siendo reconocido y validado como tal. Se requiere de una necesidad demandante para que el lenguaje surja.

Desde otra perspectiva, Sanchez Juarez y Monfort (1999) sostienen que el lenguaje se adquiere sobre bases fisiológicas y psicológicas pero que además existe un tipo de enseñanza materna del lenguaje oral. Esta enseñanza es mucho más compleja y profunda que la estructura superficial de todo idioma, es decir, mucho más que lo que se dice de manera concreta. Desde los primeros intercambios no verbales se construyen modelos de conducta que permiten la adquisición del lenguaje. Específicamente plantea que la actividad del niño, sus construcciones lingüísticas imperfectas, permiten que la madre pueda adecuar la comunicación y el lenguaje del niño. “Este ajuste es fundamental para la retroalimentación y la reestructuración progresiva del sistema de normas lingüísticas” (p. 16)

Por otro lado, Trevarthen (como se citó en Aizpún et al. 2013) afirma que, desde épocas tempranas de la vida, se puede acceder a la subjetividad del otro debido a una motivación, de carácter social, para la comunicación. Gracias a investigaciones llevadas a cabo por psicólogos cognitivos se pudo observar en el recién nacido, habilidades llamadas de “sintonía” y “armonización” con las personas que los rodean. Estas, se refieren a la predilección que presentan los bebés, por determinados estímulos visuales y auditivos que provienen de los adultos, más específicamente por características de la cara y de la voz humanas. En relación a esto, explica que las expresiones de los bebés son complementarias a las de los adultos de su entorno. Esta predisposición para la comunicación que se origina en la díada madre - hijo se denomina intersubjetividad primaria.

El acceso a la intersubjetividad se genera desde épocas tempranas, ya que desde el primer vínculo que se establece entre la madre y el niño, se puede vislumbrar como la madre le atribuye a la mirada, a los gorjeos, a los movimientos de su hijo, cierta intencionalidad. A su vez, el niño es capaz de percibir el tono emocional de su madre y esto se pone de manifiesto en sus vocalizaciones, donde se observa que intenta imitarla. Se generan entonces intercambios entre ambos gracias a que el bebé puede percibir que los gestos y expresiones de su madre están

cargados de intención. Esta estructura de dos es sumamente importante para que el niño pueda ingresar a la cultura, aprender sus símbolos y significados y por ende el lenguaje.

El ingreso del niño al lenguaje requiere de la construcción de competencias cognitivas como la del objeto permanente y al desarrollo de mecanismos para producir símbolos y lenguaje. Esto es necesario, pero no lo único que debe establecerse. Por ello, es fundamental el desarrollo de la conducta social y comunicativa del niño, donde se observa que ambos miembros de la diada sostienen una llamada y una respuesta. La madre con su baby talk (forma particular que utiliza para dirigirse al niño) y el niño con su respuesta expresiva. Esto se denomina según Bullowa (como se citó en Aizpún et al. 2013) “protoconversación”. (p. 2)

En ese marco, es posible observar de qué manera el lenguaje permite representar sentimientos, deseos, necesidades, y si no hay otro a quien decir, ni tampoco que decir, el lenguaje no puede surgir, de igual manera, sin la existencia del lenguaje, no hay posibilidad de un pleno desarrollo y regulación de las demás habilidades. Según Aizpún et al. (2013) todos estos conceptos retoman las ideas de Vygotsky, ya que, para el autor, el desarrollo del niño en general, incluido el desarrollo del lenguaje, es producto de la interacción social y del medio que lo rodea. Vygotsky (como se citó en Aizpún et al. 2013) afirma que todo en el comportamiento del niño está arraigado en lo social.

1.2 Comunicación y lenguaje en el desarrollo infantil

El siguiente apartado tiene como objetivo analizar las diferentes etapas del desarrollo lingüístico comunicativo, para lo cual se tomarán distintos enfoques teóricos. Se torna necesario mencionar que, las edades seleccionadas para el trabajo de investigación son las planteadas por Meneghello (2013) en su libro *Pediatría - Tomo I capítulo Guía del Desarrollo y Crecimiento en el niño y Adolescente*. Por lo tanto, las edades consideradas abarcan: recién nacido (desde 0 a 28 días), lactante menor (desde 1 mes hasta el 1 año), lactante mayor (desde el 1 año hasta los 2 años) y pre – escolar (desde los 2 años hasta los 5 años).

El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) considera que el desarrollo infantil “es un proceso dinámico y sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social” (p.1). Esto permite al niño, durante los primeros años de vida, configurar sus habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, sociales, emocionales y lingüísticas, posibilitando una equilibrada interacción con su entorno. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2013) plantea que en ese proceso dinámico se adquieren habilidades en varios aspectos que se encuentran relacionados: sensorial - motor, cognitivo, comunicacional y socio - emocional.

Cada aspecto está marcado por una serie de hitos o pasos, que implica primero el dominio de habilidades sencillas para luego adquirir habilidades más complejas. Sin embargo, la adquisición de estos hitos difiere en cada niño, ya que cada uno tiene su propio ritmo de aprendizaje y al mismo tiempo, el desarrollo se encuentra influenciado por las experiencias que le ofrece su entorno.

Por lo tanto, el desarrollo infantil, su seguimiento de manera regular y periódica, así como la detección temprana de dificultades en el desarrollo, tienen repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada niño. Significa entonces, que todo profesional de la salud encargado de atender a niños, debe conocer profundamente las características propias del desarrollo en las diferentes etapas de la vida y en sus distintas manifestaciones, no solo controles de crecimiento y desarrollo, sino en otras áreas, tales como la comunicación y el lenguaje.

Figueiras et al. (2011) afirman que:

Brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad. Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución.

(p. 9)

En relación al desarrollo lingüístico - comunicacional, según la teoría Neurofisiológica, se involucran dos procesos importantes: la maduración biológica, que está determinada

genéticamente y que se cumple inexorablemente; y el aprendizaje fisiológico que resulta de la interacción del sujeto con el medio y sus resultados son individuales. (Azcoaga, Bello, Citrinovitz, Derman, y Frutos, 1979). Desde esta posición, se denomina al desarrollo del lenguaje ontogenia, que hace referencia al desarrollo del ser en los primeros estadios de la vida. En este sentido, el lenguaje se divide en etapas, la primera abarca desde el nacimiento hasta los 12 a 15 meses aproximadamente, la cual se considera primera etapa de comunicación o nivel prelingüístico

En la etapa mencionada no se habla de lenguaje propiamente dicho, pero sí de comunicación, ya que el bebé se comunica mediante el grito y el llanto, los cuales son portadores de numerosos mensajes para su madre. A su vez, estas actividades innatas son el sustento del lenguaje, ya que debido a su paulatina ejercitación preparan las estructuras y músculos para la futura emisión del lenguaje y, además, influyen otras actividades fisiológicas como la respiración, la succión y la deglución, las cuales se consolidan con la repetición.

En relación a esto, Azcoaga et al. (1979) establecen que:

“Todo esto tiene su expresión visible en el lactante, que día a día va cambiando la tonalidad y la gama de sonidos de su grito o su llanto, de modo que el repertorio de sus posibilidades, respiratorias y alimentarias, va ampliándose continuamente”. (p.28)

Además, en esta etapa tiene lugar lo que se denomina, según Azcoaga et al. (1979), “juego vocal”. Este comienza a partir del segundo mes de vida y se divide en dos etapas, la primera se denomina “juego vocal propioceptivo” y la característica principal es la repetición, aparentemente sin motivo, de sonidos vocales y guturales. Generalmente se observa en el bebé que imita a la madre ante sonidos guturales propios de esta primera etapa como “aggggg”.

Posteriormente se ingresa en la etapa propioceptivo - auditiva, que se extiende hasta los 10 u 11 meses. Intervienen las aferencias auditivas además de otros analizadores. La actividad vocal se va haciendo cada vez más rica, ya que se van incorporando nuevos sonidos. A los componentes sensorio-perceptivos ahora se le agrega la sensación oída, por lo tanto, las aferencias auditivas refuerzan la actividad vocal y regulan los sonidos que produce el niño. (Azcoaga et al., 1979).

De manera paulatina, durante ese periodo, se genera el pasaje del juego vocal a la palabra. Se produce en esta etapa el reforzamiento de los sonidos de la lengua que se habla en torno al niño y se excluyen todos los sonidos del juego vocal que no pertenecen a esa fonética.

Azcoaga et al. (1979) afirma que la acción reguladora y reforzadora de la lengua hace que los sonidos del juego vocal se conviertan en fonemas, pero es importante señalar que estos fonemas que se adquieren forman parte de un proceso que posee determinadas leyes, es decir, siguen un orden cronológico determinado como bien lo planteó Jakobson. Este orden siempre es el mismo en todas partes y en todos los momentos y se prolonga hasta los cinco años en donde llega a su culminación.

Por otro lado, Maggio (2020), desde un enfoque neurolingüístico, propone la etapa preverbal para referirse a este periodo, donde el niño aprende a comunicarse sin lenguaje. Expresa que “el desarrollo de la comunicación ocurre, entonces, desde etapas muy tempranas y tiene una íntima vinculación con el desarrollo de aspectos emocionales” (p. 43). Por ejemplo, la sonrisa social, que se logra a los tres meses de vida, es uno de los primeros mecanismos en lo que respecta a la comunicación. Este proceso se encuentra en relación con la identificación de emociones básicas, siendo necesario para que se produzca, la mirada de un otro, de un adulto.

De manera previa al surgimiento del lenguaje verbal, la autora considera la existencia de habilidades que hacen al despliegue del lenguaje, que se denominan predictores de la comunicación. En primer lugar, se manifiesta el contacto visual, que se logra al final del primer mes de vida y se va perfeccionando a lo largo de los meses. Las protoconversaciones, son también predictores, que tienen lugar entre los tres y cuatro meses. Son intercambios entre el bebé y el adulto cuyo aspecto característico es la toma de turnos. Estas, forman parte de lo que se denomina según Trevarthen (como se citó en Maggio 2020) intersubjetividad primaria.

Otro de los predictores de la comunicación es la atención conjunta, que le permite compartir la atención con otro sobre un determinado objeto o evento utilizando el contacto visual. Por último, los gestos, que según Trevarthen forman parte de la intersubjetividad secundaria. Alrededor de los siete u ocho meses, el bebé comienza a tener un mayor interés hacia los objetos del medio, cuya importancia radica en el desarrollo simbólico y lingüístico. Surge debido a esto, la

aparición de dos tipos de gestos exactamente: los protoimperativos que son vocalizaciones y gestos con intencionalidad, dirigidos a un objeto y persona cuya finalidad es pedir, y los protodeclarativos que son gestos y emisiones que cumplen la función de compartir con el otro el interés con respecto al objeto. Esta etapa de intersubjetividad secundaria implica en el niño el uso de los objetos para interactuar con los otros, aprender del medio circundante y abrirse a compartir intereses y experiencias.

En este sentido, Bates (como se citó en Haller, Gallastegui, Barrionuevo y Grinspon 2011) establece diferentes periodos de comunicación temprana:

- Periodo Perlocutorio Temprano (0-4 meses): Hacia los dos meses los niños y niñas discriminan expresiones faciales y prefieren las de alegría. Hacia los cuatro meses utilizan la mirada para llevar a cabo intercambios con los otros, siendo esto un indicador de intersubjetividad primaria. Las vocalizaciones aún no comunican deseos o necesidades.

- Periodo Perlocutorio Tardío (4/6 a 8 meses aprox.): Las conductas comunicativas del niño se caracterizan por la intención. Comienza a realizar sonidos para atraer al adulto, pero todavía no es capaz de solicitar ayuda para resolver algún problema con un objeto.

- Periodo Ilocutorio Temprano (8 meses a 12 meses aprox.): En este periodo los niños utilizan señales no verbales de manera intencional, como gestos o vocalizaciones para dirigir la atención del adulto hacia un objeto o evento. Se da la ampliación de la atención conjunta a través de los protodeclarativos y protoimperativos.

- Periodo Ilocutorio Tardío (12 meses a 14 meses aprox.): Las señales se convierten en gestos convencionales y protopalabras. Los gestos convencionales son los reconocibles por ambos participantes de la interacción, como por ejemplo señalar, mostrar. Las protopalabras son producciones que se aproximan a las palabras. Paulatinamente, van dejando atrás la dependencia del contexto para ser interpretadas.

Una vez superada la primera etapa de comunicación -desde la teoría Neurofisiológica- se desarrolla la segunda etapa o primer nivel lingüístico que, según Azcoaga et al. (1979) está comprendida entre el año y los cinco años de vida del niño. Este periodo es uno de los más ricos en relación al desarrollo del lenguaje ya que se produce una adquisición gradual de los fonemas

y la ampliación de la comprensión de significados. El autor establece distintas sub etapas propias de este periodo. Estas pueden darse no solo sucesivas unas de otras sino también abreviadas, superpuestas u omitidas en lo que respecta al desarrollo. Estas subetapas son:

- Monosílabo intencional: comienza antes del año y se extiende hasta aproximadamente el año y medio. Se puede observar que los componentes silábicos que aún no están perfeccionados, cumplen una función denominativa alcanzando un nivel de comunicación junto con actividad gestual y entonaciones prosódicas.

- Palabra-frase: se extiende después del año hasta casi los dos años y se caracteriza por el valor de frase que tiene la palabra en esta etapa, donde a menudo se trata de fusiones de dos palabras en una, palabras a las que se les suprime una sílaba y hasta neologismos.

- Palabra yuxtapuesta: se trata de la utilización de dos palabras fusionadas o coordinadas entre sí que paulatinamente se van independizando, designando a la palabra más constante “palabra pivote” y a las demás “palabras abiertas”.

- Frase simple: las palabras “pivote-abiertas” se van complejizando y se produce la incorporación de preposiciones, conjunciones, artículos y declinaciones que van dando mayor coherencia a la sintaxis. En esta etapa también tiene lugar el monólogo infantil durante el juego, que es el comienzo de la interiorización del lenguaje.

En relación a los periodos que propone Bates (2011), se da el periodo Locutorio (14 meses en adelante), en el que empieza a desarrollarse el habla y las primeras palabras permiten traducir significados que previamente fueron expresados gestualmente. Las protopalabras se transforman en palabras convencionales. Se da la generalización de las palabras que es indicador de comunicación simbólica.

Para la autora Maggio (2020), es posible observar que la etapa lingüística o verbal que se refiere a este periodo, comienza a partir de los 12 o 18 meses, ya que la construcción del lenguaje es un proceso que empieza en el mismo momento en el que el niño nace y se completa alrededor de los cinco años (Maggio, 2020, p.53).

Secuencia de adquisición típica del lenguaje en la etapa verbal:

- Primeras palabras con sentido (entre los 12-18 meses)
- Combinación de 2 palabras (24 meses)
- Frases simples (36 meses)
- Frases complejas (48 meses)
- Narraciones – lenguaje funcional (60 meses)

En cuanto al desarrollo léxico, las primeras palabras generalmente están ligadas al contexto y se van descontextualizando con el tiempo. La característica principal es que una misma palabra puede ser utilizada para distintas situaciones, es decir que sirve para diferentes significados. Para aprender una palabra nueva el niño debe poder pronunciarla y además reconocer el significado, la forma, la funcionalidad y la utilidad, aunque no conozca el nombre de cada uno de sus componentes. Maggio (2020) plantea que esta etapa en la que el niño se expresa sólo a partir de una única palabra se denomina estadio de una palabra que se extiende desde el inicio del primer año hasta el comienzo del segundo. En esta etapa también existe un fenómeno denominado de explosión léxica que aproximadamente va desde los 13 hasta los 25 meses en donde el niño es capaz de aprender más cantidad de palabras en poco tiempo.

En relación al desarrollo fonológico, según la autora se perciben diferentes etapas de balbuceo hasta acercarse a la forma de los sonidos de su lengua, luego de la etapa de balbuceo llega un periodo de supuesto silencio hasta alcanzar la emisión de las primeras palabras. Las primeras cincuenta palabras que logran los niños alrededor de los dos años tienen la característica de ser estructuras silábicas simples de vocal y consonante y sílabas reduplicadas con vocales y consonantes limitadas (Maggio, 2020). Los errores de simplificación (que generalmente no alteran la comprensión del discurso) son comunes en los niños hasta los tres años aproximadamente. “No existe un patrón lineal que vaya acercando la ejecución hacia la forma adulta. Tampoco existe un patrón común a todos los niños en el desarrollo fonológico” (Maggio, 2020, p.57).

Según el análisis morfosintáctico desarrollado por la misma autora, entre los dos y los tres años los niños y niñas aprenden a combinar dos o más palabras. La frase gramatical, que es importante en la adquisición del lenguaje, está caracterizada por poseer elementos esenciales como la

entonación, la sobregeneralización, las flexiones y el orden de las palabras. Lo primero en relación al desarrollo morfosintáctico que es posible observar es la construcción de holofrases, que son palabras aisladas con clara intencionalidad que se interpretan como una expresión completa. Para los 18-24 meses, esas expresiones comienzan a secuenciarse, por ejemplo: nene ota por nene pelota. Entre los 24-30 meses logran construir frases de tres elementos.

Maggio (2020) sostiene que: “el repertorio gramatical comienza a ampliarse; a los sustantivos y adjetivos calificativos se suman los pronombres, formas posesivas como mío-tuyo” (p. 59). Hacia los 30-36 meses las frases se estructuran con cuatro elementos o más y se incorporan preposiciones, artículos determinados, adverbios, pronombres personales y marcadores de género y número. Entre los 36 y 42 meses las oraciones son más extensas, aparece la “recursividad” que hace referencia a utilizar de manera excesiva los nexos y, que” o. Hacia los 42-54 meses puede utilizar frases simples y complejas y se completa la adquisición de la gramática básica. Las estructuras más complejas dependen de las adquisiciones escolares.

Por último, para abordar el estudio del desarrollo pragmático, no solo es necesario tener en cuenta el lenguaje verbal sino también el no verbal, sino, que también es necesario, el desarrollo de la empatía y de la Teoría de la Mente (ToM), mecanismo que permite comprender las intenciones ajenas (Maggio, 2020) Premack y Woodruff (como se citó en Aizpún et al. 2013) proponen el término Teoría de la Mente (ToM), para referirse a las habilidades de explicar, predecir e interpretar la conducta en el término de estados mentales como pueden ser pensar, creer, imaginar.

La pragmática puede ser analizada en tres contextos, en el contexto lingüístico, por un lado, la microestructura está relacionada con el nivel local del discurso, la relación de proposiciones dentro de la frase, y la macroestructura hace referencia al análisis del discurso como un todo. Por otro lado, el contexto paralingüístico está relacionado con la prosodia, entonaciones, expresiones faciales, gestos, etc. El contexto extralingüístico tiene que ver con los contextos o situaciones en los que se producen los intercambios. Puede pasar entonces que los significados de los mensajes varíen en relación al contexto en el que ocurren. Algunas conductas pragmáticas que se observan en los niños a partir de los 8-9 meses en adelante según Adams (como se citó en Maggio 2020) son: toma de turno preverbal, protopalabras, desarrollo de los actos

comunicativos, estabilización de toma de turnos, mantener el tema en la interacción con el adulto, utilizar formas corteses, responder a peticiones de información no específicas, inferir información de una historia, entre otras.

1.3 Dificultades en la comunicación y el lenguaje en la primera infancia

La ausencia o retraso de la comunicación y el lenguaje, puede afectar a niños que no han presentado ningún tipo de riesgo al momento de nacer y que han cumplido con los requisitos esperables del desarrollo, o, por el contrario, puede evidenciarse en niños que han presentado alteraciones más o menos severas en relación a su desarrollo. Por ende, este fenómeno es complejo, como el lenguaje mismo, y multifactorial ya que puede ser la consecuencia de muchas causas originales.

En relación a las causas, Sanchez Juarez y Monfort (1999) proponen que cuando existe una alteración en la capacidad que tiene el niño para comunicarse, se produce una modificación en la dinámica de interacción familiar que conlleva a una influencia negativa en la calidad y cantidad de estímulos producidos por parte de los padres. En efecto, si un niño habla poco, seguramente reciba menos estímulos que otro niño más activo en este aspecto. Entonces la ausencia o el retraso del lenguaje radica, desde esta perspectiva, en la cantidad y calidad de estimulación recibida. Esto se desprende de su concepción acerca del lenguaje como un proceso interactivo, donde los adultos sirven como mediadores que promueven conductas pedagógicas que funcionan como ajustes de la comunicación de los niños.

Por otra parte, en relación a los causantes de la génesis tardía del lenguaje, Aizpun et al. (2013) explican que: “pueden obedecer a déficits sensoriales, del desarrollo mental, de la conexión-comunicación, de lesiones neurológicas o del funcionamiento cerebral anómalo”. (p. 6). Por lo tanto, estos déficits se pueden clasificar como: sordera o ceguera, incompetencia cognitiva, trastorno generalizado del desarrollo, parálisis cerebral u otros cuadros motores y trastorno específico del lenguaje.

Es decir que, cuando se producen injurias neurológicas tempranas, por ejemplo, queda claro que se pueden detectar fallas a nivel auditivo, defectos del desarrollo mental y motor, etc. En este caso es posible justificar el retraso o la ausencia del lenguaje pudiendo deducirse su etiología. No ocurre lo mismo en los casos donde no han sucedido accidentes tempranos o patologías del neurodesarrollo que permitan establecer una causa específica. Por otro lado, según las autoras, no es posible enunciar una hipótesis en relación a un cuadro lingüístico primario antes de los 48 meses, ya que para poder realizar un análisis neurolingüístico se necesita que el sistema esté activado y de esta manera poder obtener muestras válidas de comprensión y producción lingüísticas.

En este estudio, la edad de los pacientes que se registraron en las historias clínicas, oscila entre los 0 y 4 años, por tanto, no se cuenta con diagnósticos fonoaudiológicos, pero es posible observar los motivos de consulta, que refieren padres o profesionales por los que estos pacientes llegan a la consulta fonoaudiológica y posteriormente al taller centrado en la familia. Se torna necesario destacar que las dificultades que pueden presentarse en la adquisición del lenguaje no son homogéneas. Es un retraso en la aparición de los niveles del lenguaje, que afecta sobre todo a la expresión (en todos sus aspectos: fonéticos, fonológicos, semánticos, morfológicos y con discrepancia entre los autores, pragmático) (Sanchez Juarez y Monfort, 1999, p.31).

De acuerdo a Aizpun et al. (2013), el retraso “representa una demora discreta de la construcción lingüística, cuya primera manifestación puede ser una ausencia del lenguaje más o menos prolongada y una progresión lenta y algo trabajosa posterior” (p.25). Es decir que constituye lo que se denomina cronopatía. Por lo tanto, el desarrollo lingüístico del niño presenta un desfase en relación a su edad cronológica, es decir, las características y etapas evolutivas del lenguaje siguen su curso normalmente, pero se presentan más tarde en el tiempo.

Puede considerarse a esta población -de menos de 30 meses- como hablantes tardíos que, según las autoras, conforman de un 10 al 15 % de la población infantil. Hacia los 5 o 6 años sus dificultades pueden remitir en la mayoría de los casos de manera espontánea y en otros casos con la terapéutica adecuada obteniéndose una buena resolución de las dificultades.

En ese marco, Narbona y Chevrie-Muller (2001) plantean que la población que presenta retrasos o desviaciones en la adquisición del lenguaje representa de un 10 a un 14 % en niños menores de 6 años. Expresan que más de dos terceras partes de estas dificultades están en el límite de la variabilidad normal y remiten espontáneamente o con terapia mínima. En este sentido, hacia los 6-7 años queda un 4 % de niños que presentan trastornos permanentes del lenguaje de diversa naturaleza: específicamente 0,3 % tienen déficits de audición o de los órganos fonarticulatorios, 2,2 % retraso mental o trastornos de la gama autistas y 1,5 % trastorno específico del lenguaje.

Por otra parte, según datos aportados por Aguado (2009): “el 20 % de la población infantil entre los dos y los tres años puede tener retraso del lenguaje. Hacia los tres años ese número baja a menos de la mitad, aumentando así la probabilidad de que esos niños, tengan trastorno específico del lenguaje, cuya incidencia es del 7 % en la población infantil”. (s/d)

Resulta menester entonces, tener en cuenta las señales tempranas de alarma en relación a cualquier dificultad en el lenguaje, ya que pueden derivar en trastornos del lenguaje en un futuro. Por ello, es de suma importancia la intervención temprana del lenguaje ante la duda o preocupación de los padres u otros profesionales y que las familias estén informadas y cuenten con las herramientas para acompañar a sus hijos en el proceso de adquisición del lenguaje. Según Aizpun et al. (2013) estas dificultades es posible observarlas en la producción, la comprensión, en las tareas de repetición y aspectos psicosociales.

En el aspecto expresivo del lenguaje, encontramos que las primeras palabras no aparecen antes de los 24 o 30 meses, así como también la palabra frase se encuentra retrasada en el tiempo apareciendo hacia los 36 a 40 meses. El pronombre personal generalmente tiene su aparición a partir de los 48 meses en adelante. El vocabulario se observa acotado y la característica principal del lenguaje es de tipo telegráfico extendiéndose hasta los 48 meses en adelante. Los procesos fonológicos se evidencian siempre y hacia los 4 a 5 años el niño se comunica con frases simples con yuxtaposición de vocablos. La morfosintaxis suele presentarse de manera desorganizada, ya que pueden presentarse casos de ininteligibilidad para el interlocutor no familiar y pueden llegar a utilizar gestos y mímicas para compensar las dificultades.

Además, en relación a la dimensión comprensiva del lenguaje, se evidencia que esta se encuentra mejor que la expresión, pudiendo el niño adaptarse a las situaciones cotidianas debido a que el contexto extralingüístico le otorga señales facilitadoras. Generalmente, las dificultades se encuentran en aspectos espaciales, temporales, nociones relativas a cantidades, colores, números, figuras y escenas. También se observan dificultades en mensajes más complejos, suele hacer apreciaciones equivocadas de relatos o cuentos extensos, así como también falta de interpretación de chistes simples.

Cuando se le solicita a un pequeño/a que repita sílabas, palabras o frases, generalmente se evidencian dificultades, no pudiendo determinarse muchas veces, si la dificultad se encuentra en la expresión o en la decodificación. En lo que respecta a los aspectos psicosociales suelen presentarse desventajas respecto de sus pares en el jardín de infantes. Debido a esto, en ocasiones, suelen aparecer trastornos de conducta que dificultan la dinámica familiar o bien repercutir en los aprendizajes de edad pre – escolar. En este sentido, en etapas consecutivas se manifiestan limitaciones en la lectoescritura (Aizpun, 2013).

En lo que respecta al uso funcional o pragmática del lenguaje, Gallardo – Pauls (2009) plantea que dada la asociación que se presenta entre los distintos niveles del lenguaje, no es tarea sencilla aislar aquellas dificultades estrictamente pragmáticas. Sin embargo, propone niveles pragmáticos de valoración en el hablante. En la interacción específicamente, se observan distintos rasgos que hacen al uso funcional del lenguaje evidenciando una dificultad en la interacción. Las dificultades radican desde esta perspectiva, en pausas o lapsos en la conversación, poca participación con turnos bastantes breves y respuestas mínimas a lo que se le pregunta, o, por el contrario, turnos excesivos, dificultando la participación de los demás.

Además, se observan limitaciones al responder en la interacción, por ejemplo, no cede el turno al interlocutor o no presenta vinculación entre lo que dice y lo que han dicho los interlocutores. Dificultades en la gestualidad, presentándose un uso enfático y desmesurado de códigos visuales y gestuales o un uso reducido y descompensado de los mismos. Por otro lado, puede manifestarse la ausencia de la mirada en el niño, que indica falta de escucha activa en el intercambio comunicativo. Falta de adaptación al estilo de habla del interlocutor, a las

necesidades del contexto y a la utilización de formas corteses, por ejemplo, puede haber presencia de indiscreciones, groserías, descortesías, etc.

En lo que refiere a la enunciación, pueden presentarse anomias¹ que dificulten el acceso léxico, uso anómalo o marcado de pausas, uso de componentes no verbales para compensar la deficiencia de los actos verbales, desequilibrios de la comprensión y la expresión en relación a la intención o situación comunicativa, rupturas temáticas bruscas o temas preferidos que obstaculizan el desarrollo fluido de los temas.

En muchas ocasiones, la tartamudez en estas edades, suele ser motivo de consulta por parte de profesionales o padres que refieren que sus hijos repiten o interrumpen sus enunciados. En este sentido cabe destacar que, en sus inicios, el habla es torpe con repeticiones e interrupciones debido a que los niños hacen uso del habla, pero sin prestar atención a la forma en la que lo hacen. Esto tiene que ver con la maduración fonoarticulatoria durante el periodo de adquisición del lenguaje, es decir, forma parte del lenguaje normal, no perfecto y estos errores normales de la fluidez como lo denominan Coscueta y Perez Berbai (2020), sirven para la planificación y ejecución del lenguaje. Se denomina a estas interrupciones y repeticiones, según la doctora en lingüística Ester Scarpa (1995) disfluencias infantiles, que suelen ocurrir entre los 2 y los 4 años. Estas son consideradas fisiológicas debido a que duran un tiempo y luego tienden a desaparecer. En general, en el 80 % de los casos suelen remitir y el 20 % restante pueden cronificarse y necesitar, de este modo, intervención fonoaudiológica.

El hospital Zona Norte, del cual se recabaron datos para este trabajo de investigación, utiliza para clasificar las diferentes patologías al sistema C.I.E. 10 con fines estadísticos y comunicativos, ya que permite manejar un lenguaje unificado con todos los profesionales. Según la Superintendencia de Servicios de Salud (2016), “la C.I.E 10 es una Clasificación Diagnóstica Estándar Internacional, que se define como un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos” (p.1). Su utilidad radica

¹ Es la dificultad o imposibilidad para denominar.

en que permite convertir los términos diagnósticos de palabras a códigos alfanuméricos para su fácil almacenamiento y posterior recuperación.

A la hora de especificar los cuadros diagnósticos, el servicio de Fonoaudiología del Hospital utiliza internamente la clasificación de Isabelle Allen y Rapin que surge a fines de la década del 80 y tiene validez en la actualidad. La población escogida eran pacientes en edad pre-escolar y los cuadros que se establecen surgen a partir del análisis de sus producciones lingüísticas.

Clasificación de los tipos de trastornos:

1. Trastornos de la vertiente expresiva:
 - Dispraxia verbal.²
 - Déficit de programación fonológica.³
2. Trastornos mixtos expresión-comprensión:
 - Agnosia auditivo-verbal.⁴
 - Déficit fonológico-sintáctico.⁵
3. Trastornos del procesamiento de orden superior:
 - Déficit semántico-pragmático.⁶
 - Déficit léxico-sintáctico.⁷

2 Comprensión normal o casi normal con articulación afectada. Dificultades para planificar la secuencia de movimientos necesarios para producir sonidos del habla y su secuenciación en sílabas o palabras.

3 Comprensión normal o casi normal. Habla ininteligible por falta de conocimiento y uso de los rasgos fonéticos e inhabilidad para articular secuencias de sonidos y/o identificar fonemas en contextos secuenciales. Déficit de análisis secuencial y deficiente memoria auditivo-verbal.

4 Comprensión severamente afectada por las dificultades para decodificar el lenguaje por vía auditiva. Producción del lenguaje limitada con alteraciones fonológicas. Desarrollo comunicativo no vocal adecuado.

5 Trastorno fonológico con sintaxis rudimentaria y anormal. Expresión limitada en relación al discurso narrativo y conversacional. Mejor desarrollo en aspectos pragmáticos y semánticos, aunque a menudo con limitaciones.

6 Severos problemas de comprensión. Habla fluida y articulación normal. Dificultades para almacenar o representar el significado semántico de las palabras, así como también en la organización semántica del discurso. Anomalías pragmáticas en la función conversacional.

7 Dificultad en la comprensión de enunciados complejos. Déficit del desarrollo fonológico y sintáctico y de recuperación léxica en la primera etapa. Habla fluente con posible “seudo – tartamudeo”. En segunda etapa el desarrollo fonológico se recupera persistiendo dificultades en la comprensión-expresión de discurso narrativo.

Capítulo 2: Intervención fonoaudiológica temprana centrada en la familia

En este capítulo se abordarán conceptos de atención temprana y modelos de intervención centrada en la familia, así como otras experiencias relacionadas a la evaluación, al seguimiento y la detección temprana de problemáticas en la comunicación y lenguaje.

2.1 Atención temprana, niveles de prevención e intervención temprana centrada en la familia

La atención temprana se refiere a una práctica de intervención relativamente reciente que surge de la necesidad de trabajar con criterios bien definidos para cuidar los primeros años de los lactantes y niños pequeños. Simeonsson et al. (1982) definen a la intervención temprana “como un período de intervención sistemática llevado a cabo en lactantes o infancia temprana”. (s/d) Dicho término se ha utilizado para describir programas para niños que presentan algún problema en su desarrollo y a tratamientos educativos diseñados para prevenir o mejorar posibles alteraciones ya existentes en determinados niños. Por lo tanto, desde esta perspectiva, los programas de atención utilizan métodos conductuales estructurados centrados especialmente en el niño, es decir, se trata de proporcionar actividades adecuadas a los niños con dificultades evolutivas, con el fin de mejorar en distintas áreas sus niveles madurativos.

Sin embargo, las intervenciones realizadas durante los primeros años, en cierta medida, son más que acciones educativas o conductuales específicas. En este sentido, Candel Gil (1999) afirma que “se ha comprobado que el desarrollo del niño es el resultado de un complejo proceso de interacción entre el organismo y las aferencias ambientales”. (p. 8) Los planteos de Haller et al. (2011) reservan el término de intervención oportuna al monitoreo del desarrollo y terapéutica en bebés con patologías probables o en ciertos casos ya diagnosticados. Por lo tanto, se identifica e interviene en niños aparentemente asintomáticos, pero con posibles trastornos en su desarrollo.

Haller (2008) elabora una definición para este término:

“Promover el deseo y la motivación para elicitación la comunicación intra e intersubjetiva al comienzo entre un adulto significativo para el niño pero que progresivamente se ampliará hacia otros, respetando la singularidad de cada infante y su grupo familiar, cuya finalidad es promover la empatía y contribuir al proceso de humanización”. (p.17)

Por su parte, Perpiñán (2009) considera que intervenir en atención temprana implica “favorecer la creación de contextos adecuados donde el niño pueda interactuar en condiciones óptimas” (p. 18). Este tipo de intervención tiene en cuenta no solo al niño, sino también a la familia y al entorno en el que éste se desenvuelve; por tanto, habrán de tenerse en cuenta las características personales del infante, el ambiente y la posibilidad de interacciones recíprocas.

Siguiendo lo abordado anteriormente, el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) define qué:

“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social”. (p. 7)

A partir de esta definición, es posible resaltar algunas ideas básicas que reflejan la importancia de la intervención con la familia:

- El objeto de intervención ya no es solo el niño, también el entorno familiar y su contexto. El niño construye su desarrollo a partir de la interacción con los adultos de referencia,

en donde la comunicación cobra un papel fundamental como elemento mediador y motivador de sus adquisiciones.

- La intervención debe producirse tan pronto como sean detectadas las necesidades. En consecuencia, en el momento en que se detecta alguna dificultad en su desarrollo o riesgo de padecerlo, los padres o quienes cumplan dicha función, atraviesan por distintos estados emocionales, que pueden influir en la relación con su hijo. En este sentido, los profesionales deben intervenir con las familias lo antes posible, para favorecer el ajuste a esa nueva situación potenciando el sistema familiar ante los cambios que se han producido.

- Considerar la globalidad del niño implica tener en cuenta todas sus necesidades biológicas, psicosociales, interpersonales, etc. y, por ende, las necesidades de su entorno. Por lo tanto, son los padres los primeros en reaccionar a las señales comunicativas y quienes le otorgan significados a sus conductas, de ahí que, son clave en el proceso de atención temprana, pero no solo como dispensadores de recursos para el niño sino también como parte del mismo proceso.

- En la actualidad, la atención temprana, suele ser abordada por equipos de profesionales que, trabajando coordinadamente, aportan perspectivas de otras disciplinas, de modo que den respuesta a las múltiples necesidades que presenta el niño y el contexto en el que se desarrolla.

Por otro lado, según Candel (2000) existen tres argumentaciones teóricas que son la base del desarrollo de los programas de intervención temprana:

1. Los niños con problemas del desarrollo, requieren de una experiencia temprana mayor y/o diferente a la de los niños sin problemas.
2. Son necesarios programas que cuenten con personal especializado para ayudar a proporcionar la experiencia temprana requerida para compensar las dificultades de desarrollo.
3. El progreso evolutivo mejora en los niños con dificultades que participan en programas de Atención Temprana.

Cabe destacar que, que el término atención temprana se aborda desde tres niveles de intervención: la prevención primaria, que hace referencia a las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias, con el objetivo de evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Por otra parte, la prevención secundaria, tiene como objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo. Mientras que, la prevención terciaria se orienta a atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

En este punto, resulta fundamental, la descripción del rol del profesional fonoaudiólogo en la intervención temprana, que según la Ley Nacional N° 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología (2020) establece en el Artículo 2°:

“Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje”.

Así pues, en el caso de los niños y niñas que asistieron a tratamiento modalidad taller centrado en la familia, el rol del profesional fonoaudiólogo junto al equipo de salud, tiene como objetivo lograr una red de contención a la familia, mediante intervenciones efectivas que se adecuen al niño o niña y a su entorno, respetando los tiempos de las infancias.

Perpiñán (2009) afirma que “se ha comprobado que, sin la implicación de las familias, los logros eran escasos, ya que ésta proporciona continuidad a la intervención y la posibilidad de generalizar todo aquello que el niño aprende a diferentes situaciones” (p. 20). Dicha perspectiva, tiene un carácter ecológico, ya que la acción de un adulto influye sobre el desarrollo del lactante y el niño pequeño, pero al mismo tiempo, provoca cambios en el adulto.

Resulta de suma importancia la participación de las familias, por ello, es necesario brindar la ayuda necesaria para modificar, adquirir, cambiar, mejorar y ajustar algunas pautas o estrategias de interacción que ejercen en sus casas diariamente con los menores para que el trabajo de atención temprana pueda considerarse completo (Dunst, 2004).

De acuerdo a Candel (2003) existen una serie de puntos en común que inciden en los modelos actuales en Atención Temprana:

- Se considera al niño como un aprendiz activo implicado en sus procesos de aprendizaje.
- El aprendizaje se produce sobre un contexto natural, es decir, que las situaciones cotidianas ofrecen al niño múltiples oportunidades de construir aprendizajes.
- Las actividades deben ser funcionales y motivadoras insertas en sus rutinas diarias para que faciliten el aprendizaje significativo.
- El vínculo afectivo se constituye como auténtico motor del desarrollo, es decir, resulta muy importante que la interacción entre el niño y los adultos con los que se relaciona sea gratificante en ambos sentidos.
- Se produce una reciprocidad en las relaciones familia - niño, influyéndose mutuamente.
- La familia es considerada como un todo debido a que el niño es parte de dicho sistema.

Retomando los aportes de Perpiñán (2009), es posible observar que un programa de atención temprana debe articularse en dos líneas:

- La intervención con el niño, entendida esta como un proceso continuo donde se abordan las distintas áreas del desarrollo de forma global, a través de acciones significativas que tengan en cuenta la motivación del niño en un clima de seguridad afectiva.

- La intervención con el entorno, como el conjunto de medidas dirigidas a los contextos donde el niño se desenvuelve. Esta debe abordarse por un solo profesional experto en asesoramiento que aglutine la labor de todo el equipo de forma que sirva de referencia a la familia o a los educadores y pueda establecer con ellos una relación fluida.

Según lo expuesto anteriormente, dicho autor busca justificar las estrategias de intervención con las familias en una serie de postulados teóricos que las sustentan. De esta forma, propone analizar las aportaciones de diversas teorías y su aplicación al ámbito de la intervención familiar:

Por un lado, el Constructivismo, considera a la atención temprana como un proceso de construcción del desarrollo del niño y del entorno óptimo, el cual se realiza mediante la interacción y el andamiaje. En este sentido, es importante comprender qué entendemos por andamiaje. Éste consiste en proporcionar un aprendizaje guiado que permita al aprendiz, a través de un proceso de interacción, avanzar en su aprendizaje, que luego irá desapareciendo progresivamente a medida que éste desarrolle autonomía. De esta forma, el proceso de interacción que se genera entre la familia y los profesionales de la atención temprana es una situación de aprendizaje mutuo, a la que ambas partes acceden con un conocimiento determinado de realidad y que, es previsible que se produzcan cambios referidos a los conocimientos, que los implicados en el proceso, tienen que recoger y reorganizar en su estructura de conocimiento. Esta relación es un continuo de situaciones de enseñanza - aprendizaje, donde ambos cumplen en distintos momentos, roles de alumno y educador. Por lo tanto, debemos como profesionales, partir de los aprendizajes previos de las familias, para andamiar correctamente su proceso de construcción, generando así un entorno favorable al desarrollo del niño.

Por otro lado, la Teoría de los Constructos Personales de Kelly (1955), estima que las personas construyen modelos mentales para explicar y prever los acontecimientos y elaboran

explicaciones a modo de hipótesis que deben confirmarse con la experiencia. Así, concibe a la familia, al profesional o al niño como un científico que elabora explicaciones respecto a los acontecimientos que deben ser confirmados. Por eso, en el proceso de intervención familiar es necesario tener en cuenta esas construcciones de las familias, que pueden ser o no compartidas con las construcciones que, a su vez, tienen también los profesionales sobre el niño, la familia y la atención temprana. De esta forma, es indispensable identificar el sistema de constructos de las familias, ya que el papel del profesional será, en muchas ocasiones, impulsar a los padres en el cambio de sus constructos, buscando conjuntamente explicaciones o interpretaciones alternativas a las conductas del niño o de los padres, que se pueden verificar con observaciones y posteriormente, determinen la necesidad de modificarlos.

Estos aportes conceptuales resaltan el papel de los procesos cognitivos que realiza el individuo. En este sentido, el profesional trabaja con el componente cognitivo de las actitudes y, mediante un proceso de andamiaje, acompaña a la familia en la construcción de su percepción de autocompetencia.

“No solo hay que estimular al niño, sino que, sobre todo, hay que crear contextos cálidos y ricos para que el niño, al interactuar en ellos, crezca desarrollando al máximo sus posibilidades”. (Perpiñán, 2009, p. 10)

2.2 Modelos de intervención temprana centrada en la familia

En los últimos tiempos se ha profundizado sobre los aportes de distintos autores, respecto a una serie de modelos teóricos que ponen de manifiesto la relación entre los profesionales y las familias: la ecología del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979), el Modelo Transaccional (Sameroff y Chandler, 1975), y la Teoría sobre la Modificabilidad Cognitiva Estructural (Feuerstein y otros, 1980). Estos postulados teóricos han influido de forma decisiva en el desarrollo de un nuevo modelo de intervención, el Modelo de Entornos Competentes (Perpiñán, 2009).

El Modelo Ecológico subraya la complejidad del desarrollo y el amplio número de influencias ambientales sobre los niños. Por su parte, Bronfenbrenner (1979) plantea que “los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana” (p. 11). Por lo tanto, hace hincapié en las interacciones y acomodaciones entre un niño en desarrollo y su medio ambiente animado e inanimado, y en cómo los acontecimientos en diferentes marcos ecológicos afectan directa e indirectamente la conducta de la persona.

Estas teorías postulan que los marcos ecológicos y las unidades sociales, así como las personas y los acontecimientos dentro de ellos, no operan aisladamente, sino que cada uno influye en el otro, tanto directa como indirectamente, de manera que los cambios en una unidad o subunidad repercuten e influyen en los miembros de otras unidades.

Dicho esto, se señala que las intervenciones llevadas a cabo han de considerar no sólo al niño, sino también a la familia y al entorno en el que éste se desenvuelve; por tanto, habrán de tenerse en cuenta las características personales del infante, el ambiente y la posibilidad de interacciones recíprocas.

El Modelo Transaccional se basa en la capacidad de respuesta social del ambiente y en la naturaleza interactiva del intercambio niño – medio ambiente. Por lo tanto, “la forma en la que los niños interactúan con su ambiente lleva a modificarlo y a provocar respuestas en él. A su vez este ambiente modificado repercute de nuevo en el niño afectando a su desarrollo” (p. 37). Bajo esta perspectiva, el desarrollo del niño es visto como el producto de las continuas interacciones dinámicas del niño y la experiencia proporcionada por su familia y el contexto social.

Según Chandler y Fiese (2000) “lo novedoso de este modelo es que pone el mismo énfasis en los efectos del niño y del medio ambiente, de tal forma que las experiencias que son proporcionadas por el medio no se contemplan como independientes del niño” (p. 36). Esto puede ser un claro determinante de las experiencias actuales, pero el rendimiento evolutivo no puede ser descrito sistemáticamente sin un análisis de los efectos del medio sobre el niño. Desde

esta referencia, la atención temprana debe incidir tanto en el niño como en su entorno para favorecer los elementos que beneficien la relación entre ellos.

La Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural afirma que se pueden efectuar, mediante una intervención sistemática y consistente, cambios de naturaleza estructural que pueden alterar el curso y la dirección del desarrollo cognitivo. En este contexto, el desarrollo cognitivo es el resultado de la combinación de la exposición directa del organismo a los estímulos ambientales, relativa a procesos de maduración, y de las experiencias de aprendizaje mediado, involucrando en ellas a todos los procesos de transmisión cultural. Por lo tanto, no hay límite posible en el desarrollo cognitivo, independientemente de las carencias individuales, si se cuenta con una buena mediación. Sin embargo, se requiere de una apropiada interacción entre el organismo y el medio que lo rodea.

Desde esta perspectiva, es fundamental la implicación de las familias en los programas de atención temprana debido a que, en situaciones naturales de la vida cotidiana los aprendizajes pueden resultar funcionales y significativos.

El Modelo de Entornos Competentes es un modelo ecológico de intervención en atención temprana en el que otorga importancia a los entornos naturales donde el niño se desarrolla, potenciando la percepción de autocompetencia de los padres y de los educadores del niño con necesidades educativas particulares. (Perpiñán, 2009)

De esta forma, se considera que la atención temprana es un proceso global que debe brindar respuestas no solo al niño sino también al entorno en el que éste se desenvuelve. Son sus cuidadores habituales los que permiten su desarrollo a través de una interacción apropiada. Los cuidadores habituales de los niños tienen un papel determinante para el desarrollo del mismo. Éstos generalmente son los padres, pero también pueden ser otros adultos cercanos al niño, como familiares y/o los educadores de la Escuela Infantil, ya que comparten la responsabilidad de cuidar y educar, siendo sin duda los mejores conocedores del niño. Estas personas son las que pasan la mayor parte del tiempo con él y, además, tiempos bastante significativos para su funcionamiento vital, ya que son quienes le dan de comer, lo bañan, lo duermen, juegan con él,

etc. Así, establecen el vínculo afectivo más estable a través de experiencias continuadas de disponibilidad e incondicionalidad.

Aquel lazo le sirve de motivación para acceder a los aprendizajes, ya que el refuerzo o la atención ofrecida por la figura de apego es mucho más eficaz que si se recibe de otra persona. Son quienes posibilitan la generalización de los aprendizajes de unos contextos a otros, propiciando las conductas de los niños en distintos ámbitos, y proporcionan estabilidad a la intervención, ya que permanecen en el tiempo junto al niño.

Por lo tanto, desde este marco conceptual se trabaja sobre el componente cognitivo de las actitudes, con la convicción de que éste influye en el componente emocional y a su vez, en el componente conductual, dando lugar a modificaciones reales en el comportamiento de los adultos de referencia para el niño. En este sentido, el profesional en atención temprana según Perpiñán (2009) “se convierte en un elicitor de cambios en el contexto a través de una interacción eficaz con los padres y educadores, y la intervención que realiza con el niño adopta un matiz de evaluación continua que permite un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales”. (p. 50)

2.3 Antecedentes y Programas de Intervención Oportuna

En Argentina existen diferentes programas que buscan, mediante el seguimiento del neurodesarrollo de aquellos niños que se consideran de riesgo biológico, la detección temprana de trastornos del desarrollo que puedan afectar algún área de la comunicación y/o el lenguaje, con la finalidad de intervenir tempranamente.

Dentro del Hospital Provincial de Rosario, el Grupo de Investigación y Asistencia Fonoaudiológica (Giaf) diseñó protocolos de evaluación y lineamientos terapéuticos de comunicación - lenguaje, cognición, audición y alimentación, de acuerdo a las experiencias efectuadas durante el periodo de 1994 al 2003. Estos, se elaboraron a partir de marcadores de

desarrollo, posibilitando efectuar el seguimiento en una población de niños con antecedentes de riesgo biológico y ambiental. Los mismos se encuentran estandarizados por edades (0 a 2, 3 a 6, 7 a 12, 13 a 18, 19 a 24, 25 a 36 meses) y permiten determinar si existe riesgo fonoaudiológico en los niños evaluados. Por lo tanto, es posible arribar a un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, el cual consiste principalmente en acompañarlos en su desarrollo cuando éste no marcha por sí solo, favoreciendo sus potencialidades en todas y cada una de las experiencias que se le brindan.

En el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el año 2006, se desarrolla el Programa de Intervención Oportuna (PIO), el cual constituye un proceso de intervención que se inicia evaluando bebés y niños con antecedentes de alto riesgo fonoaudiológico. La finalidad del Programa es detectar posibles desviaciones o retrasos en su neurodesarrollo, especialmente en las áreas de comunicación y cognición y, luego, en base a los resultados de esa evaluación intervenir oportunamente sobre el niño y los adultos de crianza.

De esta forma, se observa que dichos programas tienen en común el hecho de intervenir tempranamente en poblaciones de niños de riesgo, buscando por medio de la observación, la evaluación y el seguimiento, conocer cómo se encuentra su desarrollo en las áreas que competen a la fonoaudiología, para luego arribar a un diagnóstico precoz con el fin de minimizar los efectos adversos propios de la población asistida.

Otra característica de estos espacios es que se privilegia el trabajo con la familia del niño, señalando la importancia del contacto temprano y continuo de la relación afectivo - vincular y brindando estrategias sencillas presentes en las actividades de la vida diaria y en los espacios de juego con el niño, para promover la aparición de conductas que sustentan el desarrollo de actividades lingüísticas futuras.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la Logopeda Ayala Hanen Manolson (1975) diseñó un programa para la intervención temprana centrado en la familia, dirigido a padres de niños con alteraciones en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje. La finalidad del mismo es

brindar estrategias básicas -basadas en los entornos naturales- a las familias para afrontar situaciones conflictivas, partiendo de las particularidades y características de cada niño. Una de las principales metas del método es permitirle al niño tomar la iniciativa para adaptarse a situaciones cotidianas participando en distintas conversaciones de manera espontánea, haciendo uso del juego, el cual debe ser estructurado, con el fin de generar más espacios de interacción con padres, docentes y pares.

En sentido contrario, el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte, el abordaje consiste en intervenir oportunamente en la comunicación y lenguaje en niños y niñas que presentan algún signo de alarma en el desarrollo, ya sea cognitivo y/o lingüístico. Dicha institución no presenta la unidad de Neonatología, por lo que resulta complejo realizar una observación, evaluación y seguimiento de manera preventiva en pacientes de alto riesgo desde el nacimiento. De esta manera, el niño o niña llega a consulta fonoaudiológica generalmente a partir del año de vida en adelante. Sin embargo, con la reciente habilitación del espacio de terapia intensiva, se comenzó a abordar de manera temprana la comunicación y precursores del lenguaje en bebés internados, actividad que aún está en desarrollo y ampliación.

“Con ayuda todo niño puede hacer más de lo que puede por sí solo, aunque dentro de los límites establecidos por su estado de desarrollo.” (Vygotsky, 1992, p. 142)

2.4 Antecedentes e instrumentos de evaluación de la comunicación

En la Argentina se desarrollaron diferentes herramientas para evaluar la comunicación en niños a los fines de detectar y abordar oportunamente las dificultades. Por un lado, en la unidad de terapia del lenguaje del departamento de fonoaudiología del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, se llevó adelante durante el periodo de junio de 2005 a diciembre de 2007, un estudio que tenía como objetivo determinar el nivel de comunicación preverbal que presentaban los niños con antecedentes de alto riesgo definidos estos, según la asociación americana de

pediatría. Para ello, se aplicó un protocolo para la evaluación de niños de 6 a 24 meses de edad corregida los cuales eran 261 pacientes en total, 147 niños y 114 niñas. (Haller et al. 2011)

Así fue que Haller L, Gallastegui M y Barrionuevo M, desarrollaron la evaluación pragmática pre-verbal o Escala Rocca, que posibilitaron evaluar las producciones preverbiales de los niños que no se comunicaban a través del lenguaje. La evaluación se implementó en dos contextos o situaciones, seleccionadas por ser comunes a la vida diaria del niño: alimentación y contexto lúdico (estructurado). En la primera etapa se procedía a realizar una entrevista a la madre y el padre del paciente, con una serie de preguntas determinadas y después se aplicaba la evaluación del niño en interacción con su madre, primero en el contexto de alimentación (las madres llevaban los alimentos de preferencia de los niños) y luego en contexto de juego con objetos que se le proporcionaban.

La unidad de análisis de la escala estaba conformada por 23 ítems que corresponden a indicadores de comunicación preverbal, que se podían detectar a través de la observación. A cada indicador se le asigna un puntaje específico, del puntaje total que se obtiene se podía determinar el periodo comunicativo en el cual se encuentra el paciente, las funciones comunicativas desplegadas y los precursores de la comunicación intencional. Mientras que, en 1996, el equipo de fonoaudiólogas del Hospital Provincial de Rosario, comenzaron a elaborar protocolos “con el fin de estandarizar un material evaluativo que pudiera utilizarse en una población hospitalaria cuyo riesgo no es biológico únicamente sino también social y ambiental”. (Lizzi y cols, 2004, p. 19).

Como se mencionó previamente, dicho protocolo investiga a partir de marcadores de normalidad, las áreas de Comunicación - Lenguaje - Cognición, Audición y Alimentación en niños de 0 a 36 meses. De esta forma, el resultado permite orientar, posteriormente, para la intervención.

Según Lizzi et al. (2004) el supuesto es garantizar y asegurar un mejor rendimiento de las potencialidades del pequeño, siempre dentro de los límites que marcan sus posibilidades reales. El proceso evaluativo consiste, a partir de la derivación durante la internación, a la realización

de la historia clínica en donde se consignan: los datos personales, composición familiar, motivo de consulta, diagnóstico médico y los antecedentes prenatales, natales y postnatales. La información se completa con la entrevista realizada a los padres y los datos extraídos de la carpeta médica de Neonatología o Pediatría. Luego, se inicia el examen por el área de la alimentación y también de las áreas de Comunicación - Lenguaje y Audición.

Durante la alimentación, se investigan los reflejos orales -búsqueda - succión - deglución, procurando que el bebé se encuentre tranquilo, en posición de decúbito dorsal y en estado de no saciedad. Además, la morfología y el tonismo del sector orofacial, la vía de alimentación y la sintomatología de riesgo de origen deglutorio y/o respiratorio. En la comunicación - lenguaje se valora el establecimiento del vínculo mamá – bebé y las primeras manifestaciones comunicativas. Si se trata de niños más grandes, se considera el nivel comprensivo y elocutivo del lenguaje.

En lo que respecta a la audición, se registra la presencia de antecedentes de Alto Riesgo Auditivo, y una vez que el pequeño es dado de alta en internación, se completa con pruebas audiológicas por consultorio externo. Posteriormente, se realiza un informe fonoaudiológico en el que se consignan los antecedentes de significación que pueden incidir negativamente en el desarrollo de las áreas investigadas. En cada una se determina la etapa evolutiva por la que atraviesa el niño, el tipo y la calidad de las conductas observadas. En las observaciones se detallan la presencia o ausencia de riesgo fonoaudiológico, si existe retraso psicomotor y el posicionamiento de los padres frente a la problemática de su hijo. Y, en el apartado de las conclusiones se plantea la inclusión del niño en un programa de seguimiento o tratamiento y la periodicidad de atención.

Además, durante la entrevista de devolución de los informes evaluativos y/o evolutivos se crea un espacio de reflexión en la que se clarifica a los padres sobre las potencialidades y dificultades de su hijo para involucrarlos como estimuladores naturales. En este sentido, cabe destacar la importancia de que la fonoaudiología, como disciplina científica, cuente con instrumentos de evaluación que puedan orientar la observación del desarrollo infantil, dada la importancia de detectar situaciones de alarma en edades tempranas.

Capítulo 3: Dispositivo de intervención temprana mediante la modalidad taller centrado en la familia

Las distintas problemáticas de la infancia y las demandas de cada efector de salud, conllevan a la elaboración de diferentes estrategias de intervención. Es así como en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte, surge el abordaje temprano de la comunicación y el lenguaje bajo la modalidad taller centrada en la familia. El Dispositivo de intervención temprana fonoaudiológica que se desarrolla en el Hospital de Niños de Zona Norte, consiste en el agrupamiento de pacientes según la edad y las características lingüísticas - comunicativas. Vinogradov y Yalom (1996) plantean. “El tratamiento en grupo permite que el individuo colabore con otras personas y obtenga satisfacciones interpersonales en un contexto caracterizado por relaciones realistas y mutuamente gratificantes”. (p. 23)

El Servicio apunta particularmente al abordaje grupal tanto del niño como de las familias teniendo en cuenta los factores terapéuticos del trabajo en grupo que desarrolló Yalom (1996) los cuales son:

1. Infundir esperanza: Implica que, de alguna manera presenciar la mejoría experimentada por los demás, transmite esperanza respecto de su propia mejoría.
2. Universalidad: Conlleva a generar alivio cuando determinan que no se encuentran solos con sus problemas.
3. Transmitir información: Tiene lugar siempre que el terapeuta instruya didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento del grupo.
4. Altruismo: El acto altruista no sólo potencia la autoestima, sino que también distrae a los pacientes que se encuentran inmersos en una obsesiva concentración de sí mismo. De esta manera, los pacientes se ayudan mucho entre sí y se tranquilizan unos a otros.
5. Desarrollo de técnicas de socialización: Los pacientes profundizan en su comportamiento social inadaptativo a partir del sincero feedback que se ofrecen unos a otros.

6. Comportamiento imitativo: Los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario.
7. Catarsis: Lo importante es poder compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo.
8. Cohesión del grupo: Se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo.

Según lo mencionado previamente, el proceso de atención en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital, se inicia con la admisión del paciente, mediante una entrevista a los padres. Este proceso, al ser integral y continuo, es considerado una secuencia, en la que se pueden distinguir las siguientes etapas: iniciación, continuidad y terminación. (Santhiá, 2000, p. 3). El presente trabajo de investigación profundizará en la iniciación del proceso de atención, ya que permite conocer a los agentes de derivación y los motivos por el cual se realiza la misma.

Ésta se considera como una de las etapas más importantes, ya que existe un reconocimiento de la necesidad y la búsqueda de atención. (Santhiá, 2000, p. 2). A partir de allí, se identifica qué agentes intervienen, de acuerdo a qué necesidad y de qué manera se inicia el contacto entre la comunidad y los recursos de atención. En un primer momento, que implica el encuentro entre el terapeuta - paciente, se realiza una entrevista para recabar los datos referidos al paciente. En este sentido, adquiere relevancia determinar la edad de quién asiste al efector de salud.

Además, se indaga sobre el motivo del inicio de la búsqueda de atención, es decir, acerca de la problemática actual del individuo, considerando aspectos personales, familiares y sociales. En esta instancia el terapeuta realiza una escucha activa para percibir las necesidades del paciente, generando un ambiente de confianza y serenidad, y, por otra parte, se considera como agente de derivación, a los sujetos que indican a una persona la necesidad de realización de una consulta a un profesional idóneo. (Bertone y Ranallo, 2012, p. 13).

En este sentido, según el modo que se inicia el contacto, la población puede comenzar el proceso de atención de manera directa, la cual se reconoce como demanda espontánea. Esto significa que, el paciente o un familiar del mismo, perciben la alteración y deciden trasladar la inquietud al profesional. Este tipo de demanda depende de la interpretación que la población realiza de los síntomas, como así también del conocimiento acerca del quehacer fonoaudiológico y la posibilidad de acceso al efector de salud. Mientras que, si la iniciación del proceso se desarrolla a partir de los recursos mediante acciones y actividades en la comunidad específicas de salud pública, estamos hablando de demanda programada. (Santhiá, 2000, p. 3).

Por el contrario, cuando otros profesionales sugieren la necesidad de consulta fonoaudiológica, se refiere a la demanda derivada, es decir, que está en íntima relación el valor que le adjudican los demás profesionales al accionar fonoaudiológico. A su vez, la derivación puede dividirse en interna y externa. La primera hace referencia cuando se efectúa entre profesionales de un mismo efector de salud. Por el contrario, la segunda se refiere a aquellas que se realizan entre profesionales que no forman parte del mismo servicio. (Santhiá, 2000, p. 3).

En este sentido, Palacios Aguinaga (2021) considera que:

“Los padres o cuidadores del niño pueden llegar a la consulta por su propia voluntad, o pueden ser derivados al consultorio por un médico/ no médico, una institución o una escuela. Bajo todas estas circunstancias debe obtenerse una relación breve de la manera y las condiciones que condujeron a la consulta, e incluir el nombre del médico o la institución que envía al paciente y, si se ha propuesto un examen y este es realizable, dar las razones que se han tenido para solicitarlo”. (s/d)

En el Hospital de Niños Zona Norte, según los datos aportados por la referente de este espacio clínico (Ver Anexo II), posteriormente a la entrevista, se realiza una primera evaluación del niño para arribar a una hipótesis diagnóstica. A partir de allí, se da curso al trabajo interdisciplinario pertinente, ya sea mediante la derivación a psicología, neurología, trabajo social, etc. Luego, mediante una evaluación integral se arriba a un diagnóstico más certero, posibilitando un

conocimiento real y global del paciente. Esto determina los criterios terapéuticos y las prioridades de atención.

La estructura del taller consiste en un circuito con diferentes estaciones lúdicas. Cada una de estas estaciones cuenta con diferentes elementos con el objetivo de desarrollar e intervenir en áreas cognitivas, lingüísticas, gnoscopraxicas a través de la simbolización, dramatización, construcción, lectura de cuentos, representación de escenas de la vida cotidiana. Por lo tanto, los niños a través del juego con sus pares y la interacción con los objetos, despliegan diferentes habilidades que son registradas en una planilla de análisis individual. Meneses y Monge (2001), en cuanto al juego definen: “una actividad lúdica permite el crecimiento integral del niño, ya que mediante este los niños entran en contacto directo con el mundo que les rodea, aprenden a establecer relaciones sociales con los demás, resuelven problemas propios de la edad y desarrollan el lenguaje y la creatividad”. (p.11)

Cada niño puede elegir la estación lúdica que más le guste, mientras que el terapeuta irá guiando e interviniendo en cada situación. Al finalizar la sesión - taller se realiza un encuentro con los padres donde se conversa sobre el desempeño de los niños y las niñas durante el taller y sobre las diferentes propuestas lúdicas indicadas para desarrollar en familia. De esta manera, cada uno comparte sus inquietudes, los logros de sus hijos e hijas, se conversa sobre las etapas del desarrollo lingüístico, sobre los objetivos acordes a los distintos niveles evolutivos, y se plantean técnicas específicas de estimulación, orientándolos con diferentes estrategias a implementar en el hogar.

La finalidad es habilitar a los padres para acompañar, facilitar y sustentar el desarrollo lingüístico - comunicativo de sus hijos. Se pretende conectar a los padres con las necesidades de los niños y niñas a partir del ejercicio reflexivo de pautas de intervención, conceptos básicos de desarrollo. Al mismo tiempo, se considera que el abordaje se enriquece, si incluimos los recursos propios de la modificación de conducta, resignificándolos en un entorno natural. Por tal motivo, se otorga una mayor importancia a los ambientes en los que se desenvuelve un niño con retraso lingüístico y/o comunicacional.

De acuerdo a lo mencionado, para dicho objetivo se incluye en el tratamiento, la participación de quienes pasen tiempo con el niño, brindándoles información y capacitándose con el propósito de desarrollar su lenguaje, ya que permite que la familia asuma un rol participativo durante el proceso de intervención. Luego se realiza un análisis del desempeño de cada niño y niña en el taller, teniendo en cuenta todos los aspectos recabados en las planillas individuales (Ver Anexo I), y se evalúa la modalidad de tratamiento a seguir y la necesidad de realizar interconsulta y trabajo interdisciplinario con el resto de los servicios del hospital.

A manera de síntesis es necesario resaltar que la atención temprana centrada en la familia, desarrolla diferentes dispositivos de abordaje en el transcurso de la primera infancia, que adquieren un rol central en la formulación de políticas públicas.

Capítulo 4: Contexto Institucional

En el siguiente capítulo se desarrolla el marco institucional en el que se confecciona el presente trabajo. Se torna necesario mencionar que el objeto de estudio del presente trabajo se sitúa en la provincia de Santa Fe, ciudad de Rosario, por lo que se toman ejemplos de instituciones y hospitales de esta área, específicamente el Hospital de Niños de Zona Norte ubicado en la Región 4 de la Provincia, localizado en el sector centro - sur, perteneciente al Nodo Rosario. Se mencionará otra locación únicamente a modo de ejemplo o de comparación con las instituciones de Santa Fe.

En la Provincia de Santa Fe, al igual que en el resto del país, el Sistema de Salud configura un sistema pluralista, en que se constata la presencia de tres subsistemas, a saber: público, seguro social obligatorio (Obras Sociales) y privado. Cada sector posee una autonomía relativa respecto de los otros, es decir, que las diferencias residen en la estructura de la red de servicios que administra, en las fuentes de financiamiento, en el modelo de atención y en el modelo político de gestión. Actualmente, el conjunto de efectores que integran el sector público de salud de la Provincia, se estructuran sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía. De esta forma, debe organizar sus recursos de manera acorde a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como modelo de atención a adoptarse en el territorio de la Provincia.

Rovere (2006) afirma que la Atención Primaria de la Salud 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. Según la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realizada en Alma - Ata (1978), se planteaba como una estrategia mundial para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”. Esta última se concibe como el conjunto nacional y coherente de decisiones sobre acciones a emprender y recursos a utilizar de manera que permitan alcanzar los objetivos que se persiguen.

A tales efectos, este accionar institucional se cimienta fundamentalmente en la conformación de redes y niveles de atención, los cuales serán definidos por criterios que el Ministerio de Salud considere según los requerimientos de la política sanitaria. A partir de lo expuesto, se torna necesario abordar una definición de redes, ya que dicho término, es utilizado en diferentes ámbitos, tanto tecnológicos, científicos y más recientemente, en el sector salud.

Según Rizo García (2003) “las redes son, antes que nada, formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad” (p.1) Por lo tanto, se fundan como una forma de organización social, que permite a un conjunto de personas optimizar sus recursos y aportar a la resolución de problemas. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud define a la red y los servicios de salud, como: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. (p. 29)

Por su parte, Castellanos (2007) considera que, las redes de servicios de salud son:

“Un conjunto de prestadores de primer, segundo y tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente, con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad, así como de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una población determinada en un área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados y conducidos por una gestión operativa única”. (s/d)

Por lo tanto, la red integrada de servicios de salud, se constituye con el objetivo de garantizar el acceso universal a salud y asegurar que dicha atención sea adecuada, en el momento y lugar que se requiera. En ese marco, los efectores que integran el Sistema Público de Salud, están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

A su vez, se dividen en distintos niveles de atención: el primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema de salud, adoptando su asistencia a las necesidades de la comunidad y

convirtiéndose en el nivel de seguimiento de la salud en particular. El segundo nivel se caracteriza por la baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, acciones y prestaciones que requieren una atención especializada. Mientras que, en el tercer nivel se desarrollan prácticas de alta complejidad médica y tecnológica. Por lo tanto, los niveles de atención determinan el grado de complejidad y en función de ello, se configuran los recursos humanos, tecnológicos y cierta organización específica.

Según Cuatrocasas (2021) este efector de salud surgió en 1960 a partir del impulso comunitario forjado por la necesidad de un grupo de familias, en su mayoría obreras, que requerían atención gratuita para sus hijos. En el deseo de concretar la existencia de un Hospital en la Zona Norte de la ciudad de Rosario, ya que en ese entonces el único hospital que brindaba atención a la comunidad infantil era el Hospital de Niños Víctor J. Vilela.

El Dr. Roberto Carra junto a distintas organizaciones sociales, 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 ese anhelo. En 1970 el hospital se inauguró, en una primera etapa, funcionó como efector de segundo nivel de complejidad. Luego, accedió a un tercer nivel de complejidad, con la inauguración de la sala de Terapia Intensiva en 2014.

Actualmente, el hospital cuenta con diferentes Servicios que trabajan interdisciplinariamente con el Área de Fonoaudiología abordando patologías del desarrollo infantil. En este punto, radica la importancia de lograr una atención de calidad, integral, integrada y participativa, que sea respetuosa de los Derechos Humanos de la población atendida. Como principales agentes de derivación se encuentran los Servicios de Pediatría y Neurología. También se trabaja interdisciplinariamente con los Servicios de Kinesiología, Fisiatría, Psicología, Gastroenterología, Odontología, Oftalmología y Servicio Social si el caso clínico lo amerita.

El paciente, al ingresar a la institución, cuenta con una Historia Clínica Única donde cada profesional especialista elabora un pequeño informe de evaluación, diagnóstico y seguimiento, que permite informar a todos los profesionales tratantes el estado del paciente en cada área. A

su vez, se llevan a cabo reuniones entre profesionales para intercambiar opiniones, aportar sugerencias, etc.

Particularmente el Servicio de Fonoaudiología está conformado por cuatro fonoaudiólogas cuyo desempeño se basa en la atención de pacientes, abarcando las áreas de incumbencia, centrado en el abordaje temprano de las dificultades del lenguaje y la comunicación, abordaje de la función alimenticia y estudios audiológicos.

Stolkiner (1987) plantea que:

“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (p.2)

En este sentido, se torna necesario resaltar que la labor interdisciplinaria se inscribe en la acción coordinada de los sujetos, por lo que se necesita de espacios y tiempos compartidos para poder pensar en conjunto, intervenciones posibles. Es así, que la complejidad de los problemas que se presentan requiere de diversas miradas y propuestas de abordajes, valorando al mismo tiempo los saberes específicos de cada disciplina.

Por su parte, Villarreal (1998) plantea que: “En el quehacer interdisciplinario, cada profesional aporta aquellos instrumentos o conocimientos conceptuales que son inherentes a la disciplina en la que está capacitado, ante una problemática determinada. Se caracteriza por tener un propósito que convoca al equipo” (p. 15). Desde luego que el abordaje temprano de las dificultades de la comunicación y el lenguaje, requiere del trabajo en equipo, ya que no sería oportuno que sea abordado desde una sola disciplina. En ese marco, Susic (2014) considera que, para el trabajo interdisciplinario, es necesario un diálogo permanente entre profesionales de la salud, instituciones y familias. Supone, además, un abordaje intersectorial, es decir, un trabajo con diferentes sectores y actores sociales, la cual incluye el respeto y la necesidad de diversidad de saberes con el objetivo de optimizar la salud.

Según FLACSO (2015) la intersectorialidad se define como “la intervención coordinada de instituciones que representan a más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente, a ocuparse de los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”. (s/d) De esta forma, resulta indispensable y esencial, el reconocimiento de las incumbencias del Fonoaudiólogo/a, ya que, si se detectan tempranamente dificultades o alteraciones relacionadas con la comunicación y el lenguaje, puede realizarse la intervención de forma oportuna, lo que dará como resultado un mejor pronóstico en la evolución del niño.

A modo de conclusión se torna necesario resaltar que es un factor fundamental la articulación interdisciplinaria e intersectorial en el abordaje desde edades tempranas de niños con dificultades en su desarrollo.

PROBLEMA

¿Cuál es el motivo de consulta, el agente de derivación y la edad de los niños al momento del tratamiento modalidad taller centrado en la familia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de niños Zona Norte durante los años 2015 - 2019?

VARIABLES

Motivo de consulta

Clasificación según su rol: Independiente

Clasificación según naturaleza: Cualitativa

Clasificación según escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Es la expresión de la familia, paciente o profesional derivante, por la que se solicita atención al profesional fonoaudiólogo/a.

Modalidades:

- Comunicación.
- Lenguaje.
- Habla.

Definición operacional: Se trata del motivo de consulta que consta en el registro de las Historias Clínicas de cada uno de los pacientes del Servicio de Fonoaudiología del Hospital que forman parte de este estudio.

A continuación, se expresan los criterios de operacionalización:

Se consideran motivos vinculados a la comunicación al siguiente indicador: Dificultades en la interacción comunicativa.

Mientras que, la variable adoptará la modalidad lenguaje cuando en la Historia Clínica se mencionen los indicadores: Retraso del lenguaje, Ausencia del lenguaje.

Por último, se considerarán motivos relacionados al habla, cuando se mencione: Tartamudez, Pseudotartamudeo, Lenguaje ininteligible.

Agente de derivación

Clasificación según su rol: Independiente

Clasificación según naturaleza: Cualitativa

Clasificación según escala de medición: Nominal

Modalidades:

- Sector Sanitario.
- Sector Educativo.
- Sector Social.
- Otros.

Definición conceptual: Sujeto que indica a una persona la necesidad de realización de una consulta fonoaudiológica con el fin de que reciba atención.

Definición operacional: Se tomará en cuenta como agente de derivación al sujeto registrado en la Historia Clínica de cada uno de los pacientes, designado como la persona que derivó a consulta fonoaudiológica, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Se considerará agente del sector sanitario a los siguientes actores: Pediatra, neurólogo, musicoterapeuta, psicólogo, trabajador social.

Se considerará agente del sector educativo a: maestras y otros trabajadores de jardines, escuelas, centros crecer, etc.

Los padres u otros familiares serán considerados actores del sector social.

Finalmente, otros agentes de derivación se incluirán en la categoría Otros.

Edad al momento del tratamiento modalidad taller

Clasificación según su rol: Independiente

Clasificación según su naturaleza: Cualitativa

Clasificación según escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Se trata del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se encontraban en tratamiento modalidad taller.

Modalidades:

- Recién Nacido
- Lactante menor
- Lactante mayor
- Pre – escolar

Definición operacional: Se tomará como edad del paciente al momento del tratamiento, la que conste en el registro de Historia Clínica de cada uno de los pacientes que forman parte de este estudio del Servicio de Fonoaudiología del Hospital.

Según el registro que conste en la Historia Clínica del niño, se tomará en cuenta el siguiente criterio:

- Desde 0 a 28 días: Recién nacido
- Desde el 1 mes hasta 1 año: Lactante menor
- Desde el 1 año hasta los 2 años: Lactante mayor
- Desde los 2 hasta 5 años: Pre – escolar

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población seleccionada para la elaboración del presente trabajo de investigación, está conformada por 41 pacientes, que asistieron a tratamiento modalidad taller centrado en la familia, durante el periodo comprendido entre 2015 - 2019, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte de la ciudad de Rosario.

De los 80 niños que asistieron al Servicio en dicho periodo, conformaron la población aquellos incluidos en el abordaje temprano de las dificultades de la comunicación y el lenguaje. Se escogieron solo aquellos que fueron evaluados durante el periodo antes mencionado y comprendido entre los 0 a 4 años de edad.

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación, teniendo en cuenta el análisis y alcance de los resultados es de tipo exploratorio. De acuerdo al período y secuencia del estudio es de tipo transversal, ya que investiga las variables en un momento determinado sin considerar el transcurso del tiempo.

Con respecto al tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información, este estudio es de tipo retrospectivo.

PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En primera instancia nos pusimos en contacto con el Hospital de Niños Zona Norte a través del Comité de docencia e investigación, a quien se solicitó el permiso para acceder a las historias clínicas el cual fue concedido por dicha institución. Por lo antes mencionado, se trabajó con fuentes secundarias brindadas por el área de estadística del Hospital Zona Norte; y con fuentes primarias, por medio de la elaboración de una entrevista a un informante clave. Esto permitió triangular los datos para realizar un análisis más enriquecedor del objeto de estudio.

Luego de haber sido admitidas en la institución, se realizaron varios encuentros con la Cotutora que forma parte del Servicio de Fonoaudiología del Hospital, quien puso a disposición los datos de los pacientes que asistieron al mismo durante el período seleccionado. Para recabar los datos se recurrió a datos secundarios, utilizando las historias clínicas de 80 pacientes que asistieron al Servicio durante los años 2015 hasta el 2019. De los registros, se seleccionaron aquellos que habían asistido a tratamiento modalidad taller centrado en la familia, contemplados por las profesionales del Servicio.

Además, se realizaron entrevistas a la Licenciada a cargo del Taller centrado en la familia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de niños Zona Norte, quien brindó datos importantes sobre el funcionamiento del espacio clínico. (Ver Anexo II). A modo de *síntesis* se elaboró la tabla de matriz de datos, manteniendo el resguardo de la identidad de los niños y niñas evaluados. (Ver Anexo III).

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez finalizada la recolección de datos de la población evaluada, se procedió al volcado de los mismos en una planilla de datos. Dicha planilla permitió construir cuadros y gráficos en base a los cuales se efectuó el análisis estadístico de la información. Los mismos se presentan con su respectivo análisis para facilitar la comprensión de los valores mostrados en las diferentes modalidades de las variables, realizados con el programa Excel 2016.

Así mismo, se transcribió la entrevista a la profesional como fuente de datos primaria. (Ver Anexo II).

CONTEXTO DE REALIDAD

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Cuadro N° 1:

Distribución de los motivos de consulta discriminados en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.

Motivo de consulta	Total	%
Dificultades en la interacción comunicativa	7	17,1%
Retraso en el lenguaje	20	48,8%
Ausencia del lenguaje	5	12,2%
Lenguaje ininteligible	6	14,6%
Tartamudez	2	4,9%
Pseudotartamudeo	1	2,4%
Total	41	100,0%

En el análisis de las 41 Historias Clínicas acerca del motivo de consulta, se registró que en un 48,8 % de los casos son por retraso en el lenguaje. Luego, sigue con un 17,1 % de los casos por dificultades en la interacción dialógica. Y continúa con un 14,6 % de los casos por lenguaje ininteligible.

Cuadro N° 2

Distribución de los motivos de consulta, según áreas que se abordan en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.

Motivo de consulta	Total	%
Áreas		
Comunicación	7	17,1%
Lenguaje	25	61,0%
Habla	9	22,0%
Total	41	100

De la totalidad de los motivos de consulta, el 61 % corresponde al Área de Lenguaje, un 22 % corresponde al Área de Habla y, por último, con un 17,1 % al Área de Comunicación.

Cuadro N° 3

Distribución de los pacientes que estuvieron en tratamiento modalidad taller centrado en la familia, según agente de derivación, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.

Agente de derivación	Cantidad de pacientes	%
Pediatría	18	43,9%
Neurología	11	26,8%
Jardín maternal	3	7,3%
Trabajo social	1	2,4%
Musicoterapia	1	2,4%
Psicología	1	2,4%
Padres	6	14,6%
Total	41	100,0%

En relación al agente de derivación, se constató que un 43,9 % fueron derivados por Pediatría. Luego, sigue con un 26,8 % derivados por Neurología. Y continúa con un 14,6 % de los casos por espontaneidad de los padres.

Cuadro N° 4

Distribución de los agentes de derivación, según sector de proveniencia, en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.

Agente de derivación	Total	%
Sector		
Sanitario	32	78,0%
Educativo	3	7,3%
Social	6	14,6%
Otros	0	0,0%
Total	41	100,0%

De la totalidad de los agentes de derivación, el 75,6 % corresponde al Sector Sanitario, un 14,6 % corresponde a Otros, un 7,3 % al Sector Educativo y, por un último con un 2,4 % al Sector Social.

Cuadro N° 5

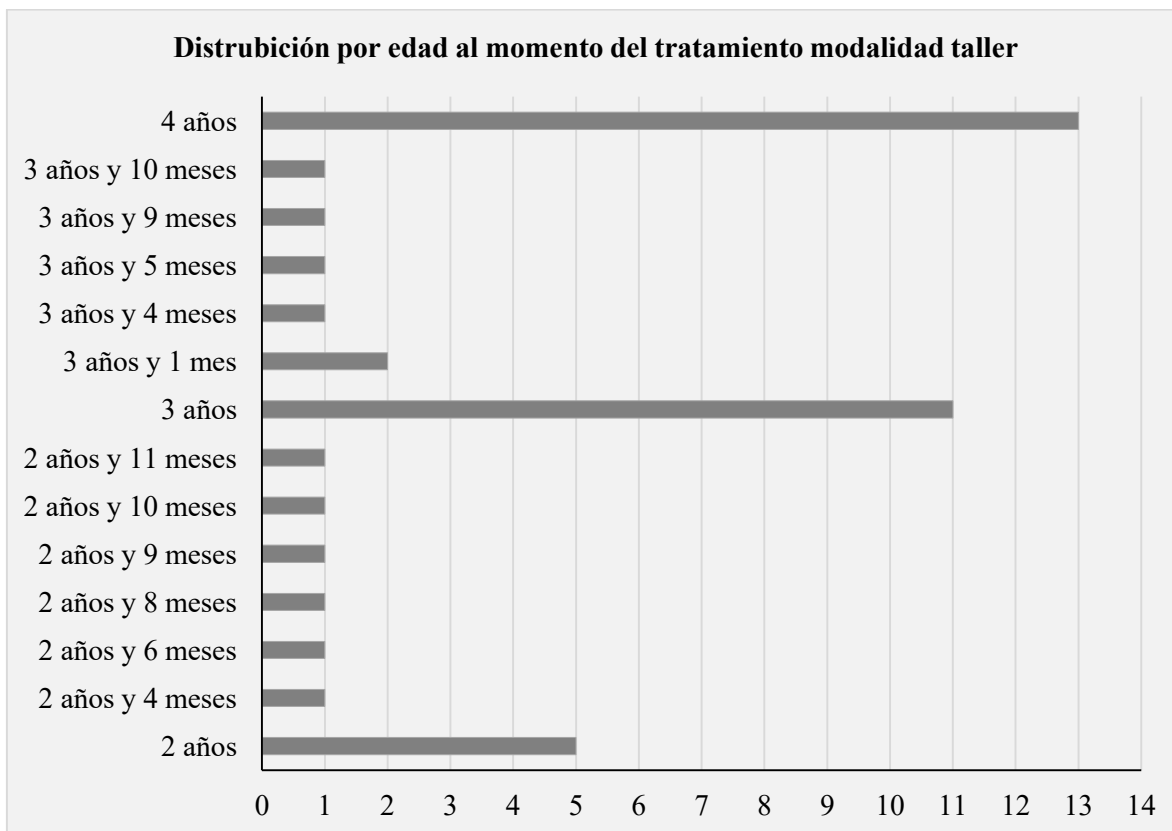
Edad de los pacientes al momento del tratamiento modalidad taller centrado en la familia en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.

Edad al momento del tratamiento modalidad taller	Cantidad de pacientes	%
Recién nacido	0	0,0%
Lactante menor	0	0,0%
Lactante mayor	5	12,2%
Pre escolar	36	87,8%
Total	41	100,0%

De acuerdo a las 41 Historias Clínicas analizadas, la edad al momento del tratamiento modalidad taller, se registró que el 87,8 % se encuentra en edad pre escolar y, un 12,2 % restante en edad de lactante mayor.

Gráfico N° 1

Distribución por edades al momento del tratamiento en la modalidad taller centrado en la familia en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte, durante los años 2015 – 2019.



A partir de los datos recabados, se puede decir que el pico máximo en las edades al momento del tratamiento modalidad taller es en la franja etaria que se ubica, en mayor porcentaje, en torno a los 4 años (13 niños), continúa la edad de los 3 años (11 niños) y en menor medida la edad de los 2 años (5 niños).

Promedio: 3 años y 2 meses.

Mediana: 3 años.

Moda: 4 años.

CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación, es posible llegar al siguiente análisis:

En relación a la variable motivos de consulta, discriminados según áreas que se abordan, se registró que los indicadores más frecuentes son con un 48,8 % (20) de los casos por retraso en el lenguaje, luego con un 17,1 % (7) por dificultades en la interacción comunicativa, y continúa con un 14,6 % (6) de los casos por lenguaje ininteligible; en menor frecuencia siguen con un 12,2 % (5) por ausencia de lenguaje, tartamudez con un 4,9 % (2) y pseudotartamudeo con un 2,4 % (1) de los casos.

Estos datos obtenidos se pueden relacionar con lo que plantea Verónica Maggio (2020) acerca del incremento en las dificultades en el lenguaje que se han visto en los últimos 30 años, donde: “Hay un aumento de los problemas de comunicación, los niños están mostrando una tasa de dificultad en la comunicación mucho más grande que la que se veía hace 20 o 30 años”. (s/d)

Si se tiene en consideración su criterio, estas dificultades tienen que ver; por un lado, con factores neurobiológicos que pueden dificultar la adquisición del lenguaje y por otro, con los cambios que se han producido en lo que concierne al modelo de comunicación social y los modelos de crianza en los últimos años. Por ejemplo, menos tiempo de juego con los niños y niñas por cuestiones laborales de los padres y los avances tecnológicos que repercuten en una gran exposición a las pantallas.

Las nuevas generaciones pertenecen y se desarrollan en un entorno tecnológico, el cual puede beneficiar algunas cuestiones como búsqueda de información o comunicación de forma instantánea, pero a la vez puede perjudicar el desarrollo de los niños y niñas, su capacidad para representar, explorar, vincularse con los demás y con el mundo que los rodea. Cabe destacar, con respecto a esto, que la Organización Mundial de la Salud, no recomienda el uso de tecnología en niños menores de dos años, y entre los dos y los cinco años la cantidad de tiempo recomendada por día es como mucho una hora. (OMS, 2019)

En este sentido, en muchos casos puede ocurrir que los padres no conozcan las consecuencias que puede causar la excesiva exposición a las pantallas, o no puedan dedicar tiempo de calidad a sus hijos, lo que influye de manera negativa en la interacción comunicativa. Por otra parte, desde otra perspectiva, Sanchez Juarez y Monfort (1999), como se planteó en el marco teórico, proponen que las dificultades que presentan los niños y niñas en el lenguaje, radica en la cantidad y calidad de estimulación que reciben por parte de su familia. En consecuencia, la dinámica en la interacción comunicativa de la familia, frente a alguna dificultad, se ve influida por la comunicación y el lenguaje del infante.

En lo que respecta al análisis de los motivos de consulta, es posible observar que un 61 % corresponde al área de lenguaje, un 22 % corresponde al habla y, finalmente, un 17, 1 % al de comunicación. Por lo tanto, la mayor demanda en el dispositivo, de acuerdo a la población seleccionada, es en el área de lenguaje, motivo que se vincula de manera directa con el incremento de las dificultades, como se planteó anteriormente

En ese marco resulta necesario poner en discusión estos resultados con los hallados por Bertone y Ranallo (2012), ya que como se planteó previamente, esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de indagar la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en relación a la edad de los pacientes y cuáles son los principales agentes de derivación a asistencia fonoaudiológica. Cabe mencionar, que a pesar de que las variables son similares, las conclusiones son disímiles. Esto se podría vincular a que, el rango etario de la población seleccionada oscilaba entre los 5 y 7 años.

En dicha tesina, una de las variables abordada fue Diagnóstico fonoaudiológico, la cual es posible vincularla a los motivos de consulta que prevalecen en la presente investigación. En este sentido, de los 155 diagnósticos, los más frecuentes corresponden al área de Lenguaje con 71 diagnósticos (45,8%), dentro de los cuales predominaron, el de trastorno lingüístico 20 (12,9%), retraso mental leve 16 (10,3%) y retraso del lenguaje 10 (6,4%). En menor frecuencia, trastorno expresivo del lenguaje, afasia de expresión y afasia global 1 (0,7%).

De los 62 diagnósticos fonoaudiológicos correspondientes al área habla, dislalias representó la mayoría 38 (24,5%); luego trastorno fonológico 8 (5,2%); trastorno fonético fonológico 7 (4,5%); tartamudez 4 (2,6%) y respiración bucal 3 (1,9%). (Bertone y Ranallo, 2012)

Por lo tanto, en ambas tesis la mayor prevalencia de los mismos se encontró en el área de lenguaje. Sin embargo, en la tesis consultada, el diagnóstico predominante del área lenguaje fue trastorno lingüístico, y en esta investigación, fue retraso del lenguaje (20) debido a que la edad de la población en estudio estaba conformada por niños incluidos en el abordaje temprano de las dificultades de la comunicación y el lenguaje (de 0 a 4 años). De todos modos, el diagnóstico fonoaudiológico más predominante en la tesis consultada fue el de dislalias (38) del área de habla; y el de este trabajo de investigación fue del área de lenguaje vinculado a lo que se mencionó anteriormente.

En sintonía con lo antes expuesto, para poder detectar posibles dificultades en el lenguaje, se torna necesario reconocer ciertas señales de alarma, cuya tarea, muchas veces, es de la familia del niño y niña. Con respecto a este tema, Narbona y Chevie Muller (2001) plantean que las señales de alarma son: a los 10 meses ausencia o pobreza del balbuceo; a los 18 meses, emisión de menos de 10 palabras diferentes, a los 24 meses, ausencia de enunciados con dos palabras - vocativo y nombre, vocativo y verbo, nombre y calificativo, nombre o verbo más afirmación o negación-; a los 30 meses, ausencia de enunciados de dos palabras de las cuales una es verbo; a los 36 meses, ausencia de enunciados de tres palabras, con estructura sujeto-verbo-objeto.

Establecen que el retraso del lenguaje se da de un 10% a un 14 % en niños menores de 6 años y que más de dos terceras partes de estas alteraciones están en el límite de la variabilidad normal y remiten de manera espontánea o con mínima ayuda profesional; quedando solo un 4 % restante que a partir de los 6 años padece trastornos permanentes del lenguaje de diversa naturaleza. Aizpun et. al (2013), en relación a las señales de alarma, expresan que las dificultades se pueden presentar en la expresión, en la comprensión, en tareas de repetición y en aspectos psicosociales. Como características principales se encuentran: las primeras palabras aparecen entre los 24 y 30 meses, si bien la comprensión puede verse dificultada, esta se encuentra mejor que la expresión,

existen dificultades para repetir sílabas, palabras o frases y se pueden presentar problemas en la conducta que dificultan la interacción familiar y el aprendizaje preescolar.

De acuerdo a Maggio (2020), dentro de las dificultades del lenguaje existen dos tipos bien definidos. Por un lado, los retrasos del lenguaje donde los: “niños que aprenden a hablar un poquito más tarde, tal vez seis meses después de lo previsto, pero que después desarrollan el lenguaje normalmente”. (s/d) Y, por otro lado, algunos niños pueden tener un trastorno del lenguaje, en donde, además de retraso, presentan características especiales en este aspecto, “tienen poco vocabulario, o les cuesta mucho aprender a armar oraciones, o pronuncian muy mal, o tienen problemas para entender, o todo eso junto”. (s/d) Por lo tanto, explica que las variaciones entre estos son muchas, es decir, presentan cuadros muy heterogéneos.

Por otra parte, Aguado (2009) plantea que el inicio tardío del lenguaje se da en un 20 % de la población infantil entre los dos y los tres años y que a partir de esa edad el número baja, aumentando la probabilidad de que esa población tenga trastorno específico del lenguaje, cuya incidencia es del 7 %. Define al inicio tardío como la presencia de un vocabulario menor de 50 palabras inteligibles o la ausencia de emisiones de dos palabras a los dos años. Establece que el inicio tardío está delimitado al aprendizaje de las primeras palabras y luego al déficit para construir representaciones fonológicas de las palabras que el niño oye en su entorno, y por ende la alteración de la sintaxis. Estas señales son las que, a su criterio, permiten al profesional constatar el retraso del lenguaje.

Para Aguado (2009), es necesario considerar que, en el desarrollo del lenguaje durante la etapa de 1, 2 o 3 años no se dan mesetas ni regresiones, a excepción de daños cerebrales y de la existencia de trastornos como el desintegrativo infantil, casi todos los niños que muestran problemas en el desarrollo del lenguaje, fueron niños con retraso del lenguaje, pero no es el caso contrario.

De manera antagónica con los autores citados previamente, Aguado (2009) considera que estas dificultades están lejos de llegar a superarse espontáneamente, por el contrario, el lenguaje del

niño raramente se normalice antes del aprendizaje del lenguaje escrito. En este sentido, propone que es necesario implementar programas de prevención eficaces y eficientes.

En los primeros años, es posible considerar al retraso del lenguaje, como un aspecto controvertido y difícil de abordar teniendo en cuenta los distintos puntos de vista y la mayor demanda que existe en la actualidad. El hecho de presentarse de forma heterogénea y ser considerado como una frontera entre el desarrollo típico y el desarrollo atípico, implica incertidumbre en estos casos. Sin embargo, la promoción y la prevención cobran un papel fundamental en estas problemáticas y atender tempranamente para minimizar riesgos en un futuro, brindando las herramientas necesarias a las familias y al niño o niña en particular, siempre va a ser una mejor opción que esperar a que el lenguaje se desarrolle sin dificultades.

Por otra parte, en relación a la variable agentes de derivación, es decir, a los sujetos que indican a una persona la necesidad de realización de una consulta a un profesional idóneo, se constató que los indicadores más frecuentes son pediatría con un 43,9 % (18), luego Neurología con un 26,8 % (11) y finalmente la espontaneidad de los padres con un 14,6 % (6). En menor frecuencia prosiguen el jardín maternal con un 7,3 % (3) y con un 2,4 % (1) los siguientes agentes: trabajo social, musicoterapia y psicología.

Con respecto al sector de proveniencia de los agentes de derivación, se evidenció que el 78 % (32) corresponde al Sector Sanitario, un 14,6 % (6) al Sector Social y, por último, con un 7,3 % (3) al Sector Educativo. No se registraron agentes de derivación del sector Otros. A diferencia, en el trabajo de investigación consultada de Bertone y Ranallo (2012), en la totalidad de pacientes (118), los agentes de derivación más frecuentes fueron Docentes, cuya incidencia fue del 49,6 %. A partir de esto, consideraron que existía mayor grado de conocimiento por parte de los docentes acerca de la relevancia de la atención fonoaudiológica, lo cual podría vincularse con la población en estudio que se encontraban en edad escolar.

Indagar sobre los agentes de derivación, nos permite distinguir quiénes son los protagonistas en la detección de posibles dificultades en la comunicación y el lenguaje y, al mismo tiempo, nos brinda información acerca del conocimiento que posee la comunidad de las señales de alarma

durante la primera infancia. Esto podría vincularse con la detección temprana, el cual permite activar una red de trabajo en torno a la problemática y realizar un abordaje oportuno.

Cabe mencionar que, el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños de Zona Norte, trabaja de manera interdisciplinaria debido a la complejidad y la multiplicidad de factores que determinan las dificultades en la comunicación y el lenguaje. En consecuencia, el trabajo coordinado aporta perspectivas procedentes de distintas disciplinas, de modo que permiten dar una respuesta al niño y el contexto en el que se desenvuelve desde una visión integral. Esto no consiste en realizar múltiples tratamientos en simultáneo, sino de generar medidas a partir de los conocimientos que los profesionales puedan aportar, ante cada problemática.

Retomando el análisis de los datos, se constató que la mayoría de los agentes de derivación se iniciaron a partir del sector sanitario (78 %), pediatría con un 43,9 % y neurología con un 26,8 %. Esto es posible asociarlo a que dichos profesionales de la salud se encuentran formados para examinar, analizar y reconocer aquellas señales que podrían indicar dificultades en la comunicación y el lenguaje y a su vez, poseer un mayor grado de conocimiento acerca de la relevancia de la atención fonoaudiológica. A su vez, la población en cuestión quizás tiene como único agente de derivación del sector sanitario, al pediatra, al ser un profesional que tiene una mayor llegada debido a las necesidades de atención que se presentan en el día a día, o por tener un rol de control de salud en la población infantil, especialmente en los primeros años de vida.

Mientras que, el porcentaje registrado que hace referencia a espontaneidad de los padres (14,6 %), permite observar que si bien algunas familias trasladaron su inquietud a la clínica en relación a las dificultades en la comunicación y el lenguaje de sus hijos, todavía queda un porcentaje en el cual se debe trabajar e incentivar su crecimiento, ya que son los padres, al pasar mayor cantidad de tiempo con ellos, los primeros agentes que pueden detectar aquellas particularidades que requieren de atención. Por eso, resulta imprescindible la promoción y prevención y el trabajo en conjunto con las familias, ya que el niño construye su desarrollo a partir de la interacción con los adultos de referencia, en donde la comunicación cobra un papel fundamental como elemento mediador y motivador.

En este sentido, es esencial que las familias formen parte del abordaje, por ello, hay que ayudarles a modificar, adquirir, cambiar, mejorar y ajustar algunas pautas o estrategias de interacción que ejercen en sus casas diariamente con los menores para promover su salud comunicativa.

Las practicas centradas en la familia, resultan necesarias debido a que son los adultos significativos para el infante, quienes propician y sustentan el desarrollo de este. Son las figuras de apego, quienes sirven de mediadores y motivadores para el desarrollo en general, debido a que son quienes pasan tiempo significativo con el niño, lo que influye en el funcionamiento vital de estos.

Por consiguiente, resulta fundamental promover la creación de cargos en el sector público, ya que permitiría a cada profesional elaborar e implementar diferentes estrategias de intervención, conociendo en profundidad las particularidades de la comunidad y sus necesidades, abordando las problemáticas comunicativas, en relación a las características de sus pacientes y sus dificultades. Debido a esto, se podría arribar a un abordaje eficaz en términos de calidad y cantidad. Así, podremos brindar herramientas a la población para que puedan reconocer y construir sus propios parámetros de comunicación saludable.

Por último, en relación al análisis de los agentes de derivación, en menor medida, se registró que un (7,3 %) proviene del sector educativo. En relación a esto, es posible observar que existe una menor cantidad de derivaciones por maestras y otros trabajadores de jardines, escuelas y/o centros de desarrollo, debido a que podrían no poseer la información necesaria para detectar ciertas particularidades o, puede que esta población que llega al Hospital, no tenga acceso a los respectivos sectores educativos privados y/o públicos.

En efecto, es primordial lograr el involucramiento del sector educativo en aspectos referidos a la salud, ya que su propósito en general, es beneficiar a la comunidad que aloja, favoreciendo su calidad de vida. A su vez, es posible proporcionar a la población en cuestión un espacio educativo de carácter público que oficie también como estimulador y detector temprano de dificultades en el lenguaje. Esto es posible concretarlo mediante una mayor articulación con

Centros de Acción Familiar, que se constituyen como espacios de promoción, protección, reparación y restitución de derechos de niños, niñas, adolescentes y sus familias. Dichas instituciones están reguladas por la Ley Provincial N° 12.967 de Promoción y Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, sancionada en el año 2009.

Si se tiene en cuenta que tanto administrativa y políticamente, forman parte del primer nivel de intervención en el ámbito territorial, del Sistema Provincial, los profesionales que brindan sus servicios en estos espacios, pueden obrar como primeros detectores de señales de alarma en relación al lenguaje y a la comunicación, estableciéndose de esta forma un abordaje intersectorial. En ese marco, se torna necesario pensar y generar la construcción de redes con organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales como metodología de trabajo ante las complejidades sociales.

En este sentido, la Atención Primaria de la Salud se constituiría como una estrategia fundamental para pensar a la salud desde un modelo de atención integral familiar y comunitaria en el ámbito del trabajo no solo interdisciplinario sino también intersectorial, para promover y prevenir dificultades en relación a los aspectos vinculados a la comunicación humana. Por lo tanto, 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 para dar respuestas a las demandas del entorno.

En cuanto a la variable edad al momento del tratamiento modalidad taller, se obtuvieron los siguientes resultados: el 87,8 % (36) se encuentra en edad pre - escolar y un 12,2 % restante en edad de lactante mayor. No se registraron recién nacidos y lactantes menores. La edad promedio al momento del tratamiento modalidad taller es de 3 años y 2 meses y la moda es de 4 años.

A partir de esto, se puede realizar una comparación con la tesina de Bertone y Ranallo (2012). Del total de los 155 diagnósticos fonoaudiológicos, 94 (60,6%) se presentaron en niños de 5 a 7 años. En la presente investigación, un 87,8 % (36), se encuentra en edad pre - escolar (desde los 2 hasta los 5 años), siendo la moda de 4 años (máxima edad que se tomó en esta

investigación). En ese caso, solo 27 diagnósticos (17, 4 %), pertenecieron a pacientes de 0 a 4 años, en donde 18 (11, 6 %), corresponden al área de Lenguaje. Se evidencia que, en ambas investigaciones, las consultas en bebés y niños pequeños es bastante escasa.

En el Dispositivo del Hospital de Niños de Zona Norte, es posible constatar que los pacientes que llegan a consulta y que asistieron a tratamiento modalidad taller, mayoritariamente tienen 4 años y son derivados por pediatras, como se expuso anteriormente. En este sentido, podría considerarse que existe una demora o retraso en los tiempos de derivación, teniendo en cuenta que las señales de dificultades en el lenguaje pudieron aparecer antes en el tiempo.

De acuerdo a lo mencionado, se pone de manifiesto el accionar del profesional fonoaudiológico en el Tercer Nivel de Atención temprana, en el cual su propósito son las “actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifica como de crisis biopsicosocial”. (p. 9) Así pues, el objetivo en este nivel es mejorar las condiciones del desarrollo de la vida de los niños y niñas, actuando en concordancia con su entorno y familia, es aquí donde la intervención debe ser planificada de manera interdisciplinaria teniendo en cuenta las dificultades de los mismos en los diferentes ámbitos de su desarrollo, su historia y proceso evolutivo.

Retomando los resultados previamente expuestos, estos se podrían relacionar, por un lado, con la escasez de cargos para profesionales fonoaudiólogos en el primer nivel de atención (APS), que trae como consecuencia que la población infantil no acceda de forma temprana y oportuna, dada la implicancia que tiene la promoción y la prevención de dificultades vinculadas a la esfera del lenguaje. A esto, se agrega la disminución en la cantidad de profesionales fonoaudiólogos que egresan en el país. Según el Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe, cada año egresan entre 200 y 300 profesionales, sin poder llegar a cubrir todos los puestos de trabajo que la especialidad demanda. La poca cantidad de licenciados en fonoaudiología y la mayor cantidad de niños con dificultades que se va incrementando, dificulta el proceso de atención de muchos pacientes que quedan a la espera de un tratamiento. En ese marco, para la adquisición del lenguaje, existen momentos fundamentales en la vida del niño, y la falta de ayuda profesional repercute negativamente en ese desarrollo. Por otro lado, muchas veces las familias no cuentan

con la información necesaria acerca de los hitos en el desarrollo del lenguaje y por ende de las señales de alarma frente a las dificultades, lo cual puede retrasar la atención de las dificultades.

En este sentido, cabe destacar la importancia del segundo Nivel de Atención Temprana, el cual hace referencia a la detección y el diagnóstico precoz de las dificultades en el desarrollo, debido a que estas pueden prevenirse si son tratadas a tiempo, lo que supone una mejora sustancial en la calidad de vida del individuo y su entorno.

Resulta evidente que, la atención temprana centrada en la familia y su contexto próximo, son agentes esenciales que, junto con los profesionales, contribuirán al desarrollo integral del infante en sus primeros años de vida. Debido a esto, afirmamos la importancia del rol de los adultos que componen los distintos entornos del desarrollo del niño, ya que todos deben procurar por su bienestar. En este sentido, es posible deducir que tanto el seguimiento del desarrollo infantil como la detección temprana de las dificultades cobra un papel muy importante y crucial para minimizar riesgos y potenciar las capacidades y habilidades de los niños. En consecuencia, todo profesional de la salud encargado de atender a la población infantil, debe conocer profundamente las características propias del desarrollo en las diferentes etapas de la vida y en sus distintas manifestaciones, no solo controles de crecimiento y desarrollo, sino en otras áreas, tales como la comunicación y el lenguaje.

El recorrido realizado hasta acá nos permite evidenciar que, es necesario lograr una mayor visibilización de la carrera de fonoaudiología para superar las problemáticas antes expuestas, como la mayor demanda que existe en estos tiempos que conlleva a que la población muchas veces no pueda acceder a un tratamiento oportuno. Además, es fundamental que se garantice la promoción y la prevención en lo que respecta al lenguaje y la comunicación y sus posibles dificultades. Asimismo, se torna fundamental que, todos los espacios de atención fonoaudiológica, lleven adelante un trabajo en conjunto con las familias, como la del dispositivo del Hospital de Niños de Zona Norte que implica modificar favorablemente el futuro de las infancias. Poder brindarles un espacio de acompañamiento y de información a los padres repercute positivamente en las herramientas que puedan tener disponibles frente a la comunicación con sus hijos.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se llevó a cabo un recorrido teórico y práctico sobre el tratamiento brindado a personas menores de 4 años, mediante una modalidad taller, con el fin de poder realizar un diagnóstico de la situación actual, tomando como caso de estudio el Hospital de Zona Norte de Rosario. Tanto el contraste de autores como la exposición de datos duros, permiten analizar la prevalencia del motivo de consulta en relación a la edad de los pacientes y cuáles son los principales agentes de derivación a asistencia fonoaudiológica. Las conclusiones son:

- En cuanto al motivo de consulta, se evidenció que la mayor cantidad proviene del área de lenguaje con un 61 %.

- Si bien se expusieron diferentes motivos de consulta, el retraso del lenguaje se manifestó como el más frecuente (48, 8 %).

- En lo que respecta a la proveniencia de los agentes de derivación, se constató que el 78 % corresponde al Sector Sanitario, y que los agentes de derivación que se presentan con más frecuencia son los pediatras con un 43, 9 %.

- La edad promedio al momento del tratamiento modalidad taller es de 3 años y 2 meses y la moda es de 4 años, ubicándose el 87, 8 % se encuentra en edad pre-escolar y un 12, 2 % restante en edad de lactante mayor.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones que se observan en el presente trabajo de investigación, fueron en principio, la poca frecuencia de encuentros en persona para llevar adelante el estudio, por motivos de falta de cercanía y asimismo por la pandemia de Covid 19, lo cual impedía en algunas ocasiones realizar una reunión de manera presencial; no obstante, fue posible sobrellevar estas dificultades a través de encuentros virtuales.

Otras de las limitaciones se relacionan al acceso de determinados datos, a saber, las planillas en donde se registraban las características de la comunicación y el desempeño de los pacientes en cada una de las estaciones. Sin embargo, accedimos a las historias clínicas de los mismos, y en este sentido, nuestro trabajo paso a enmarcarse en la iniciación del proceso de atención con respecto a los datos recabados de motivos de consulta, agentes de derivación y edad al momento del tratamiento modalidad taller de los niños/as.

En base a las sugerencias, se torna sumamente necesario considerar a estos tipos de dispositivos, en la formulación de políticas públicas para lograr una mejor calidad de atención de estas problemáticas que se presentan cada vez más en la actualidad. A su vez, es oportuno que se den a conocer, en la comunidad en general, las señales de alarma en el lenguaje y la comunicación; ya que, de esa forma, las derivaciones y por ende los tratamientos serán más oportunos y eficaces. Otras de las variables a considerar son otras instituciones y poblaciones para enriquecer el conocimiento, así como también ampliar y actualizar la información relacionada con la intervención temprana de la comunicación y el lenguaje y el tratamiento mediante la modalidad taller centrada en la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, S. y Cardozo, M. (2021) *Representaciones Sociales sobre disfluencias infantiles que presentan los padres de niños en edades tempranas en el marco de la pandemia por el COVID-19*. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Rosario.

Aguado, G. (2009). *XIX Congreso Nacional de la Federación Española de Asociaciones de Profesores de Audición y Lenguaje*. En <https://logopedicum.com>.

Aguado G. (2019). *Verónica Maggio: Dificultades del lenguaje: recomendaciones para los padres*. Universidad Austral. En <https://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/dificultades-del-lenguaje-recomendaciones-para-los-padres/>

Aizpun A. M., Boullón, M., Dudok, M., Kibrik, L., Maggio, V., Maiocchi, A., Vázquez Fernández, P. (2013). *Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil*. Editorial Akadía. Buenos Aires.

Azcoaga, J., Bello, J. A., Citrinovitz, J., Derman, B., Frutos, W. M. (1979). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Bernal, O. y Gutiérrez, C. (2012). *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones*. Ediciones Uniandes. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.

Bertone, J. y Ranallo, M. (2012). *Estudio descriptivo acerca del diagnóstico fonoaudiológico y agentes de derivación de los pacientes atendidos en el hospital público de la ciudad de esperanza, provincia de santa fe, durante el período 2010-2011*. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Carreño Riveros, N. M. (2018). *Método Hanen como una herramienta para el desarrollo de la interacción comunicativa entre maestros y preescolares a través del juego*. Universidad del

Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología. Bogotá, Colombia.

Castellanos J. (2007). *Apoyo a la conceptualización de las acciones de formación y capacitación de recursos humanos para el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud*. Buenos Aires, Argentina.

Chokler, M. (1994) *Psicomotricidad Operativa*. Revista La Hamaca. N°7. FUNDARI. Buenos Aires, Argentina.

Colegio de Fonoaudiólogos 1° circunscripción. (2019). *Fonoaudiología, pocos alumnos y gran demanda*. En <https://www.colfonosf.org.ar/fonoaudiologia-pocos-alumnos-y-gran-demanda/#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20se%20reciben%20entre,puede%20crecer%20en%20el%20tiempo>.

Elba, L. y cols. (2004) *Atención Temprana. Una perspectiva Fonoaudiológica. 2da Edición*. Editorial Akadia. Rosario, Argentina.

FLACSO. (2015). *Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Santiago de Chile, Chile.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Editorial Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, España.

Fonoaudiología – intervenciones y prácticas posibles (2021). Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Figueiras, AC, Neves de Souza, IC; Ríos, VG; Benguigui, Y. (2011) *Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil (0 a 6 años) en el contexto de AIEPI*. OPS Washington, Estados Unidos.

Gallardo, P. (2009). *Valoración del componente pragmático a partir de datos orales*. Rev neuro.

Haller, L; Gallastegui, M.; Barrionuevo, M.; Grinson, D. (2010). *Neuropsicolinguística. Evaluación y Tratamiento*. Escala Rocca. Editorial AKADIA. Buenos Aires, Argentina.

Kristeva, J. (2017). *Introducción a la lingüística. Lenguaje, Lengua y Habla. -- Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Normal*. En: <https://materialdeestudiocecm.net/lenguaje-y-aprendizaje-normal/>

Ley Nacional N° 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología (2020). En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27568-343561/texto>

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

Lizzi E. et al. (2004) *Atención temprana. Una perspectiva fonoaudiológica*. Editorial Akadia. Buenos Aires.

Lorena, P. (2020). *Estudio descriptivo sobre la comunicación preverbal en niños de 6 a 24 meses, con antecedentes de riesgo biológico, evaluados en la unidad de terapia del lenguaje, del departamento de fonoaudiología del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca durante el periodo junio 2018 – junio 2019*. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Maggio, M. V. (2020) *Comunicación y lenguaje en la infancia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Maggio, M.V. (2020). *Lenguaje e inteligencia se nutren mutuamente*. En: <https://agendaeducativa.org/tag/veronica-maggio>

Meneghello, E. (2013) *Pediatría – Tomo I: 6° Edición*. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

Meneses Montero, M. y Monge Alvarado, M. D. L. Á. (2001). *El juego en los niños: enfoque teórico*. Educación. En: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44025210.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. *Clasificación Internacional de Enfermedades: 10.ª Revisión Modificación Clínica / Resolución Ministerial 487/02*. En https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Narbona J., Chevie – Muller C. (2001). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España.

Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=84700A60394509819B1E6DCB2EAF797B?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma – Ata. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud*. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Palacios Aguinaga, J. (2021). *Motivo de consulta*. En: <https://es.slideshare.net/yukijenn/motivo-de-consulta>

Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia. Como intervenir creando entornos competentes*. Editorial Narcea S.A. Madrid, España.

Rizo García, M. (2003). *Redes. Una aproximación al concepto*. Editorial Conaculta, UNESCO. México

Rovere, M. (2006) *Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada*. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Rosario, Argentina.

Sanchez, J.A.; Monfort, M. (1999) *Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades*. Editorial Santillana. Madrid, España.

Santhiá, M. (1998). *Atención Médica: Aspectos conceptuales. Ficha de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social*. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Secretaría de material de estudios. Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas. Rosario, Argentina.

Simeonsson, R. J. y col. (1982). *Una revisión y análisis de la eficacia de los programas de intervención temprana*. Editorial Pediatrics. Washington, Estados Unidos.

Sosic, Y. (2014). *Interdisciplina y salud. Tejer nuevos lazos, formar parte de la trama*. Editorial Lara, B.G. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*. En: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

Superintendencia de Servicios de Salud (2016). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10° CIE. 10° Revisión*. En: https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Villarreal, S. (1998). *La interdisciplinariedad en el Equipo de Salud. Módulo I: El futuro ejercicio profesional. Apunte de circulación interna de la Cátedra "Introducción a la Fonoaudiología"*. Escuela de Fonoaudiología - Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía Breve De Psicoterapia De Grupo*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Vygotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y Lenguaje*. Editorial La Pléyade. Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

Anexo I: Planilla individual

REGISTRO INDIVIDUAL TALLER DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

NOMBRE:

ÁREA CUENTOS

ATENCIÓN

COMPRENSIÓN DE PREGUNTAS: RESPUESTA VERBAL/ AL SEÑALAMIENTO

DENOMINACIÓN

VOCABULARIO: CLASE DE PALABRAS, FONÉTICO FONOLÓGICO,
INTELIGIBILIDAD

USO DE FRASES SIMPLES Y COMPLEJAS

ÁREA JUEGO SIMBÓLICO

JUEGO REPRESENTATIVO – ARMADO DE ESCENA – EXPLORATORIO

INTERACCIÓN CON PARES – DIÁLOGO

RESPONDE A ÓRDENES SIMPLES/COMPLEJAS

TURNOS

CLASIFICACIÓN

INTERÉS POR EL JUEGO INTERACTIVO

IMITACIÓN GESTUAL

IMITACIÓN DE SONIDOS

ÁREA MOTRICIDAD FINA

COORDINACIÓN GNOSICA – PRÁXICA

NOCIONES ESPACIALES

RECONOCIMIENTO DE FORMA – COLOR – TAMAÑO

MOTRICIDAD FINA

ÁREA JUEGO REGLADO

RESPETA TURNOS

ACEPTACIÓN DE REGLAS

VOCABULARIO

ASOCIACIONES SEMÁNTICAS

EXPRESIÓN – COMPRENSIÓN

RASGOS DE CONDUCTA ADAPTATIVA

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Se comunica por gestos, miradas, sonrisa, movimientos corporales, estereotipias motoras. Se comunica por reacciones afectivas: enojo, risa, llanto, etc. Logra una comunicación efectiva a pesar de sus limitaciones en el habla. Comprende gestos y miradas del interlocutor.

RASGOS DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Hiperactivo, fatigable, desatento, inestable, ansioso, triste, dócil, tranquilo, cariñoso, sonriente, agresivo, alegre, tímido, huraño, miedoso, negativista, obediente, sociable, observador, excitado, indiferente, inexpresivo, atento, desafiante.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

SUGERENCIAS: Para el Taller/para los padres

Anexo II: Entrevista a la Licenciada en Fonoaudiología a cargo del Taller centrado en la familia

1) ¿Cómo es el proceso de atención temprana?

Se aborda bajo la modalidad taller que consiste en agrupar pacientes según la edad y características lingüísticas/ comunicativas.

2) ¿En qué consiste la modalidad taller que realizan en el Servicio del Hospital?

Se trata de un circuito con diferentes estaciones lúdicas, donde los niños a través del juego con los otros y la interacción con los objetos, despliegan diferentes habilidades que son registradas en una planilla de análisis individual.

Se le permite a cada niño explorar y jugar con cualquiera de los juguetes de las estaciones, pero tratando de que experimenten y compartan todas las instancias de juego. Al finalizar se hace un encuentro con los padres y conversamos sobre el desempeño de los niños/as durante el taller y sobre las diferentes propuestas lúdicas indicadas para desarrollar en familia; cada uno comparte sus inquietudes, los logros de sus hijos/as, se charla también sobre las etapas del desarrollo lingüístico, sobre los objetivos acordes a los distintos niveles evolutivos, y se plantean técnicas específicas de estimulación, se los orienta con diferentes estrategias a implementar en el hogar.

3) ¿Cómo surge y por qué?

Parte de una necesidad detectada en la práctica clínica, donde se observaron reiteradamente las dificultades de los padres para establecer y mantener conductas comunicativas que favorezcan o acompañen el desarrollo lingüístico de manera eficaz.

También consideramos que se puede enriquecer el abordaje si incluimos los recursos de la modificación de conducta resignificando en un entorno natural, otorgando una mayor importancia a los ambientes en los que se desenvuelve un niño con retraso lingüístico y/o comunicacional. Por eso se incluye en el tratamiento la participación de quienes pasan tiempo con el niño, brindándoles información y capacitándolos con el propósito de desarrollar su lenguaje. Además, se considera sumamente valiosa la modalidad taller por todos los beneficios terapéuticos que conlleva el trabajo en grupo.

4) ¿Qué tienen en cuenta para que ingresen los pacientes?

La admisión del paciente se realiza a través de una entrevista con los padres y el niño e incluye una hipótesis diagnóstica. Luego con una evaluación más completa se arriba a un diagnóstico

más certero, con esta información más integral del niño/a se determinan los criterios terapéuticos y las prioridades de atención.

En esta modalidad no se incluyen niños/as con hipótesis diagnóstica de hipoacusia como causa de ausencia de lenguaje ni Trastornos del espectro Autista.

5) ¿Cuáles son los servicios de atención que hay en el Hospital? ¿Y cómo es el trabajo interdisciplinario con el Servicio de Fonoaudiología?

Se trabaja interdisciplinariamente con Pediatría, Neurología, Kinesiología, Fisiatría, Psicología, Gastroenterología, Odontología, Oftalmología y Servicio Social si el caso lo amerita.

El paciente al ingresar a la institución cuenta con una Historia Clínica Única donde cada profesional elabora un informe de evaluación, diagnóstico y seguimiento, que permite informar a todos los profesionales el estado del paciente en cada área. A su vez, se llevan a cabo reuniones entre profesionales para intercambiar opiniones y aportar sugerencias.

El Servicio de Fonoaudiología está conformado por cuatro fonoaudiólogas que trabajan en el abordaje temprano de las dificultades del lenguaje y la comunicación, abordaje de la función alimenticia y estudios audiológicos.

Anexo III: Planilla de volcado de datos

Número	Motivo de consulta	Agente de derivación	Edad
1	Lenguaje ininteligible	Jardín maternal	4 años
2	Lenguaje ininteligible	Padres	3 años
3	Pseudotartamudeo	Padres	4 años
4	Tartamudez	Padres	3 años
5	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años
6	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años
7	Retraso en el lenguaje	Neurología	4 años
8	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años y 4 meses
9	Tartamudez	Padres	4 años
10	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años
11	Dificultades en la interacción comunicativa	Jardín maternal	4 años
12	Lenguaje ininteligible	Pediatría	4 años
13	Dificultades en la interacción comunicativa	Musicoterapia	2 años y 10 meses
14	Retraso en el lenguaje	Pediatría	3 años
15	Retraso en el lenguaje	Psicología	3 años
16	Dificultades en la interacción comunicativa	Pediatría	2 años
17	Retraso en el lenguaje	Pediatría	3 años y 5 meses
18	Ausencia del lenguaje	Neurología	4 años
19	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años y 11 meses
20	Retraso en el lenguaje	Pediatría	4 años
21	Retraso en el lenguaje	Padres	2 años y 9 meses
22	Ausencia del lenguaje	Pediatría	2 años y 8 meses
23	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años
24	Lenguaje ininteligible	Neurología	3 años
25	Dificultades en la interacción comunicativa	Pediatría	4 años
26	Dificultades en la interacción comunicativa	Pediatría	4 años
27	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años y 1 mes
28	Retraso en el lenguaje	Neurología	4 años
29	Ausencia del lenguaje	Pediatría	3 años y 9 meses
30	Ausencia del lenguaje	Trabajo social	3 años y 1 mes

31	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años
32	Lenguaje ininteligible	Padres	4 años
33	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años y 4 meses
34	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años y 10 meses
35	Retraso en el lenguaje	Pediatría	3 años
36	Ausencia del lenguaje	Neurología	2 años
37	Dificultades en la interacción comunicativa	Pediatría	4 años
38	Lenguaje ininteligible	Pediatría	3 años
39	Retraso en el lenguaje	Neurología	3 años
40	Dificultades en la interacción comunicativa	Jardín maternal	3 años
41	Retraso en el lenguaje	Pediatría	2 años y 6 meses