

FONOAUDIOLOGICA

Revista Digital

ASALFA

ASOCIACION ARGENTINA DE
LOGOPEDIA, FONIATRIA Y
AUDIOLOGIA

Tomo 60 - N° 2 2013
ASALFA

Comisión Directiva 2011-2013

Presidenta
Prof. Dra. Alejandra Naveira

Vicepresidenta
Dra. Silvia Jury

Prosecretaria
Prof. Lic. Débora Chesler

Tesorera
Lic. Patricia Elorza

Protesorera
Dra. Liliana Haller

Vocal 1°
Dra. Nora Neustadt

Vocal 2°
Fga. Laura Abal

Vocal 3°
Lic. Marta Medina

Revisores de Cuentas Titulares
Lic. María Elena Vaccari
Lic. Nancy Mantiñan

Revisoras de Cuentas Suplentes
Lic. Nancy Taglialegne
Lic. Valeria Ton

FONOAUDIOLÓGICA

REVISTA DIGITAL

Tomo 60 – Nº 2 – Agosto - Diciembre 2013

Propietario de la revista:
Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología
(A.S.A.L.F.A.)

Dirección y administración
A.S.A.L.F.A. Sede científica y administrativa: Av. Córdoba 1530 Piso 6º
"19". Teléfono/fax: 4811-2851 CP1055 – Ciudad Autónoma de Buenos
Aires Argentina
www.asalfa.org.ar

Dirección Nacional de Propiedad Industrial:
Acta N° 970. 493/73
Registro Nacional de la Propiedad Intelectual:
N° 743077 ISSN – 1668-9402

Editor

Lic. Patricia Elorza

Comité Editorial

Fga. Marcela Garrido
Lic. Cecilia Martínez
Lic. Nancy Mantiñan

Comité Científico

Dr. Juan E. Azcoaga
Dra. Patricia Farias
Jennifer C.R. Dutk-Souza, Ph D
Dr. Aldo Ferreres
Dra. Isabel Galli de Pampliega
Dra. Liliana Haller
Dra. María Cristina Jackson-Menaldi
Dra. Silvia Jury
Lic. Susana Naidich
Dra. Nora Neustadt
Dra. Patricia Tabacco

Conforme a las publicaciones se invitará a participar del Comité Científico a profesionales destacados en diferentes temáticas.

CONTENIDO

Editorial

Pág. 7

Maestras de la Fonoaudiología Área Audiología: Fga. Alicia Zubizarreta

Pág. 9

EFFECTO DE LA AMPLIFICACIÓN, TONOS FRACTALES Y RUIDO EN EL TRATAMIENTO DEL TINNITUS

Fga. Alicia Zubizarreta

Pág. 11

Maestras de la Fonoaudiología Área Fonoestomatología: Dra. Silvia Jury

Pág. 19

HACIA UN MÉTODO NO INVASIVO DE CARACTERIZACIÓN DE LA SUCCIÓN NORMAL EN LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD.

Dra. Silvia Jury

Pág. 21

Maestras de la Fonoaudiología Área Intervención Temprana: Fga. Ana María Polito de Fiondella

Pág. 31

ESTIMULACION TEMPRANA

Fga. Ana María Polito de Fiondella

Pág. 32

Maestras de la Fonoaudiología
Área Lenguaje: Lic. Celia Haydée Agustoni
Pág. 39

DISFONIAS FUNCIONALES. FACTORES DE RIESGO
Lic. Celia Haydée Agustoni
Pág. 40

Maestras de la Fonoaudiología
Área Voz: Lic. Susana Naidich
Pág. 50

REGISTROS VOCALES
Lic. Susana Naidich
Pág. 52

Normas de Publicación
Pág. 57

Editorial

Este mes de diciembre concluye la gestión de la actual Comisión Directiva de ASALFA.

Durante el corriente año hemos tratado de no perder de vista los objetivos fijados al asumir el compromiso de liderar ASALFA, el 16 de Noviembre de 2011.

Hemos organizado y compartido diversas actividades, tales como: Reuniones Científicas y Cursos (presenciales y a distancia). Actividades gratuitas o con aranceles accesibles y bonificaciones para nuestros socios. Hemos certificado cursos organizados por ASALFA y cursos externos destinados siempre a los fonoaudiólogos.

La participación de nuestros colegas en cada una de las actividades propuestas durante este período ha sido meritoria y destacada.

En el mes de Mayo, con gran esfuerzo, hemos podido realizar la Jornada "65 Aniversario de ASALFA" la cual resultó, además de una jornada científica de alto nivel académico-profesional, un emotivo encuentro de saberes, experiencias y afectos que concluyó con la entrega de reconocimientos a maestras de la fonoaudiología y a la Fga Amor López, como Presidenta Honoraria.

Durante estos últimos meses conjuntamente con la FACAF, las Universidades y AFOCABA, hemos continuado reuniéndonos en el Ministerio de Salud de la Nación abordando el tema "especialidades" de la Fonoaudiología, a fin de avanzar en la jerarquización de nuestro ejercicio profesional.

Con gran satisfacción estamos concretando la segunda entrega anual de Fonoaudiológica, publicación que ASALFA inició en 1955 y nos representa como institución científica. Hemos decidido dedicarla a nuestras maestras, como una edición especial en conmemoración de los 65 años de ASALFA. Consideramos "Maestras" a aquellas personas que de alguna manera nos han "marcado" con sus ejemplos y actitudes ante la vida. Que con su invaluable ejemplo nos impulsaron a trabajar más y más. Que han carecido de egoísmo en la transmisión del saber y nos han dado la luz del conocimiento y las alas para alcanzar el propio vuelo. Por todo y simplemente por esto tenemos el deber moral de honrarlas. Esperamos que disfruten este ejemplar tanto como nosotras al realizarlo.

Aún queda mucho por hacer....

Durante estos dos años hemos trabajado arduamente. El desafío ha sido continuar la tarea de quienes nos han precedido.

Para todas y cada una de nosotras ha sido un orgullo integrar la Comisión Directiva.

Nos sentimos satisfechas de haber hecho nuestro aporte, el cual, será sin dudas, el inicio de nuevos logros para las comisiones futuras.

Gracias por acompañarnos y ayudarnos a llevar adelante nuestra asociación.

Les deseo felices fiestas y que en el 2014 podamos continuar trabajando con calidad y calidez para la mejora continua de la Fonoaudiología Argentina

Dra. María Alejandra Naveira
Presidente ASALFA
Comisión Directiva 2011-2013

Maestras de la Fonoaudiología



ÁREA AUDIOLOGÍA:

Fga. Alicia Zubizarreta de Fernández

La **Fga. Alicia Zubizarreta de Fernández** nació en Buenos Aires en diciembre de 1940. Egresó como Maestra Normal Nacional en la escuela "Domingo Faustino Sarmiento" y como Bachiller en el Colegio Nacional "Tomás Guido".

En el año 1961 se recibió de Profesora Nacional de Danzas y se graduó como Fonoaudióloga en la UBA.

Durante su carrera realizó trabajos prácticos en el entonces Policlínico de Lanús, cursando audiometría con la Lic. Nelly D'Elía y práctica de la enseñanza especial en la Escuela de Hipoacúsicos a cargo de la Prof. Cecilia Delvaux de Gómez.

Recién recibida se desempeñó como fonoaudióloga en el entonces "Instituto José Ingenieros" (hoy Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca) donde también funcionaba una escuela para hipoacúsicos.

Las maestras que la formaron, y casarse con el médico otorrinolaringólogo Dr. Enrique Fernández, marcaron tempranamente su camino hacia la audiología.

Desde 1980 y durante 20 años, colaboró en ASALFA desde todos los estratos societarios y en la co-dirección de la revista FONOAUDIOLÓGICA.

Siendo Coordinadora del Curso de Fonoaudiología de la II Cátedra de ORL de la UBA, logró incorporar la materia Terapéutica Audiológica, separándola de Audiometría, y se inició así la especialidad audiólogo y audioprotésista.

En 1984 se desempeñó como asesora de la II cátedra de ORL para la creación de la Licenciatura en Fonoaudiología. Y en 1991, como Asesora del Consejo del Rectorado de UMSA, también dedicó su esfuerzo a ampliar el área audiológica.

Fue vocero de casi todas las firmas comerciales de la época en la presentación de los audífonos que ingresaban al país, lo que le valió un reconocimiento especial en la materia que la llevó a todos los países de habla hispana y algunos europeos.

Su labor profesional recibió numerosos galardones, como por ejemplo: Maestra de la Audiología Argentina (IOA, 1986), Reconocimiento a la trayectoria (ASALFA, 1989), Labor encomiable en la Fonoaudiología (ASALFA, 2000), Compromiso con la Audiología (Federación Mexicana de ORL, 2002). En el año 2013 ASALFA volvió a distinguirla, en esta oportunidad otorgándole el título de Maestra de la Fonoaudiología Argentina en el Área de la Audiología, en mérito a sus aportes y contribuciones invalorable en esta área.

Algunas publicaciones, no muchas, pero infinidad de tarea docente caracteriza su incansable desvelo por la enseñanza en todos los niveles. Maestra generosa, ha compartido sin egoísmos sus conocimientos y experiencias, y contribuido a la formación de generaciones de colegas.

Quienes tienen el privilegio de conocerla más de cerca saben de sus cualidades personales y humanas, y muy especialmente, de su inalterable conducta ética y firmes bases morales como expresión de sus convicciones personales más íntimas.

La mejor labor realizada y que no figura en el curriculum es sin duda el haber cursado su vida y su labor profesional con su marido y su hijo Enrique en el área ORL y muy íntimamente ligada a su hija Alita en el quehacer fonoaudiológico.

Dra. Nora Neustadt de Kohan

Fga. Laura E. Abal

EFFECTO DE LA AMPLIFICACIÓN, TONOS FRACTALES Y RUIDO EN EL TRATAMIENTO DEL TINNITUS

FGA. ALICIA ZUBIZARRETA

Asesora Audiológica de Widex Argentina

En los últimos años se ha incentivado la dolencia de acúfenos en todo ámbito social y a cualquier edad, por este motivo el tema del tinnitus y el uso de los sistemas enmascaradores se intensificó notablemente no quedando fuera del momento actual,

Widex ha lanzado una serie de audífonos con una función nueva e inédita hasta el momento, denominada PROGRAMA ZEN.

Mediante este programa, el audífono produce ruido pantonal y música de relajación que puede ser ajustada en tono, tiempo, ritmo y volumen a la subjetividad del paciente, tendiendo a lograr un nivel de relajación, de confort y de distractibilidad que beneficie al usuario que sufre del común y persistente problema de acúfenos o tinnitus.

Tendiente a realizar un trabajo de investigación sobre los beneficios reales que se logran con la adaptación de estos audífonos, hemos elaborado el protocolo de evaluación que se presenta a continuación, con el fin de obtener datos estadísticamente comparables.

Objetivo de la investigación

Evaluar la mejora del problema derivado por el tinnitus a través de la Terapia de Supresión del Acúfeno o la relajación y distracción psicológica del paciente.

Verificar si existen diferencias en el resultado obtenido entre los pacientes con acúfeno pantonal o tonal.

Verificar si existen diferencias en el resultado obtenido entre los pacientes que presentan Test de Inhibición Residual positivo (TIR +) ó Test de Inhibición Residual negativo (TIR -).

Población

Pacientes que presentan tinnitus o acúfeno permanente uni o bilateral, con o sin pérdida auditiva, a saber:

Cantidad de sujetos de prueba	40
Cantidad de audífonos adaptados	54

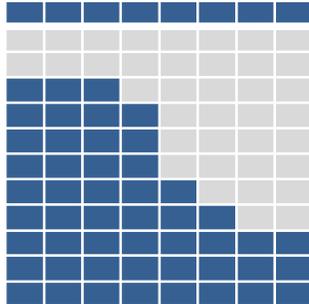
CANTIDAD DE AUDÍFONOS ADAPTADOS SEGÚN ACÚFENO	
Cantidad de audífonos adaptados monoauralmente	28
Cantidad de audífonos adaptados biauralmente	13

Rango de edades

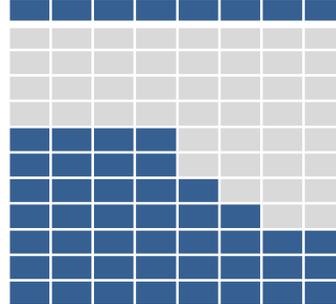
El rango de edades fluctúa entre 25 y 75 años con una media de 51 años

Rango de audición

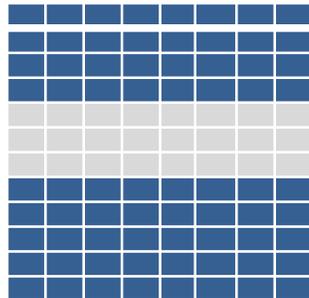
TIPO 1: 17 oídos



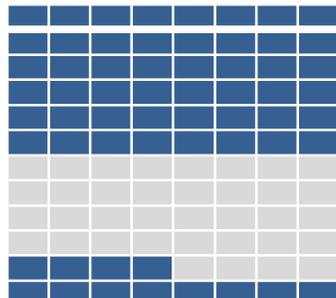
TIPO 2: 12 oídos



TIPO 3: 14 oídos



TIPO 4: 11 oídos



Todas hipoacusias cocleares salvo 1 de TIPO 4 de origen central.

Modelos de audífonos seleccionados

Todos los sujetos fueron equipados con audífonos Mind 440 y 330 en los modelos micro, M-9 y M-19

M4-m	16	M3-m	7
M4-9	12	M3-9	8
M4-19	10	M3-19	1

Identidad acústica

Adaptación abierta	19
Adaptación flex ó clásica	35

Características del acúfeno

Unilateral	24
Permanente	35
Continuo	35
Bilateral	17
Inconstante	6
Pulsátil	6

SEGÚN EL TONO	
Pantonal	17
Un tono o ruido	37
Tonal	24
Varios combinados	4
Otros	21

SEGÚN EL VOLUMEN	
Suave	5
Medio	17
Fuerte	14
Variable	5

Antigüedad del Tinnitus

Hace días	2
Hace meses	3
Hace años	16

Para reconocer la incidencia en la vida se tomó el test "TINNITUS HANDICAP INVENTORY"

Poca	7
Moderada	21
Mucha	13

Para evaluar subjetivamente el contenido emocional del problema se pidió referir palabras relacionadas al tinnitus: 11 personas dijeron STRESS, esta prevalencia coincidió plenamente con los datos estadísticos internacionales y en orden decreciente aparecen FALTA DE CONCENTRACION, FATIGA, NERVIOS, SILENCIO, ALCOHOL, NOCHE, ENOJO.

Test de inhibición residual

Positivo	15
Negativo	6

Tratamiento previo (Medicación- Tinnitus maskers – sedación- psicoterapia)

Con tratamiento previo	5
------------------------	---

Sin tratamiento previo	16
------------------------	----

Método

Para realizar un programa de investigación confiable se establece un protocolo de trabajo que asegure la identidad de los resultados

En primer término; en base a la consulta y en virtud de los datos de la anamnesis se establecen dos grupos de pacientes:

- CON ACÚFENO Y PÉRDIDA AUDITIVA
- CON ACÚFENO Y SIN PÉRDIDA AUDITIVA

Pacientes con acúfeno y con pérdida auditiva

Pasos a seguir:

1. Evaluación de la audición.
2. Selección del candidato.
3. Elección del audífono. Prueba y ajuste del Programa Zen.

1. Evaluación de la audición
 - Anamnesis específica para la identificación del tinnitus.
 - Otoscopia.
 - Estudios audiométricos: Audiometría tonal, Logoaudiometría, Evaluación de los niveles de molestia (UCL).
 - Acufenometría.
 - Test de Inhibición Residual (TIR).

2. Selección del candidato

Pacientes afectados con acúfeno permanente con más de un año de evolución, sin tratamiento activo en los últimos 3 meses y cuyo resultado en el Tinnitus Handicap Inventory (THI) sea mayor a 20 puntos.

Según los resultados anteriores los candidatos fueron divididos en 3 grupos:

- Grupo A - Pacientes con acúfeno pantonal.
- Grupo B - Pacientes con acúfeno tonal y TIR +.
- Grupo C - Pacientes con acúfeno tonal y TIR -.

3. Elección del audífono. Prueba y ajuste del Programa ZEN.

Se seleccionan el/los audífono/s correspondiente/s según los estudios audiométricos y la existencia de acúfeno mono o binaural.

Se calibran el/los audífono/s con Sensograma y Test de Feedback.

Se encienden los programas PRINCIPAL y RUIDO o PRINCIPAL y ZEN exclusivamente.

Grupo A – Pacientes con acúfeno pantonal

- Programa de ruido y micrófono apagado

Se busca en ajuste fino del ruido Zen la intensidad de enmascaramiento del acúfeno pantonal.

Tiempo de estimulación entre 15 y 30 minutos dos veces por día como mínimo.

Se busca específicamente la inhibición total o parcial del acúfeno.

Grupo B – Pacientes con acúfeno tonal y TIR +

- Programa de música ZEN micrófono apagado

Tiempo de estimulación entre 15 y 30 minutos dos veces por día como mínimo.

Se busca específicamente la inhibición total o parcial del acúfeno.

Grupo C – Pacientes con acúfeno tonal y TIR -

- Programa de música y micrófono encendido

Tiempo libre de estimulación (especificar tiempo y situaciones de uso).

Se busca específicamente la relajación psicológica y distracción del ruido del acúfeno.

- Selección del estilo ZEN

Exponer al paciente con el audífono conectado a los 6 sonidos Zen ajustados por default. El tiempo e exposición a cada fractal es el necesario hasta lograr la decisión.

El paciente debe evaluar cada estilo Zen con los siguientes parámetros subjetivos: Muy relajante – Un poco relajante – Neutral (ni relajante ni tensionante) – Un poco tensionante – Muy tensionante.

- Concluir con cual sonido fractal el paciente logra mayor sensación de relajación y confort.
- Ajustar el estilo Zen elegido en tiempo, frecuencia y volumen para lograr la mayor relajación posible.
- Se instruye al paciente en el uso del audífono, y de los únicos programas que se habilitan hasta su evaluación.

Pacientes con Tinnitus y audición normal

Pasos a seguir:

1. Evaluación de la audición.
2. Selección del candidato.
3. Elección del audífono. Prueba y ajuste del Programa Zen.

- Evaluación de la audición y selección del candidato
Idem al grupo con hipoacusia

- Elección del audífono. Prueba y ajuste del programa zen

1. Seleccionar el/los audífono/s de adaptación abierta según el acúfeno sea mono o binaural basándose en la preferencia subjetiva del paciente.
2. Sensograma y Test de Feedback.
3. Encender los programas PRINCIPAL y ZEN exclusivamente. ZEN se ubica en primer lugar.
4. El ajuste del programa Zen se realiza como en el grupo con hipoacusia.
5. Capacitar al paciente en el uso del audífono y los programas, a través del propio audífono o de un control remoto.
6. Entrenar al paciente en el uso del Programa Zen El tiempo mínimo de exposición a la música Zen debe ser de 15 a 30 minutos dos veces por día en un entorno relajante y en una

posición confortable que permita poner el foco de la atención en los sonidos fractales.

Control y seguimiento

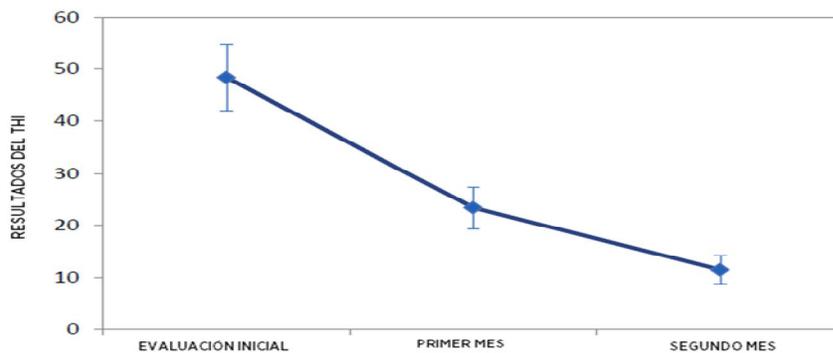
Para ambos grupos se realiza igual seguimiento:

- A la semana de uso
- A los 15 días
- A los 30 días
- A los 45 días
- A los 60 días de uso

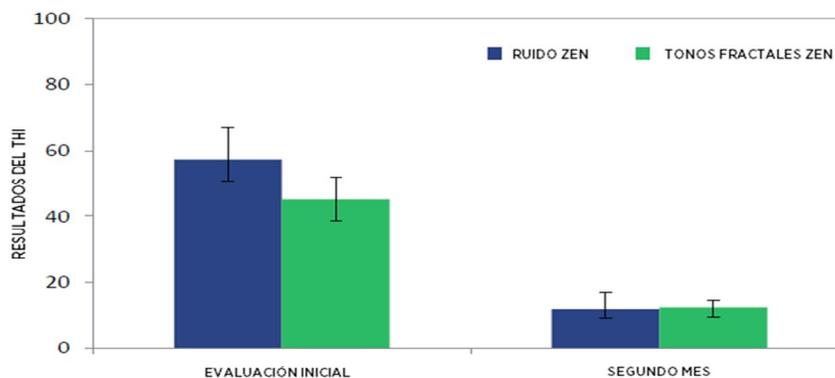
En cada sesión se realiza el ajuste fino de calibración del audífono y del programa de ZEN, se controla la veracidad de uso en el Diario de Sonido, se repite el cuestionario de evolución y finalmente se controla la audiometría y el Tinnitus Handicap Inventory.

Resultados del TINNITUS HANDICAP INVENTORY

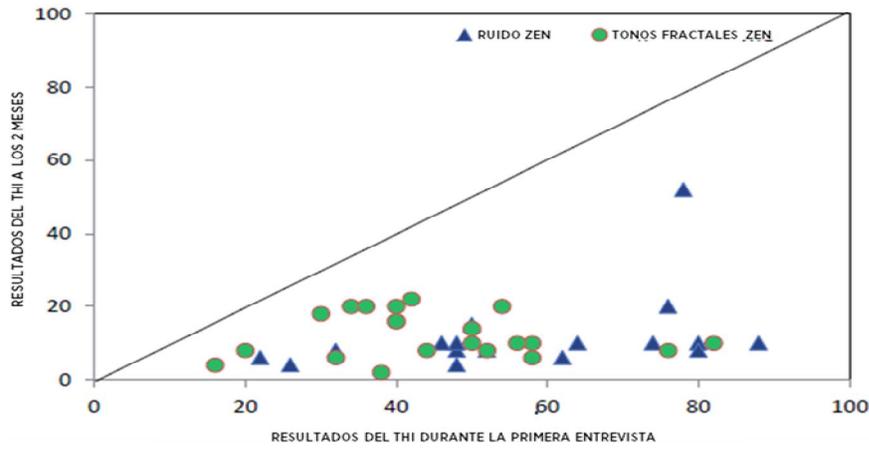
Valores promedio de resultados a lo largo de la investigación.



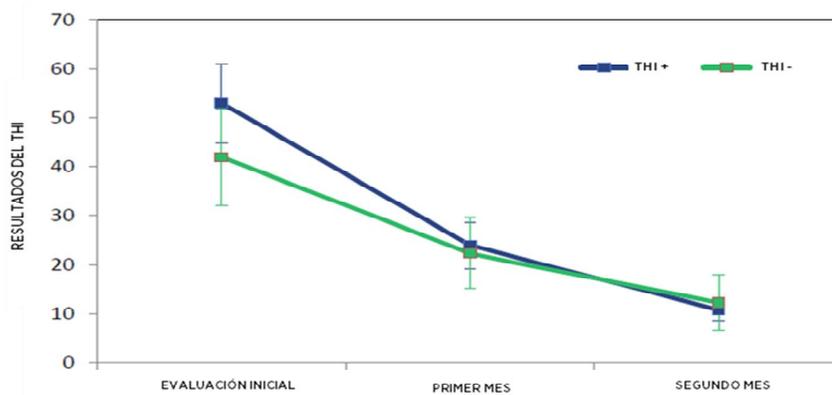
Valores promedio para sujetos estimulados con ruido zen y música zen al inicio y a los dos meses de tratamiento.



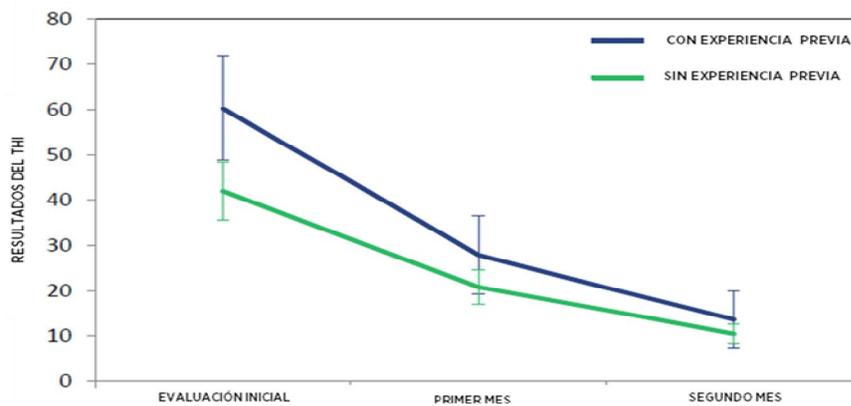
Valores individuales correspondientes a cada sujeto al momento de la primera evaluación y a los dos meses de estimulación con ruido zen o con tonos fractales zen.



Valores de resultados promedio para sujetos con THI+ y THI-



Valores de resultados promedio para sujetos con y sin experiencia previa en el equipamiento



Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, se enumeran los resultados finales.

OBJETIVO 1 - Evaluar la mejora del problema derivado por el tinnitus a través de la Terapia de Supresión del Acúfeno o la relajación y distracción psicológica del paciente.

Inhibición	21
Relajación	19

RESULTADO 1 – En todos los casos la respuesta a la estimulación fue satisfactoria (por inhibición, por disminución de la intensidad del acúfeno o relajación psicológica frente al problema)

OBJETIVO 2 - Verificar si existen diferencias en el resultado obtenido entre los pacientes con acúfeno pantonal o tonal.

ACUFENO PANTONAL – RUIDO ZEN			
Inhibición	16	Relajación	1

ACUFENO TONAL – MUSICA ZEN			
Inhibición	4	Relajación	19

RESULTADO 2 – La estimulación con el ruido zen es más efectiva para la inhibición del acúfeno, mientras que la música ofrece mayor relajación para el paciente.

OBJETIVO 3 - Verificar si existen diferencias en el resultado obtenido entre los pacientes que presentan Test de Inhibición Residual positivo (TIR +) ó Test de Inhibición Residual negativo - TIR-

TEST DE INHIBICION RESIDUAL + (TIR +)			
Inhibición	20	Relajación	3

TEST DE INHIBICION RESIDUAL – (TIR -)			
Inhibición	0	Relajación	17

RESULTADO 3 – Se demostró una conexión significativa entre el resultado al TIR y la respuesta a la estimulación zen. Si bien con ambos tipos de estimulación se lograron resultados positivos, cabe destacar que la mayoría de los pacientes con TIR + logró la inhibición del acúfeno, mientras que aquellos con TIR – solo lograron una relajación personal.

CONCLUSIÓN GENERAL

La doble función de audífono más enmascarador de acúfeno resultó el dato más relevante en la respuesta de los pacientes que manifestaron como muy positiva la posibilidad de realizar el tratamiento del acúfeno a través del ruido zen para inhibir el mismo, la música zen para relajarse, y mantener al mismo tiempo a través del audífono su conexión con el medio.



ÁREA FONIOESTOMATOLOGÍA:

Dra. Silvia Jury

La **Dra. Silvia Jury** nació en la ciudad de Córdoba. Al completar los estudios secundarios se graduó como Fonoaudióloga en la ciudad de La Plata primero y luego en la UMSA accediendo al título de Licenciada y posteriormente, al de Doctora en Fonoaudiología.

Junto a Jorge construyeron una hermosa familia constituida por sus hijos Paula y Gonzalo, hoy ampliada por la presencia de sus amados nietos.

Su pasión por la Fonoaudiología, su espíritu de lucha y de investigadora infatigable la convirtieron en pionera en su especialidad. Rigurosa, de firmes principios y convicciones que se traducen en todos los aspectos de su vida. Dotada de un profundo sentido ético.

Desarrolló su tarea profesional asistencial en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata, habiendo sido la primera en ocupar el cargo de Jefa de Unidad de Internación de Fonoaudiología, por concurso en 1999, cargo que desempeñara hasta marzo de 2013.

Inicialmente se abocó a la atención de niños con malformaciones craneofaciales y luego, atenta a los cambios epidemiológicos, a los prematuros con disfagias y complicaciones asociadas. Hoy además de la atención de los prematuros, se ocupa de los trastornos deglutorios y disfagias y su relación con la clínica pediátrica.

Fiel Colaboradora de ASALFA desde muy joven. Participó en todos los niveles jerárquicos de la Comisión Directiva. Fue presidente en dos comisiones y continúa colaborando con la institución desempeñándose actualmente como Vicepresidente.

A través de Asalfa conformó en 1979, en Río Cuarto, la Federación Argentina de Asociaciones y Colegios de Fonoaudiólogos de la cual fue presidente durante dos períodos. Hito que permitió organizar una red de conocimientos de la Fonoaudiología en todo el país. Mediante esta entidad se crearon las licenciaturas en las distintas universidades, siendo profesora en cursos de adecuación en la Universidad Nacional de Córdoba y San Luis.

Comprometida con los avances del conocimiento y preocupada por la permanente jerarquización profesional continúa llevando a cabo actividades docentes en la UMSA y paralelamente, por medio de cursos presenciales y a distancia, se aboca a la formación de colegas en el área de la Fonoestomatología, de la cual es referente indiscutida.

Es precisamente por sus aportes en esta especialidad y a su invalorable ejemplo, que Asalfa distinguió a la Dra. Silvia Jury con el título de Maestra de la Fonoaudiología Argentina en el Área de la Fonoestomatología, en el año 2013.

Dra. María Alejandra Naveira

HACIA UN MÉTODO NO INVASIVO DE CARACTERIZACIÓN DE LA SUCCIÓN NORMAL EN LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD.

Dra. Silvia Jury, Unidad de Fonoaudiología, Hospital de Niños Sor María Ludovica. / IDIP. Mrio. de Salud. CICBA.

Dra. Zerbino L. M., DCB, Facultad de Ingeniería. UNLP. / CIOp-CICBA. / FRLP. UTN.
Laquidara A. P., DE. Facultad de Ingeniería. UNLP. Centro de Investigaciones Ópticas (CIOp-CICBA).
Apezteguía M. C. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP-Mrio de Salud-CICBA)

silvia.jury@gmail.com

RESUMEN

Objetivos

Encontrar una técnica alternativa a la de la videodeglución, que permita identificar el comportamiento de succión-deglución normal o compensado, sin necesidad de llegar a la instancia radiológica.

Material y métodos

Como instancia preliminar, una vez diseñado y desarrollado el equipo electromédico necesario, se realizaron estudios a fin de investigar si los diagramas manométricos obtenidos presentan alguna correlación con las conclusiones de los estudios videofluoroscópicos, e identificar las posibles variables a tener en cuenta para encontrar dicha correlación.

Resultados

Se identificaron las curvas de succión productiva en 139 casos de lactantes de entre 0 y 6 meses de edad, y de allí se determinaron los valores promedio de amplitud en [mmHg] y frecuencia [Succ/seg] para cada caso. Se calcularon las regiones de normalidad para las categorías elegidas por peso y edad respectivamente.

Conclusiones

Los resultados permiten predecir que esta podría validarse como una técnica alternativa y complementaria de diagnóstico que pueda indicarse previamente a solicitar el estudio radiológico correspondiente, y que sería conveniente automatizar el cálculo de los parámetros de interés, para facilitar la transferencia del método al sector hospitalario.

Palabras Clave: *succión-deglución, lactantes, parámetros de normalidad, método no-radiológico.*

TOWARDS A NON-INVASIVE METHOD OF APPRAISAL OF THE REGULAR SUCTION IN 0 TO 5-MONTHS-OLD LACTATING INFANTS.

Objectives

To find an alternative technique to videofluoroscopic swallow study, which would allow for the distinction of the regular or facilitated suction-deglutition behavior, with no need for reaching the radiological instance.

Material and methods

As a preliminary instance, once the electromedical equipment had been designed and developed, studies were carried out in order to investigate if the obtained manometrical diagrams show any correlation with the conclusions derived from the videofluoroscopic studies, and to identify the possible variants to be taken into account so as to achieve such correlation.

Results

The curves of productive suction have been found in all the 139 cases of lactating infants between 0 and 6 months old, from which the average values of breadth in [mmHg] and frequency [Suct/sec] were determined for each case. The areas of normality for the categories determined in terms of weight and age has been respectively calculated.

Conclusions

The results allow for the prediction that the technique could be validated as an alternative and complementary one for diagnosis that can be asked for before requesting the corresponding radiologic study, and that it would be convenient automating the calculations of the parameter of interest to enhance the appliance of such method to the hospital sector.

Key terms: *suction-deglutition, lactating infants, parameters of normality, non-radiological method.*

Introducción

Disfunciones, su estudio y diagnóstico

De acuerdo con la descripción anterior, la deglución es un mecanismo complejo de delicada coordinación neuromuscular que permite el paso de alimentos de la boca al resto de aparato digestivo, evitando su ingreso a la vía aérea. Es así como la deglución y la respiración en tanto funciones recíprocas se relacionan con los sistemas auditivo, articulario, resonancia y alimentario. Las alteraciones en este mecanismo, tanto funcionales como anatómicas pueden ocasionar diversas patologías como cuadros respiratorios, otitis y otras disfunciones clínicas. El diagnóstico etiológico de las obstrucciones respiratorias requiere muchas veces de un diagnóstico estructural y de un diagnóstico funcional, debiendo evaluarse tanto la función respiratoria como deglutoria principalmente en lactantes, por lo cual se impone el trabajo en equipo interdisciplinario.

Paciente con reflujo nasal de alimento, ahogos y tos durante la ingesta o fuera de ella, estridor laríngeo, pausas respiratorias, Bronquitis Obstructiva Recurrente, también denominada Bronquitis Obstructiva Recidivante (B.O.R.) antecedentes de neumonías aspirativas, lactantes con resfriado común o catarro de vías aéreas superiores (C.V.A.S.), persistentes, malformaciones maxilofaciales que comprometan la ventilación, antecedentes de prematuridad con y sin uso prolongado de vía de alimentación alternativa (SOG) o respirador, internaciones en terapia intensiva pediátrica (T.I.P.) asistencia respiratoria mecánica. (A.R.M.) y sonda nasogástrica (S.N.G.), intentos fallidos de realimentación, parálisis recurrencial o adquirida, traqueotomizados, entre algunas entidades, deben ser evaluados en su deglución.

Es así como en los primeros meses de vida, muchas alteraciones deglutorias tienen implicancias que pueden ser desencadenantes de diversas patologías. Para su evaluación y eventual tratamiento, en el servicio hospitalario, los equipos de pediatría suelen derivar niños de 0 a 12 meses de vida a realizar una videodeglución, como único mecanismo para detectar o descartar posibles causas de esos trastornos.

La videodeglución, estudio radiológico funcional dinámico, debe ser el paso siguiente a la evaluación clínica de la succión-deglución cuando el caso así lo requiera y junto a la endoscopia

suma datos que permiten ajustar al diagnóstico. Sin embargo, es importante notar que, la videofluoroscopia se realiza mediante la ingesta de una sustancia radio-opaca (sulfato de bario) que se incorpora en este caso al contenido del biberón y que la duración promedio de las exposiciones es de unos 90 seg. Estos procedimientos no resultan particularmente placenteros y el paciente podría experimentar algún grado de incomodidad. Sobre todo en recién nacidos y lactantes resultaría muy beneficioso controlar la cantidad de estudios radiológicos a las que se los somete, y, por ello, resulta de particular importancia encontrar una técnica alternativa previa que limite la cantidad de pacientes que sean derivados a los mismos.

Materiales y método

Equipo electrónico de evaluación del mecanismo de succión.

El equipo electrónico desarrollado en el Centro de Investigaciones Ópticas (CIOp) consta de un transductor de presión y una conexión a computadora que permite observar y registrar las ondas de presión variable en el tiempo. Las ondas de presión se originan en el interior de un biberón para lactantes. La lectura de presión se realiza a través de un solo canal desde una computadora personal por medio de un osciloscopio-registrador y su software asociado. El registrador se conecta a la PC por un puerto USB. En la fotografía de la Figura 1 pueden verse los componentes del equipo electrónico.

La escala de representación de la onda de presión se ajusta desde el programa de lectura y tiene como máximo 150 mmHg. y un mínimo de -100 mmHg. La velocidad de respuesta en el tiempo del manómetro es desde la corriente continua hasta lo requerido por las ondas de succión, que no superan los 10 Hz.

No existe contacto eléctrico entre el paciente y el manómetro. Sólo se conecta el equipo de medición al biberón a través de un catéter plástico que transmite la presión de succión al manómetro. El registro de succión generado se archiva en formato de texto para posteriormente ser procesado en el programa.



Figura 1. Detalle del equipo de medición.

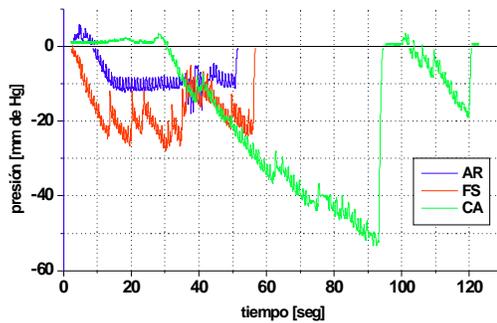
Estudios Preliminares

En un trabajo previo [1] se presentaron estudios preliminares de utilización del equipo diseñado en el CIOp para registrar las variaciones de presión dentro de biberón durante el proceso de succión-deglución a fin de analizar las variables que permitan detectar o descartar la presencia de trastornos deglutorios. Los estudios preliminares alentaban una posible correlación entre algunas características de los registros de presión obtenidos y la presencia o ausencia de trastornos de deglución controlados simultáneamente por la videofluoroscopia (ver Fig. 2), y a partir de ellos se diseñó un protocolo para la caracterización de las variables de presión registradas durante la succión-deglución en lactantes normales.

Durante 2009 se realizaron estudios preliminares sobre 25 de esos casos. Las curvas de presión-tiempo obtenidas fueron analizadas y comunicadas [2]. De esos estudios surgió la importancia de completar el protocolo de trabajo incluyendo varios parámetros complementarios como son peso, consumo de leche y tiempo de succión durante el registro y mejorar el diseño de la adaptación del biberón al dispositivo de registro. Además, se arbitraron los medios para garantizar que las condiciones de la toma de datos fueran similares, por ejemplo, el tiempo de ayuno previo de la muestra.

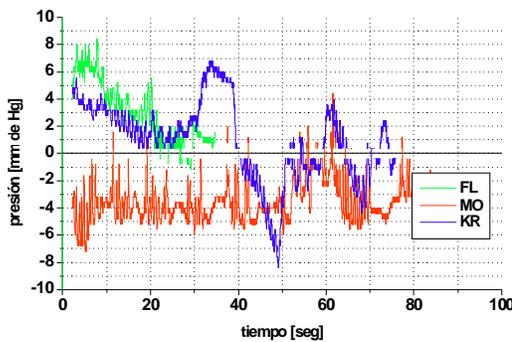


Succión Normal



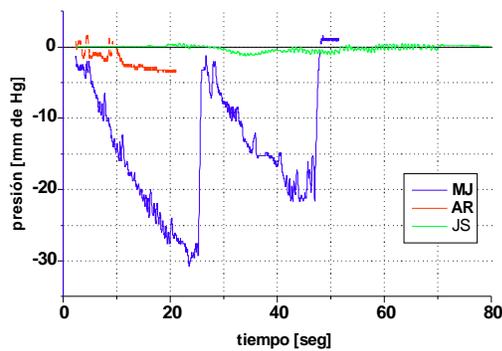
Identificación	Edad [meses]	Amplitud Pico a Pico de succión [mmHg]	Amplitud de rampa negativa [mmHg]	Periodo Máximo de rampa negativa [seg]	Periodo de cada succión [seg]	Informado Videofluoroscopia	Informe Clínico previo
AR	4	3,2	14,4	9	0,84	Succión dentro de límites normales	Otitis frecuentes
FS	5	4,3	22,8	10,9	0,72	Deglución dentro de características normales	FP2 muy pequeña (sin placa)
CA	6	3,2	50,4	63	0,92	Deglución dentro de características normales	Bronqueolitis

Succión Agotable



Identificación	Edad [meses]	Amplitud Pico a Pico de succión [mmHg]	Amplitud de rampa negativa [mmHg]	Periodo Máximo de rampa negativa [seg]	Periodo de cada succión [seg]	Informado Videofluoroscopia	Informe Clínico previo
FL	3	3,2	4,8	12,7	0,74	succión agotable con pasaje a fosa nasal	Trastornos respiratorios
MO	7	2	0	0	0,58	succión agotable con falta de presión faríngea. Esófagograma de características normales	BOR tarda 45 m en tomar la mamadera
KR	1,5	2,4	8	8,6	0,86	Succión débil y caída por gravedad	Disminución de peso

Otras Patologías



Identificación	Edad [meses]	Amplitud Pico a Pico de succión [mmHg]	Amplitud de rampa negativa (mmHg)	Período Máximo de rampa negativa [seg]	Período de cada succión [seg]	Informado Videofluoroscopia	Informe Clínico previo
MJ	48	2 irreg.	26	22,8	0,54	reservorio persistente en valécula	tos crónica persistente
AR	13	1,2 irreg.	3,2	1,64	0,52	hipertrofia amigdalina con reservorio	
JS	6	0,8	0	0	1,5 irreg.	deglución compensada con gasto energético	cirujía cardiovascular

Figura 2

Población estudiada

Se analizaron los registros de presión durante el proceso de succión - deglución obtenidos en una muestra de 139 lactantes normales que concurren a su control pediátrico de rutina a los Consultorios Externos del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata y que cumplían con las condiciones requeridas en el protocolo:

- Edad entre 0 y 6 meses
- Lactancia con biberón
- Consentimiento informado de sus representantes legales.

Método utilizado

Ayuno de al menos 3 horas.

Para cada uno de los lactantes de la muestra se analizaron comparativamente las curvas presión-tiempo, y algunas variables que las caracterizan. Dichos registros permiten identificar patrones completamente distintos asociables al menos a dos categorías: la succión-deglución productiva y la succión no productiva. Las curvas manométricas, la regularidad de sus oscilaciones, los valores de amplitud pico a pico de succión y el período de cada succión resultaron ser variables imponentes con rangos suficientemente diferentes asociables a cada una de esas categorías.

Resultados obtenidos

A partir de los registros obtenidos para lactantes sanos se identificaron los periodos correspondientes a succión productiva, y de allí se determinaron los valores promedio de amplitud en [mmHg] y frecuencia [Succ/seg] para cada caso.

El gráfico de la Figura 3a resume los resultados obtenidos en Amplitud y Frecuencia de las succiones para tres categorías agrupadas por Peso y el de la Figura 4a hace lo propio para tres categorías agrupadas por Edad.

A partir de esos resultados se puso de manifiesto la conveniencia de calcular regiones de normalidad relativas a frecuencia-amplitud conjuntas.

Como tanto parametrizando por edad como por peso las distribuciones son asimétricas, y al aplicar la función logaritmo se normalizan, se calcularon regiones de normalidad de referencia conjunta para $\log(\text{AMPLITUD})$ y $\log(\text{FRECUENCIA})$ para cada una de las categorías. El cálculo de las regiones de referencia se basa en la suposición de que la distribución conjunta de datos es normal y eso se consigue en nuestro caso aplicando la función logaritmo.

Las Figuras 3b, c y d y 4b, c y d permiten visualizar las regiones de normalidad para las categorías elegidas por peso y edad respectivamente. Estas regiones contienen, en cada caso el 95% de la población bajo estudio, es decir que equivale a decir que la probabilidad de que un caso cualquiera de la población esté en esa región es 0.95.

El análisis comparativo de las elipses que representarían la frontera de cada región de normalidad indicaría que existe una mejor correlación cuando se eligen categorías por peso que cuando se categoriza por edad. [3]

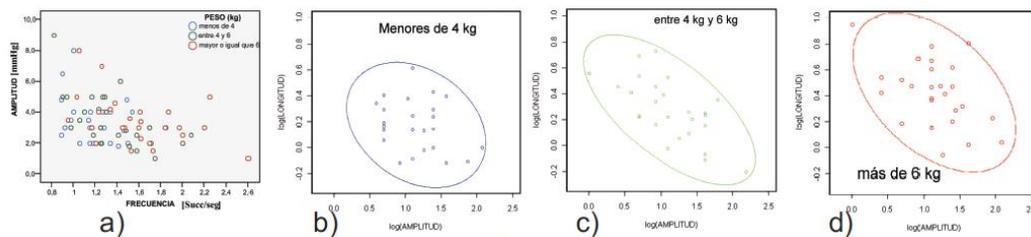


Figura 3. Resultados en Amplitud y Frecuencia para tres categorías agrupadas por Peso.

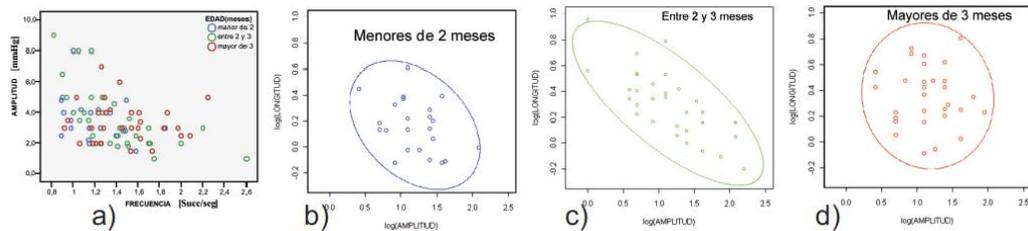


Figura 4. Resultados en Amplitud y Frecuencia para tres categorías agrupadas por Peso.

Conclusiones y prospectiva

De todos los estudios realizados puede concluirse:

1) La factibilidad de implementar estudios manométricos de la succión-deglución que permitan identificar los casos que están dentro de los parámetros normales de la succión-deglución productiva, y los de succión agotable, de aquellos en los que intervienen otras patologías.

2) Que de ello se desprende la necesidad de continuar las investigaciones sistemáticas a fin de ajustar los rangos de valores en los que las variables identificadas pueden considerarse en límites normales, para cuyos casos no sería necesario indicar un estudio radiológico de los mecanismos de succión-deglución.

3) Que sería conveniente continuar el relevamiento amplio que implique analizar estadísticamente las curvas manométricas de respuesta de lactantes normales en cuanto al mecanismo de succión-deglución productiva a fin de diseñar y validar el estudio que estamos presentando como una técnica alternativa y complementaria de diagnóstico que pueda indicarse previamente a solicitar el estudio radiológico correspondiente.

4) Que sería conveniente desarrollar un método de cálculo automático de los parámetros de interés, para facilitar la transferencia del método al sector hospitalario.

En la actualidad se está desarrollando el proyecto de investigación "Correlación de los patrones normales de presión en la succión productiva con los de pacientes prematuros y con patologías neurológicas, y su correlación con la videofluoroscopia de la deglución" tendiente a cumplimentar los puntos 2), 3) y 4). Esperamos poder informar sobre sus resultados en una próxima publicación.

Reconocimientos:

Los autores agradecen la colaboración de la Lic. Becaria Susan Cortes para el relevamiento de las muestras estudiadas. También agradecen a la Comisión de Investigaciones Científicas y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por los subsidios y apoyo recibidos para el desarrollo de estas investigaciones.

Bibliografía

[1] *Evaluación del mecanismo de succión productiva y no productiva: Estudio de la correlación entre la videofluoroscopia y la manometría.* L. M. Zerbino, S. Jury, A. P. Laquidara. 93° Reunión Nacional de Física y XI Reunión de la Sociedad Uruguaya de Física. 1 ra Reunión Conjunta AFASUF 2008. Buenos Aires, Argentina.

[2] *evaluación de patrones de presión normales en el mecanismo de succión productiva en lactantes.* L. M. Zerbino, S. Jury, A. P. Laquidara y S. Cortés. 94° Reunión Nacional de Física. Rosario, Santa Fé. 2009.

[3] *Parámetros de normalidad en Frecuencia y Amplitud de Patrones de Presión en la Succión Productiva de Lactantes.* Zerbino L. M., Laquidara A. P., Jury S., Cortes S., Apezteguía M. C. 95° Reunión Nacional de Física. Malargue, Mendoza. 2010.



ÁREA INTERVENCIÓN TEMPRANA

Fga. Ana María Polito de Fiondella

La **Fga. Ana María Polito de Fiondella** ingresó en el año 1947 en la Escuela N° 1 de Hospitales, la del "Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez", donde trabajó como maestra de sala hasta el año 1959.

Tiempo después fue Fonoaudióloga y pasó a ejercer en el Servicio de Neurología también del Hospital Gutiérrez, integrando el equipo de reeducadoras que bajo la dirección de la Dra. Lidia F. de Coriat implementaba la estimulación temprana en bebés con retraso madurativo y con Síndrome de Down.

En 1971, cuando ya llevaba cinco años de concurrencia como fonoaudióloga, a instancias Dr. Alberto Ciancia del Servicio de Oftalmología del mismo hospital, desarrolló la Intervención Temprana para niños ciegos y con visión subnormal, adaptando y enriqueciendo técnicas de estimulación ya utilizadas para lactantes con otras patologías, e instrumentando otras técnicas nuevas.

Y en el año 1988 fue convocada para ser la Directora fundante de la "Institución Fátima", primera institución en Sudamérica dedicada a la atención integral de la personas con sordoceguera.

Durante su activa vida profesional publicó diferentes trabajos en revistas científicas, y fue autora de capítulos en obras colectivas.

Maestra generosa, ha compartido sin egoísmos sus conocimientos y experiencias marcando con sus enseñanzas un camino a seguir.

En el acto institucional organizado por ASALFA con motivo de su sexagésimo quinto aniversario, realizado el 17 de mayo de 2013, fue reconocida por su desempeño en el Área de la Intervención Temprana, distinguiéndola como "Maestra de la Fonoaudiología Argentina".

Sin lugar a dudas Ana ha sido una pionera en estimulación temprana visual, un hito innegable a nivel nacional y latinoamericano.

Fga. Laura E. Abal

ESTIMULACION TEMPRANA

Fga. Ana María Polito de Fiondella

El tema que nos ocupa fue, y seguirá siendo origen de múltiples trabajos científicos.

Estas líneas solo pretenden dar testimonio de lo que pasó hace más de 50 años cuando comienza un camino nuevo y muchos profesionales, terapeutas, “reeducadores” inician un ejercicio comprometido con esta emocionante actividad: la Estimulación Temprana (ET).

Traicionaría a todos ellos si no intentara un breve recorrido por las primeras épocas.

Diferentes fueron los referentes teóricos que dieron sustento al accionar de estos pioneros, distintos fueron los caminos que recorrieron, pero como ya conocemos los buenos resultados que obtuvieron, podemos decir que tan importante como el basamento teórico que sustenta la actividad, fue la personalidad de quienes abrazaron este maravilloso camino.

No todos continuaron por la misma senda, pero todos quedaron marcados por tener a ese bebé especial en sus brazos, interrogarlo e interrogarse para poder ayudar a él y a sus padres. Estos nombres aparecen en el libro de Jordi Salvador que es una de las publicaciones más completas y veraces de la ET en el mundo: Luisa Theslenco, Beatriz B. de Denenberg, Elida Belchor, Elsa Ferrario de García, Nora B. de Weber, Dr. José Wacsman. También figura mi nombre y el de Alfredo Jerusalinsky, pero mi incorporación fue en 1963 en el Hospital de Niños, y la de Jerusalinsky después. El grupo inicial que comenzó la Dra. Coriat se fue formando desde antes del año 1960.

Otras profesionales que se capacitaron intensamente y quedaron atrapadas en el área de la ET fueron Myrha Chokler y Noemí Beneito, ambas fonoaudiólogas, psicomotricistas, con estudios formales realizados en el exterior, que siguieron la línea de la Dra. Emmi Picler. Es posible que haya más, sobre todo en el interior del país, pero no lo tengo registrado.

En la historia profesional de la Dra. Lidia F. de Coriat podemos encontrar los orígenes de esta actividad.

En el N° 1 de “Escritos de la Infancia” (FEPI 1993) figura un artículo de Elsa Coriat “Palabras de apertura” (1). Allí se puede leer una carta de la Dra. Coriat en la que ella detalla toda su inquietud por mantener unidos esos profesionales que había formado para dar apoyo en el ámbito del Hospital, a los bebés con atraso en su desarrollo y a sus familias.

En el mismo libro de J. Salvador (pág. 34 a 38) se habla en forma extensa de los fundamentos neurológicos de la ET, y para ello se hace una detallada descripción del trabajo implementado en el

Servicio de Neurología del Hospital de Niños de Buenos Aires, al frente del cual se encontraba la Dra. Coriat. En esa referencia se pone el acento en el estudio de los reflejos casi como único tema que interesara en el tratamiento, esto no fue así, ya que desde el primer momento colaboró dentro del Equipo el Dr. Waksman, verificando no sólo los niveles de maduración de los niños sino aportando sus conocimientos psicoanalíticos para la mayor interpretación de la dinámica de su personalidad. Todo el equipo tenía formación psicoanalítica o la fue incorporando con el correr del tiempo.

Esta brevísima e incompleta reseña del nacimiento de la ET me sirve para decir que a partir de 1964, yo estuve allí. Viví con respeto y admiración cómo se continuaba gestando, con una base psicoanalítica, ese equipo de ET que nos incluyó a todos los que manifestáramos el deseo de estar allí, en un consultorio neurológico que abrió sus puertas a los profesionales más diversos: docente común y docente especial, psicopedagogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, psicomotricista, profesora de sordos, terapeuta ocupacional. No faltaron miradas diferentes que se afanaban por incorporar un nuevo abordaje a sus saberes. Así fue la iniciación de ese grupo en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires.

Unos años después, *"en 1971, la Dra. Coriat funda el Centro de Neurología Infantil, sobre la base del mismo equipo interdisciplinario que trabajaba en el Hospital."*(1) A todos se nos recibió, dejando que cada uno se presentara y explicitara su interés por el tema de ET.

Muchas veces venían profesionales del Gran Buenos Aires o del interior, que estaban atendiendo a niños que ya habían hecho una consulta con el Equipo y deseaban informarse e informar sobre la evolución del tratamiento.

Más adelante vinieron los Ateneos. En general eran informes de casos que nos preocuparan, y debían ser presentados con rigurosidad científica. Eran los lunes.

Allí circulaba la opinión de cada profesional que tuviera un aporte para ofrecer, todos nos enriquecíamos, con la mirada distinta de las otras profesiones. Había que estar actualizado. Había que leer y saber dar cuenta de lo leído.

"Desde 1980, año en que fallece la Dra. Coriat, el Centro lleva el nombre que tiene hoy en día, en homenaje a ella. Y no sólo en homenaje, también por la decisión del equipo de continuar avanzando en el trabajo clínico y la producción teórica que ella emprendiera."(1)

"Reconocemos en aquella experiencia los cimientos de nuestro trabajo actual en ET. Dos cuestiones fundantes quedaron establecidas entonces: por un lado la importancia del tratamiento al bebé con problemas en el desarrollo desde muy temprano, y por el otro la incorporación del psicoanalista en aquel primer equipo, con la que se inició la constitución de una clínica sostenida en la interdisciplina (4).

Otra característica que imprime aquel primer equipo "es la **del terapeuta único**, que arma una imagen singular del bebé para los padres, que evita verlo fragmentado en tantas partes como dificultades posea, ya que no se trata de que esas dificultades sean abordadas desde tantas partes como trastornos presente el niño."(4)

Recordar esos comienzos, siempre hace bien sobre todo porque fueron épocas de estudio, de afianzamiento de amistades, de proyectos conjuntos.

Mirando hacia atrás siento la curiosidad de viajar a épocas remotas y llegar al comienzo de los tiempos, cuando una primera madre humana inicia el camino de las rutinas de alimentación, miradas, caricias... higiene... que es el camino para la humanización de su bebé, aunque ella aún no sepa lo que está haciendo.

Lo presume indefenso y lo está protegiendo. Indaga a ese ser para conocerlo, para que la conozca. En esos momentos en que se miran y se escrutan, es cuando nace... el amor de madre? la comunicación?, la sonrisa?, la palabra?

Es lo que todas las madres hacen en los primeros meses de vida desde que la humanidad existe como tal (...) se trata de un saber inconsciente transmitido a lo largo de generaciones, constituido y retrabajado en cada madre en función de su historia individual en el seno de la cultura en que vive." (1)

Vive la emoción del hijo nuevo y la incógnita del mañana.

Eso sigue sucediendo aunque hayan pasado millones de años.

Ese no saber fue antes y es ahora.

Pero... a veces algo se quiebra, el idilio queda perturbado y esos padres buscan ayuda, su mirada, entre imperativa y suplicante nos demanda una solución. Escuchemos su palabra, son sus palabras las que nos orientarán para saber cómo viven ellos la situación. Si nos dan permiso, entrará, **el terapeuta único**, en puntas de pie, con cuidado, con respeto por la intimidad de madre-hijo-padre.

Poco a poco se van evaluando los tiempos de esos padres, su posibilidad de escucha, llevando la mirada con intención de lectura sobre los aspectos positivos de su bebé. No dudamos que hay amor, nuestra misión será ayudar para que nazca en ellos el DESEO...

.....que invada el cuerpecito del hijo, que así recibirá el sostén necesario con la palabra que lo significa, tal vez imaginando que juega a la pelota con otros nenes como lo habían imaginado antes de saber que no todo andaba bien. O tal vez llegar a aceptar que no va a correr tras la pelota pero podrá disfrutar de otros juegos.

El pedido de ayuda existe, el terapeuta (el equipo que sostiene al terapeuta) lo escucha y debe poder (sin omnipotencias) alentar en esos padres la mirada que va más allá de la etiqueta del diagnóstico, antes que los invada la pregunta de ¿cómo son estos chicos?.

Porque “estos chicos” son otros, no es el bebé que tienen en brazos. Si vienen en busca de ayuda, si lo que los trajo fue un diagnóstico, nuestra verdadera ayuda será el que puedan descubrir y reconocer en su hijo los ojos del abuelo o el pocito en la mejilla igual que su hermano.

Por supuesto que es necesario conocer el diagnóstico, pero no para detallar, de manera exhaustiva las disfunciones que aquejan, o pueden llegar a aparecer en quienes lo padecen.

Por algo acá no hablamos de las posibles patologías ni de cómo abordarlas, porque ET no es solo estimulación auditiva para el hipoacúsico, ni estimulación visual para el de baja visión o estimulación motriz para las alteraciones del movimiento, con sus respectivos planes de trabajo.

“Esos planes de trabajo, si se aplican al pie de la letra sus indicaciones, donde lo que más importa, es que sea como sea, el mismo se cumpla, funcionarán como una aplanadora que arrasa el nacimiento del deseo”.

“Hace más de 20 años (hoy hace más de 45 años) nosotros también pensábamos que lo que provocaba en el niño un mejor desarrollo eran los ejercicios, pero tuvimos la oportunidad de comprobar que lo que realmente importaba era lo que se filtraba a través de los mismos, a saber: el hecho de dirigirse a un bebé con problemas de la misma manera que durante generaciones la humanidad se ha venido dirigiendo a cualquier bebé, suponiéndolo un sujeto y no un objeto manipulable” (2)

Deseo hablar un momento sobre mi posición frente a las primeras consultas, cuando se supone que esa pareja y su bebé van a iniciar un tratamiento de ET.

Antes de recibirlos ya poseo una tarjeta con el nombre del bebé, su fecha de nacimiento, quien los deriva, y porqué consultan. No escribo frente a ellos en una primera consulta. Posiblemente también tengamos ya un diagnóstico. Esos datos fueron tomados cuando pidieron el turno. Es en estas primeras consultas cuando, generalmente también concurre el padre.

Les explico cuánto valoro la presencia del padre en el consultorio, ya que se supone que ha tenido que pedir permiso en el trabajo para venir y seguramente está acá no sólo para acompañar a su hijo y a su mujer, sino porque él mismo quiere saber de qué se trata.

Esa actitud suya, ya le está haciendo bien a su hijo. Ocupo una buena parte de la consulta (las primeras consultas nunca pueden ser apuradas) para comentarle a ambos que el bebé *siente, sabe* que se están ocupando de él para ayudarlo. Entre incrédulos y sonrientes me escuchan, pregunto, escucho. Interrogo como se alimenta, cuál es su ritmo de sueño, a quién se parece. Si llora mucho, si le gusta el baño... Cuestiones de puericultura práctica que, en general igualan a todos los bebés. Los padres irán descubriendo que saben mucho más de lo que suponían de su hijo.

Cuando me ofrecen la carpeta con varios estudios les digo que si pueden dejen una fotocopia, que prefiero primero conocer al bebé, que seguramente para la próxima entrevista ya los habré leídos, que hablaré con el médico que lo deriva para que me cuente del nene...

Pido a quien lo tenga alzado que le saque un poco la ropa, le libero las manos, que generalmente están cubiertas. Me acerco, lo miro, busco su mirada me sonrío, lo nombro, le hablo, y me quedo en silencio. Observo e interpreto sus reacciones: *"Ah, vos no hablás pero estás moviendo un pie o una mano."*

Trato que las consultas se desarrollen en un coloquio distendido en el que puedo resaltar las características positivas del bebé: la mano en su boca, una mirada alerta, la sonrisa, ceño fruncido, balbuceos. Los invito a que sean ellos los que bien de cerca, lo miren, le hablen, lo acaricien. Se van animando. Observo como lo hacen. No les doy indicaciones de cómo hacerlo. Si tienen que darle el pecho o mamadera, o si hay que cambiarlo, acepto de buena grado la interrupción y veo cómo actúan.

Trato de explicitar que esto de la ET, para el bebé tiene que ser un juego, y para ellos también, tiene que ser un momento en el que estén en comunicación, en forma serena, a veces dando contención a sus movimientos, otras acercándole un poco más el objeto que quiere asir. Los padres tienen que estar allí para intervenir, no solamente porque es la primera entrevista, tienen que estar siempre, cuando somos tres la ET circula diferente: el nene puede ver como la mirada del otro cambia qué mira, a quién mira, puede escuchar las voces, puede cambiar la dirección del querer ir hacia....

Nosotros, los terapeutas, evaluando mentalmente la etapa por la que transita el bebé en cada una de las áreas, con el fin de no proponer en el juego situaciones o posiciones a las que no pueda acceder.

La ET debe abordar la sensorialidad de un modo constantemente asociado: audición, vista y tacto centrados en la cara del otro que le habla, lo acaricia y lo mira. Sin olvidar gusto y olfato en los momentos que sea más conveniente. Es oportuno señalar que la ET debe abordar al bebé en su totalidad de sujeto.

Si la dificultad se centra en la motricidad serán las áreas más sanas (vista, audición, tacto) las que den entrada a un nuevo intento de movilización interesada: un objeto atrayente lo suficientemente cercano como para que la intención del manoteo pueda lograr su objetivo: tocarlo, animando y asistiendo al bebé a la acción con la sonrisa y la palabra; es para vos, tocalo y te lo doy.

Si consideramos necesario que madre (padre) esté presente en la sesión, el bebé no puede estar ausente mirando el techo, o muy abstraído (desconectado) escuchando un CD de "música para bebés" o llorando de manera ininterrumpida.

La palabra hablada no debe ser reemplazada por ruiditos, chasquidos de lengua, silbidos, carraspeos, castañeteos de dedos o sacudida del llavero. El estímulo sonoro por excelencia es la voz humana, la de sus padres, y de las personas con las cuales convive o conoce. La ET nunca debe llegar a excitar. En esos casos se les puede mostrar a los papás como una mano serena sobre el cuerpecito del hijo puede controlar movimientos incoordinados involuntarios ya que lo deseable es lograr la relajación que permita jugar en forma serena y divertida.

Cuando el área más comprometida es la visual, habrá que cuidar que el sonido no desplace el deseo de mirar. Puede a veces sacudirse con insistencia un sonajero y no prestar atención a los colores, y textura del mismo, por eso cuando se estimula la sensorialidad hay que hacerlo en forma constantemente asociada, defendiendo la participación de todos los sentidos, de este modo las caras o los objetos que se presenten comenzarán a incorporar las cualidades predominantes del mismo. Todo esto sin dejar de intercalar tiempos de espera que son los que le dan entrada a una demanda y al inicio del diálogo.

Padres, abuelos, tíos y amigos, preguntan siempre y solicitan asesoramiento sobre los juguetes necesarios para la estimulación: la presencia de un muñeco o muñeca con rostros de nene o nena con el que podrá compartir el baño, darle de comer o hacerlo dormir. De este modo, después del año se podrá desplegar un juego funcional.

Mi "material didáctico" preferido son las frutas y verduras reales, allí encontramos, color, forma, tamaño, textura, olor, sabor.

Cada bebé que llega a consulta es un desafío, es el deseo de poder ayudarlo a él y a sus padres, es un saber que con ese bebé transitaré un camino nuevo que construiremos entre él, sus padres y yo. Es la incógnita lo que me atrapa la certeza de que voy a develar un misterio y voy a poder transmitir a esos papás la fuerza de un deseo. Y con ese bebé vamos a inventar cómo mirar en la oscuridad, cómo hablar sin palabras, cómo escuchar los silencios, cómo saborear helados tibios y cómo guardar el perfume de las flores.

Así es mi ET, mi deseo es que todos los que la practican la sientan igual.

Referencias Bibliográficas

- (1) Coriat, Elsa: "Palabras de apertura". *Escritos de la Infancia* N° 6. Publicación FEPI, 1993.
- (2) Coriat, Elsa. Terzaghi, Marila: "Sobre el Primer Congreso Iberoamericano de Estimulación Temprana." *Escritos de la Infancia* N° 7. Publicación FEPI 1996.
- (3) Coriat, Haydée. "E.T.: ¿Hacedores de bebés?". *Escritos de la Infancia* N° 1. Publicación FEPI 1993.

- (4) Coriat, Elsa. "La observación de lactantes en la clínica de bebés2. Actualidad Psicológica. Periódico mensual, Año XXXIV N° 381. Diciembre 2009. Buenos Aires.

Bibliografía

Terzaghi, Marila. Pedemonte, Mercedes: "Clínica de la Estimulación Temprana en el Hospital público" 1er. Congreso Iberoamericano de Estimulación Temprana. La Habana, Cuba. Escritos de la Infancia N° 7. Publicación FEPI 1996.

Salvador, Jordi: "La Estimulación Precoz en la Educación Especial" . Barcelona, España. Ediciones CEAC 1989.

Brazelton I, Cramer B: La Relación mas Temprana, en Padres, Bebés y el Drama del Apego Inicial. Barcelona, España. Editorial Paidós 1993.

Klaus M., Kennel J: La Relación Madre-Hijo. Buenos Aires, Editorial Panamericana 1978.

Fiondella A M: Para los que Ven, es Tiempo de Mirar. 1° Simposio Internacional sobre Deficiencia Visual en la Infancia. San Pablo, Brasil 1993.

Stern D: El Mundo Interpersonal del Infante. Buenos Aires, Editorial Paidós 1991.

Echeverría H: Importancia de la Constitución de la Matriz Vincular en los aprendizajes Tempranos en Tallis y otros: en Estimulación Temprana e Intervención Oportuna, Buenos Aires. Editorial Miño y Davila, 1995.

Kaye K: La vida mental y social del Bebé en Como los padres crean personas. Barcelona. Editorial Paidós 1986.

Coriat Lydia F: Maduración Psicomotriz en el primer año del Niño. Editorial Hemisur SRL, Buenos Aires, 1974.

Calmels, Daniel: Qué es la Psicomotricidad. Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires México, 2003.



ÁREA LENGUAJE:

Lic. Celia Haydée Agustoni

La **Lic. Celia Haydée Agustoni** luego de egresar como Maestra Normal Nacional y Profesora Superior de Piano, Teoría y Solfeo, inicia su Carrera Universitaria en la Facultad de Medicina de la UBA, egresando de la misma en 1960 y continuando en la Universidad del Museo Social Argentino los ciclos de Licenciatura y Doctorado en Fonoaudiología.

En el Hospital T. Álvarez fue Fonoaudióloga de planta desde 1962 y Jefa de la Sección Foniatría desde 1985 hasta el año 2009, desarrollando en dicha institución y en forma continua, no sólo tareas asistenciales, científicas, organizativas y de asesoramiento al equipo de colaboradoras, sino también de Capacitación y Práctica, como Docente de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología de la UBA desde 1967, siendo modelo y formadora desde entonces de muchísimas generaciones, y de profesionales que en la actualidad se destacan en importantes instituciones de nuestro país y del exterior.

Su generosa modalidad de enseñanza, siempre permitió una participación activa y comprometida, conjugando la teoría con la práctica, el saber con el hacer, el pensar con: el resolver, improvisar, decidir, asumir, consultar, etc., además de estimular el criterio multi-inter y transdisciplinario y el trabajo en equipo. Demostraba su accionar basado sobre un pensamiento básico: "Si escucho algo, lo sé... y tal vez lo recuerde, si lo veo...lo conozco... y si lo hago...lo aprendo".

Fue transmisora permanente de múltiples experiencias del diario quehacer profesional, no sólo a quienes la rodeaban sino que además, decidió volcarlas en numerosos trabajos presentados, en Cursos dictados, Jornadas, Congresos y Revistas de la especialidad. Como autodidacta creativa y para brindarle una guía como punto de partida a las jóvenes generaciones, decidió publicar entre 1983 y 1997 cuatro libros, que como herramientas prácticas contribuían a la terapéutica.

Su formación fue continua, y en diversas áreas referidas a nuestra especialidad y diferentes aspectos de la Salud Pública. Recibió premios y menciones por trabajos presentados. Fue miembro de diversas Asociaciones. Integrante de mesas examinadoras de la Complementación Curricular en la UBA. Jurado en concursos de Selección Interna del hospital y Pruebas de idoneidad para ingreso a la Carrera Docente en la UBA. Realizó colaboraciones especiales en la AMA, Profesorado de Educación Especial, en el Programa de Salud Escolar Distrito 12 y Comité Académico del programa PROFONO de la Carrera de Fonoaudiología.

Así la distinguió con el título de Maestra de la Fonoaudiología Argentina en el Área del Lenguaje en el año 2013. Su trayectoria y su ejemplo, constituyen un modelo de profesionalidad, responsabilidad, laboriosidad, entrega desinteresada, amor y ética.

Lic. Débora Chesler

DISFONIAS FUNCIONALES. FACTORES DE RIESGO

Lic. Celia H. Agustoni, M.N. 7628 - M.P.2494

Ex Jefa Sección Foniatría Hospital Gral de Agudos Dr. T. Alvarez

Docente libre UBA. Carrera de Fonoaudiología

Resumen

La finalidad del presente trabajo fue detectar los factores de riesgo que presentaron 52 pacientes seleccionados al azar y asistidos en la Sección Foniatría del Hospital Alvarez de C.A.B.A, para evaluación y/o tratamiento. Todos ellos fueron derivados por O.R.L. con patología funcional laríngea, algunos sin alteración de la estructura y otros con alteración de la misma.

Junto al abordaje habitual se le incorporó una encuesta que nos permitiera sistematizar la información respecto a: datos personales, diagnóstico, profesión, motivo de consulta, antecedentes de disfonía, tratamientos anteriores, otros trastornos agregados (orgánicos, funcionales, emocionales), hábitos incorrectos frecuentes, usos abusivos frecuentes y presencia de agentes externos.

Se efectuaron comentarios sobre los resultados observados, encontrándose como era esperable diferentes modos de **usos** abusivos, frecuencia de **hábitos** incorrectos y además la presencia de numerosos **factores** externos irritativos. Todos ellos constituyeron un cúmulo de **factores de riesgo** totalmente evitables que al perpetuarse y estar presentes con determinada frecuencia, ocasionaron desórdenes e interfirieron funciones, agravando, desencadenando o cronificando el cuadro.

Por lo tanto se consideró muy útil un claro registro de los mismos para visualizarlos en su totalidad, y que nos permitiera poder dialogar sobre ellos.

En síntesis junto al programa de rehabilitación vocal, se implementó paralelamente un programa de eliminación de conductas vocales abusivas, visualizadas por la entrega escrita de las mismas, alcanzando con dicha identificación, seguimiento y concientización, mejores resultados en la terapéutica...

Se consideran necesarias mayores acciones de promoción, protección y prevención desde la infancia para poder valorar una necesaria salud vocal.

DISFONIAS FUNCIONALES : FACTORES DE RIESGO

INTRODUCCION:

La voz acompaña al individuo durante toda la vida, desde el nacimiento. A través de ella se expresan emociones, nos relacionamos socialmente, educamos, entretenemos, informamos, actuamos, convencemos y cada vez más la utilizamos como herramienta de trabajo. Ella es el vehículo que transporta nuestras palabras y es la expresión sonora de nuestra personalidad.

Es un fenómeno **plurifuncional**, porque en su producción intervienen mecanismos: anátomo- fisiológicos (con intervención del sistema nervioso central y periférico), físico- acústico- resonanciales (que aportarán el tono fundamental y armónicos), y fonológico- lingüístico (relacionado con las formantes topográficas, acústicas y el lenguaje).

También es un fenómeno **multifacético** porque intervienen componentes endócrinos, psíquicos, odontoestomatológicos, auditivos, sensorio-perceptivos y psicosociales.

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las posibilidades de una persona de contraer una enfermedad. Pueden ser de diferente índole: mecánicos, químicos, psicosociales, ambientales, biológicos, emocionales, etc. La conjunción de múltiples factores de riesgo, sumados a una técnica vocal inadecuada y otros compromisos orgánicos y emocionales, pueden desencadenar trastornos de fonación.

Por lo tanto el desconocimiento de la función fonatoria, de las normas de higiene vocal y los usos abusivos e impropios, hacen que en el individuo se produzcan alteraciones y fonotraumas transitorios o permanentes con diferentes niveles de severidad.

Así pues, una multicausalidad de factores pueden afectar en mayor o menor grado las cualidades de la voz, (Intensidad- Altura- Timbre) y provocar una **disfonía funcional**.

MATERIAL Y MÉTODOS:

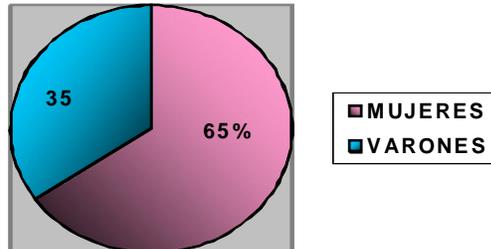
Se evaluaron 52 pacientes adultos de ambos sexos de entre 20 y 75 años; al abordaje habitual, se le incorporó una encuesta que nos permitiera sistematizar la información respecto a:

Datos personales, diagnóstico, profesión, motivo de consulta, antecedentes de disfonías, tratamientos anteriores, otros trastornos agregados (orgánicos, funcionales, emocionales), hábitos incorrectos frecuentes, usos abusivos frecuentes y presencia de agentes externos.

Se observaron entonces cuáles fueron los factores que, dependiendo de la frecuencia y tiempo de exposición, incidieron en la función fonatoria, desencadenando o agravando el cuadro laríngeo, en una población heterogénea.

RESULTADOS:

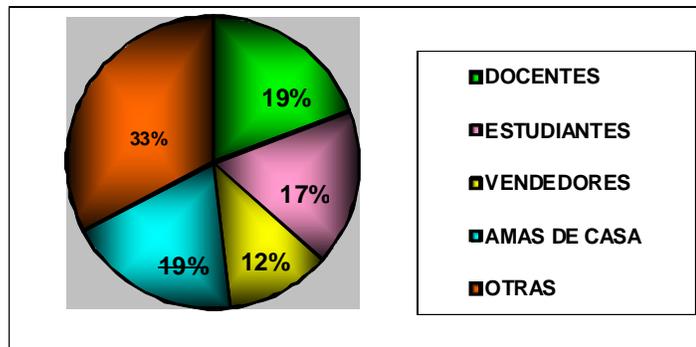
De los 52 **pacientes** evaluados (cuadro 1) 34 eran mujeres y 18 varones. El rango de edades de mayor consulta fue de 40 a 60 años, lo que supuestamente implica una mayor preocupación laboral, o bien cierta conciencia por mejorar, una vez superado el temor, a poseer malignidad.



SEXO - Cuadro 1

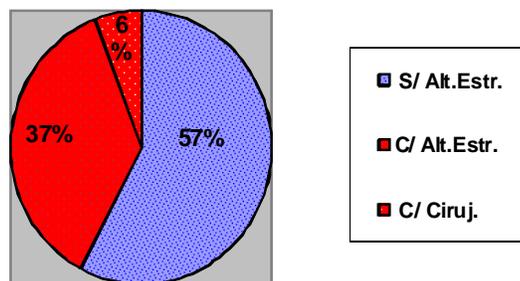
Respecto a las **profesiones** (cuadro 2) que requerían un mayor uso vocal, 10 eran docentes de diferente nivel, 9 estudiantes secundarios y terciarios con carreras de futura exigencia vocal, 6 vendedores con intenso uso vocal, 10 amas de casa sobre exigidas por las tareas del hogar y la crianza de sus hijos; 17 realizaban otras actividades laborales y profesiones diversas.

PROFESIONES - Cuadro 2



En cuanto al **diagnóstico** (cuadro 3), se observó que 30 no tenían alteración estructural laríngea presentando diferentes tipos de hiatus. Y con alteración estructural laríngea se encontraron 22, de los cuales 19 tenían nódulos y los 3 restantes ya anteriormente habían sido intervenidos por pólipos cordales.

DIAGNÓSTICO - Cuadro 3



También fueron significativos, otros resultados encontrados. Respecto al motivo de la consulta, se observó (cuadro 4) que la mayoría de ellos 36, **consultaron** por derivación del especialista y sólo 16, lo hizo espontáneamente por prevención.

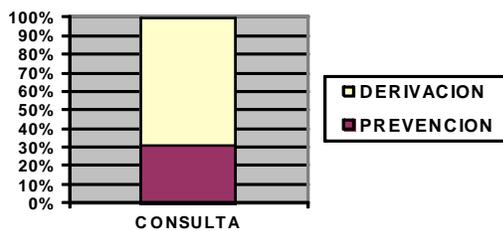
También que 36 tenía **antecedentes** de disfonía (cuadro 5), algunos en forma periódica pero sólo 5 de ellos habían realizado tratamiento.

Y que 39 presentaba además **otros trastornos orgánicos y emocionales**. (cuadro 6)

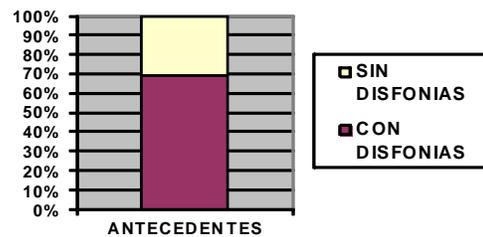
Pero que todos o sea los 52 presentaron diferentes modos de **usos** abusivos, frecuencia de **hábitos** incorrectos y además se observó la presencia de numerosos **factores** externos irritativos (cuadro 7)

OTROS RESULTADOS

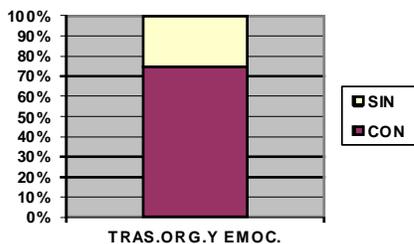
Cuadro 4



Cuadro 5



Cuadro 6



Cuadro 7



DISCUSIÓN:

Sabemos que el individuo es un ser bio- psico- social cuyo órgano de comunicación con el medio es la laringe. En algunos, ella es quien recibe los diferentes impactos orgánicos, funcionales y

medioambientales, pero si al afectarse, hay hábitos vocales saludables y una función fonatoria eufónica, lograría recuperarse a corto o mediano plazo..

Del análisis de lo observado en los pacientes evaluados podríamos decir que presentaron resultados esperables: uso intensivo vocal, sobrecargado por la profesión, la recidiva de su disfonía, el desconocimiento de pautas de higiene vocal y de la función fonatoria, una cronicidad de actos abusivos, la frecuencia de hábitos incorrectos y traumatizantes, la presencia de excesivos agentes irritativos externos. Todos ellos constituyeron un cúmulo de **factores de riesgo** totalmente evitables que al perpetuarse y estar presentes con determinada frecuencia, ocasionaron desórdenes e interfirieron funciones, agravando, desencadenando o cronificando el cuadro.

Todo ello motivó a pensar que era muy útil, un claro registro de los mismos para visualizarlos en su totalidad, y que nos permitiera poder dialogar sobre ellos.

De esa forma, poder explicar los daños posibles que pueden ocasionar, ventajas, desventajas, los recursos y estrategias para poder eliminarlos. Aprender a registrar sus trastornos orgánicos, funcionales o emocionales. Evitar la recidiva de su disfonía. Probables soluciones, nuevas herramientas a incorporar y ayudas necesarias de acuerdo a su actividad laboral, profesional, etc.

El beneficio que le ocasionan los paulatinos cambios. La plena conciencia de que los factores evitables dependen de su voluntad y del compromiso asumido al iniciar el tratamiento, pues la terapia de la voz sería insuficiente sin dichas modificaciones, pues el nuevo esquema corporal vocal debe estar acompañado de buenos hábitos fonatorios. En síntesis junto al programa de rehabilitación vocal, es necesario implementar paralelamente un programa de eliminación de conductas vocales abusivas y acompañarlo en sus dificultades. Por lo tanto se entregaron fotocopias sobre: **Usos abusivos, Hábitos incorrectos, Agentes externos** (Anexo I)- **Consejos para ayudar a crear buenos hábitos fonatorios** (Anexo II).

Se les solicitó que periódicamente marcaran los factores que lograron modificar en forma total o parcial, pero resaltando los aún faltantes, aclarándoles en cada sesión de su terapia, todas sus dudas, como así también apreciando, logros y dificultades.

Anexo I

TIENE USOS ABUSIVOS

Si habla frecuentemente

- EN SITIOS RUIDOSOS
- EN AMBIENTES FÍSICAMENTE INADECUADOS
- EN AMBIENTES MUY CALEFACCIONADOS
- EN AMBIENTES CON FUERTE AIRE ACONDICIONADO
- CON POSTURAS CORPORALES INADECUADAS
- EN VEHÍCULOS RUIDOSOS
- POR TELÉFONO
- A DISTANCIA
- EN REUNIONES
- EN CONFERENCIAS O DISERTACIONES
- EN SITUACIONES DE TENSIÓN
- COMPITIENDO CON OTRAS PERSONAS
- CON POCO REPOSO VOCAL
- COMPITIENDO CON LA MÚSICA O TV
- COMPITIENDO CON APARATOS ENCENDIDOS
- CON ESFUERZOS CORPORALES
- CON VOLUMEN HABITUAL BAJO
- CON VOLUMEN HABITUAL ALTO
- CON POCAS ARTICULACIONES
- CON VELOCIDAD INADECUADA
- EN ESTADOS DE AGOTAMIENTO FÍSICO
- EN ESTADOS DEPRESIVOS
- CON EPISODIOS CATARRALES

TIENE HABITOS INCORRECTOS

Si frecuentemente

- TOSE
- CARRASPEA O ACLARA LA VOZ
- ESTORNUDA RUIDOSAMENTE
- LLORA
- AFIRMA CON SONORIDAD
- GRUÑE
- GRITA
- CANTA
- TARAREA
- RIE
- TIENE HIPO
- TIENE ERUCTOS
- SUSPIRA CON SONORIDAD
- HACE IMITACIONES

INCIDEN AGENTES EXTERNOS

Si en exceso

- FUMA
- PERMANECE CON FUMADORES
- BEBE CAFÉ
- GASEOSAS
- ALCOHOL
- BEBIDAS HELADAS
- PICANTE
- AIRE ACONDICIONADO
- CALEFACCIÓN
- INHALA POLVILLO
- AEROSOL
- PINTURAS
- TINTURAS

- TIENE REFLUJO

Anexo II

Consejos para ayudar a crear buenos hábitos fonatorios

- Evite el exceso de **usos** abusivos
- Evite incrementar los **hábitos** incorrectos
- Evite el exceso de **agentes** externos irritativos
- No exija a su voz más de lo que le pediría al resto del cuerpo.
- Destine breves períodos de tiempo durante el día para reposar la voz.
- Ingiera líquido suficiente.
- Coordine la respiración con la palabra, hable pausadamente.
- Hable con buena articulación y melodía.
- Encuentre formas no verbales de comunicación y sistemas alternativos.
- No compita con el ruido ambiente.
- Evite hablar en ambientes y distancias inadecuadas.
- Evite hablar con tensiones corporales y posturas inadecuadas.
- Evite hablar en exceso durante el ejercicio físico.
- Evite habla en estados de agotamiento físico o depresivo.
- Tenga en cuenta los factores emocionales o afectivos que repercuten en su voz.
- Esté atento a los cambios orgánicos que se producen en su organismo.
- Procure un dormir suficiente y relajante.
- Incorpore hábitos cotidianos.
- Aprenda a querer y a cuidar sus cuerdas vocales

CONCLUSIONES

Los pacientes derivados sólo para evaluación, y que no realizaron tratamiento en la institución o bien que asistieron espontáneamente por razones pre ocupacionales, recibieron entonces una consulta orientadora, por haber analizado junto con el terapeuta los resultados de dicha encuesta y por la visualización de los factores de sobrecarga que presentaban; eso les permitió una rápida concientización de las modificaciones posibles a realizar.

Los derivados para tratamiento valoraron la necesidad del mismo y la de modificar conductas para mejorar el cuadro. Además desde el inicio se dialogó sobre la importancia de tener presente, la cantidad de actos desconocidos hasta ahora, que requerían de la función laríngea, y los que constituían factores de riesgo modificables. Con dicha identificación, seguimiento y concientización se alcanzaron mejores resultados en la terapéutica.

Sabemos que en la producción normal del acto fonatorio, es necesario el trabajo conjunto y sinérgico del órgano fonador como también de todos los sistemas y funciones intervinientes, en un ambiente adecuado; bastará que uno sólo de estos elementos intrínsecos o del medio se alteren para que la voz sufra alteraciones. Si además se desconocen las mínimas normas de higiene vocal, se produce una sobrecarga funcional.

Son necesarias mayores acciones de promoción y protección, que debieran iniciarse tempranamente desde la infancia ya que hay niños que utilizan permanentemente la voz en forma desmedida en sus juegos y en sus intenciones comunicativas y no pensar que sólo deben ser realizadas, en aquellos que hagan uso profesional de la voz.

Toda prevención que realicemos con acciones de educación vocal, con la incorporación de hábitos saludables, para cuidar, mejorar y alcanzar una voz agradable, permitirá valorar una salud vocal, cuya carencia sólo se estima ante situaciones límites, evitando de esa manera, la reeducación tan frecuente de una disfonía funcional crónica o transitoria, que puede malograr una carrera o el desarrollo laboral, con consecuentes implicancias económicas sociales y emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos Sanchez, I..(1981). **Reeducación de los problemas de la voz.** Ciencias de la educación. Madrid.
2. Canuyt, G.(1958) **La voz.** Hachette .Bs.As. .
3. Caramelli, L.(1992) **El desarrollo conciente de la voz.** I. Nogoya. Bs.As.
4. Cooper M.(1974) **Modernas técnicas de rehabilitación vocal.** Panamericana. Bs. As.
5. Dinville.C.(1981) **Los trastornos de la voz y su reeducación.** Masson. Barcelona.
6. Gomez. E.(1980) **La respiración y la voz humana.** Artes Gráficas Cárdenas. Bs.As.
7. Gonzalez, J.(1981) **Fonación y alteraciones de la laringe.** Panamericana. Bs As.
8. Jackson- Menaldi, M.(1992) **La voz normal.** Panamericana. Bs. As.
9. Le Huche.F. y Allali, A.(1993) **La voz. Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y del habla.** Tomo I .Masson. Bs.As.
10. Le Huche.F. y Allali (1994) **Patología vocal.** Tomo II. Masson. Bs.As.
11. Le Huche.F. y Allali (1994) **Terapéutica de los trastornos vocales.** Tomo III. Masson. Bs.As.
12. Lopez Temperan W.(1770) **Las técnicas vocales.** Comunidad del sur. Montevideo.
13. Neira,L.(1996) **La voz hablada y cantada.** Puma. Bs.As.
14. Perelló J.(1980) **Alteraciones de la voz.** Editorial Científico Médica. Barcelona
15. Pratter,R y Swift,R.(1986) **Manual de terapéutica vocal.** Salvat. Barcelona
16. Sataloff,R. Spiegel, J.(1991) **Atención de la voz profesional.** Clínicas O.R.L. de Norteamérica. Editorial Interamericana. México.
17. Segre.R.(1973) **La comunicación normal y patológica.** Toray. Bs As.
18. Segre, R. Naidich, S.(1981) **Principios de Foniatría.** Panamericana.



ÁREA VOZ:

Lic. Susana Naidich

La **Lic. Susana Naidich** es una profesional que ha dedicado su vida a su carrera, a la investigación y a la formación de sus colegas en el área de la voz. Todo esto ha llevado a Asalfa a distinguirla con el título de Maestra de la Fonoaudiología en el Área de la Voz.

Es muy interesante saber cómo una cantante lírica se incorporó a la Fonoaudiología y por qué. Su llegada está íntimamente ligada por ser cantante. El canto formó parte de su vida: a los nueve años con voz de soprano imitaba a las grandes divas, Claudia Muzio, Mariam Anderson, Renata Tebaldi, que escuchaba por radio. Ella nos cuenta, que cantaba “Casta Diva” antes de saber el Himno Nacional.

Era la solista de su escuela primaria y a los catorce años se incorporó a la Escuela de Ópera del Teatro Colón. Tal era su vocación que elegía horarios que le permitieran cumplir con el Liceo, el Colón y el Conservatorio Nacional de Danzas, donde ya cursaba el último año.

Al terminar la Escuela de Ópera, su profesora de canto del Colón, Edith Fleischer, volvió a Europa consiguiéndole una beca en la Academia de Música de Viena. Esto ocurrió con tan sólo diecinueve años y comenzó a preocuparle la disparidad de criterios entre los distintos profesores que le daban clases para asegurar su técnica. A pesar de esto siguió cantando en Viena y en los festivales de Salzburgo.

De regreso, se incorporó nuevamente al elenco del Teatro Colón cantando roles de mezo. Por entonces era médico ORL del teatro, el Doctor Renato Segre. De la mano de él, se incorporó a Sociedades y Encuentros Internacionales, donde ¡por fin! encontró respuestas a sus inquietudes: registros, clasificación vocal, cuidado de la voz profesional, la respiración y el correcto uso del diafragma, entre muchas otras dudas.

Becada, viajó a USA, Universidad de Brandeis, donde unió lo aprendido de los avances en el conocimiento de la voz con los aspectos estrictamente musicales.

Y a su retorno a Buenos Aires, ya convencida de la importancia de la Fonoaudiología, cursó la Licenciatura en el Museo Social Argentino.

En USA conoció al Dr. Minoru Hirano quien inicia las nuevas sendas que toma el conocimiento de la fisiología vocal. Así se inició en la enseñanza de la técnica vocal tanto para cantantes (clásicos y populares) como para actores.

Así como nosotros la reconocimos como Maestra, ella quiere brindar su agradecimiento a todos los maestros que le permitieron iniciarse tanto en el uso de la voz como de los aspectos musicales.

Dra. Silvia Jury

REGISTROS VOCALES

Lic. Susana Naidich

El tema del llamado "registro vocal", ha sido motivo de controversia desde que se intentó dar una causa, o razón, a las "sensaciones" musculares de los cantantes en las distintas zonas de su extensión vocal (hombres y mujeres). El hecho de la producción vocal sigue siendo objeto de investigaciones multidisciplinarias al día de hoy.

El Dr. Jorge Perelló, en su extenso análisis de la "Fisiología de la laringe" (1) analiza el inicio histórico en el intento de encontrar una explicación al fenómeno de la producción de la voz. Se remonta al siglo V antes de Cristo, dado que ya los griegos inician el estudio de la anatomía y sus funciones, en relación a la voz.

La historia científica, con los diferentes conocimientos adquiridos, paulatinamente desarrolla distintas teorías, que globalmente se denominaron "teorías de la fonación". Las más conocidas y aceptadas fueron la "*mioelástica*", la "*neurocronáxica*" la "*muco-ondulatoria*" y la "*aerodinámica-mioelástica*".

Si bien todas aparentan tener un grado de realidad fisiológica no pueden explicar todos los fenómenos que se dan en el canto en especial. La más aceptada en la actualidad en el campo de la investigación científica es la *mioelástica-aerodinámica*. Esta teoría relaciona la actividad nerviosa y auditiva con propiedades mecánicas de la mucosa, combinados con el paso del flujo aéreo, que constituye el elemento motor más importante de la oscilación cordal.

Dedicaremos alguna atención a la llamada "*neurocronáxica*", de los años 1950, de Raoul Husson (2), dada la repercusión que la misma tuvo en nuestro medio y que aún hoy pueden considerar vigente. Esa teoría, en esos años traducida al español en un breve resumen, tuvo sus seguidores en Garde, en Francia, Quirós en la Argentina, entre otros. Sus hipótesis fascinaron a quienes se dedican al canto, porque parecían dar soluciones a las incógnitas de la producción de los "registros vocales" en relación a la voz femenina (aún hoy no totalmente explicados). Así Husson denominó voz "monofásica" a la voz grave - normal (o "de pecho"), voz " bifásica" a la aguda normal de la mujer (conocida como "falsete") y agregó una "trifásica" y "cuatrifásica" para los tonos más agudos de la voz femenina.(conocidos como registro "flauta").

Esa denominación se basaba en supuestos estímulos nerviosos (semejantes a corriente eléctrica) con alternancia de estimulación en las fibras musculares de los pliegues vocales.

Lamentablemente esa teoría no pudo ser comprobada por investigadores posteriores al grupo de Husson, y la misma cae, en el ámbito científico, en total descrédito (ver objeciones en libro de Perelló)

Merece hacerse la salvedad, que excluyendo la explicación neurológica de la "cronaxia", la fisiología de los eventos vocales descripta por Husson, coincide con las investigaciones actuales.

En 1972 Minoru Hirano (3), de la Universidad de Kurume, Japón, revoluciona el mundo científico, describiendo, por una parte la estructura de los pliegues vocales, y por otro, publicando los resultados del comportamiento muscular en el canto, por el método no usado previamente de electromiografía de cada músculo laríngeo durante la fonación.

Hirano inicia su investigación con el uso de cinematografía ultra-rápida de cuerdas vocales, y su proyección lentificada cuadro por cuadro, para observar en detalle el complejo movimiento de onda en la apertura y cierre de la mucosa (1974).

Traducción de Hirano:

"Estructura y control del repliegue vocal como un "vibrador": "La cuerda vocal tiene una estructura única y está intrincadamente controlada por la actividad de los músculos laríngeos"...

"En contraste con instrumentos musicales, que tienen múltiples cuerdas, los humanos sólo usan un par de repliegues vocales para producir una variedad de frecuencias fundamentales (tonalidades), intensidades y cualidades de voz."...

"El secreto de este fenómeno se basa en la estructura y control del repliegue vocal humano"

Estructura del repliegue vocal

La estructura del repliegue vocal (c.v.) está formado por varias capas de tejido (cinco en total):

- 1- Epitelio
- 2- Capa superficial constituyen la lámina propia
- 3- Capa intermedia
- 4- Capa profunda
- 5- El músculo vocal (tiroaritenideo propiamente dicho)

Esta estructura de la c.v. es de gran importancia en tres aspectos:

- 1) Cada capa tiene propiedades mecánicas diferentes.
- 2) Las propiedades mecánicas de las cuatro capas que constituyen la mucosa son controladas pasivamente, mientras que la 5o capa, más profunda, está regulada tanto activa como pasivamente.
- 3) La mayor parte de las patologías de c.v. se originan desde una capa específica."

El segundo aporte de Hirano, de enorme valor en fisiología vocal, con relación a la electromiografía de los músculos laríngeos, es la descripción de su actividad durante el canto en los distintos registros vocales.

El tema "registro vocal" es altamente polémico, y aún habrá maestros de canto, que intentando igualar la calidad tímbrica en toda la extensión vocal, nieguen la existencia de "registros" (4)

Según el ingeniero acústico Johan Sundberg : (5) "Debe reconocerse que el caos de terminología sobre "registros", refleja meramente una lamentable carencia de conocimientos objetivos...". "La investigación sobre la voz no se ha desarrollado hasta el punto de una total comprensión de los mecanismos glóticos y aspectos de la calidad vocal"

"Visto desde afuera, las disputas sobre la terminología de registros pueden parecer hasta "algo pintorescas"... particularmente cuando el énfasis está puesto en la elección de los términos y no en lo que ellos significan en función de la actividad glótica".

Hollien, destacado científico americano (Universidad de Gainesville, Florida, USA) intenta ya en 1971 encontrar nuevos términos para los "registros vocales", y realiza a este efecto un interrogatorio sobre el tema, entre personalidades internacionales (científicos, cantantes, profesores, terapeutas vocales) de renombre.

Hollien propone la denominación de los registros en:

- 1) registro "pulso" ("pulse register")
- 2) registro "modal" ("modal register")
- 3) registro "elevado" ("loft register")

El primero es el que se conoce como "frito vocal", es muy grave y débil.

El segundo es el que naturalmente usamos en voz hablada y corresponde al tradicionalmente llamado "de pecho".

El tercero es el conocido como "falsete", término que ha llevado a confusiones aberrantes.

Según los estudios electromiográficos, único procedimiento que demuestra en forma directa la actividad muscular, realizados desde 1972 por el prof. Hirano, la mayor diferencia entre el "registro grave (modal o de pecho)" y el "agudo" (loft- elevado o falsete).reside en el músculo vocal (tiroaritenideo).

Para Hirano: *"...en todos los cantantes analizados con este método (electromiográfico), cuanto más grave es el registro, mayor es la actividad del tiroaritenideo (o músculo de la cuerda vocal)..."* y más adelante continúa.: *"cuando se cambia de "registro (de grave o modal o pecho a agudo, liviano o falsete) la actividad eléctrica del músculo tiroaritenideo o vocal de la C.V., casi desaparece. Este proceso se manifiesta en ambos sexos.*

¿Cuál es entonces la definición de "registro vocal", qué es un "registro vocal"?

Tanto Sundberg (5) como Sataloff (7) consideran que los registros, diferentes desde su producción en cuerdas vocales SUENAN DIFERENTE. Ambos coinciden en que, además de otros elementos, el "registro" es un proceso laríngeo, básicamente modificado luego por procesos acústicos que suceden en los que comúnmente se denominan "resonadores" (científicamente denominado "tracto vocal")

Sataloff (7) toma en cuenta los siguientes requerimientos:

"1. Un registro laríngeo debe reflejar un específico y distinto modo de actividad laríngea (de cuerdas vocales). Al respecto lo que sucede con los resonadores (tracto vocal) es irrelevante.

2. El registro laríngeo se produce en una extensión de tonos contiguos (frecuencias fundamentales)

3. Los tonos de cualquier registro laríngeo (frecuencias fundamentales) tienen una zona de superposición con el rango de tonos de frecuencias de otro registro, más agudo o más grave."

Con este criterio sólo tres distintos registros laríngeos han sido verificados.

Sataloff aclara que para simplificar la confusión existente adopta los términos propuestos por Hollien (6): "...concluimos con la aceptación científica de que el "registro " vocal, es un hecho totalmente laríngeo (de cuerdas vocales) que pueden coincidir con otras características de la voz (por Ej. el color y timbre) y que se dan en una extensión semejante para todos los sujetos (hombres y mujeres)"

PALABRAS CLAVES

Registro: Modo de comportamiento laríngeo (de cuerdas vocales) para la emisión de tonos graves y /o agudos.

Glotis: Espacio delimitado por ambas cuerdas vocales.

Electromiografía: Técnica que a través del potencial de acción de un músculo permite medir y objetivar la actividad de sus fibras.

Pasaje: Transición de un "registro" laríngeo a otro de diferente comportamiento muscular, Ej.: del registro "modal" (o de pecho) a "elevado" (o falsete).

Tesitura: Extensión, que puede referirse a una partitura, a una voz determinada, a un fragmento musical.

Cuerda: Denominación que puede recibir una voz, para ser "clasificada" (tenor-bajo-barítono, soprano- mezzo-soprano - contralto) en función de un análisis minucioso de diversos parámetros: físico, extensión comfortable, zona de "pasaje" laríngeo, de registro , color o timbre, zona comfortable de voz hablada.

BIBLIOGRAFIA

1) **Perelló Jorge:** "Fisiología de la comunicación oral" (tomo III) Editorial Científica Médica . 1972 (Pág. 260)

2) **Husson Raoul:** "La voix chantée" Ganthier Villars Editeurs. Paris 1960.

3) **Hirano Minoru:** "Clinical Examination of Voice" Springer Verlag Wien .New York (1981)

4) **Voice Foundation:** "Transcripts of the 8th Symposium" . Care of the professional Voice. N. York 1979 (Pág. 101 a 122)

5) **Sundberg Johan:** "The science of the singing voice". Northern Illinois University Press (1987)

6) **Hollien Harry:** "Vocal register": a new view to an old problem". Presentado en el 2o Simposio Internacional de COMET Bs As 1971.

7) **Sataloff Robert:** "Professional Voice" The science and art of Clinical Care" Raven Press. N. York (1991)

8) **Titze, Ingo:** " Principles of Voice produccion" Prentice Hall (1993).

Normas de publicación

La Revista **Fonoaudiológica** publica tanto trabajos originales e inéditos de investigación como cualquier otro tema de interés relevante para la especialidad. La Revista publica también artículos de revisión, actualización y casuística, además de normativas y consensos originados en el propio ámbito institucional.

Las normas de publicación de la Revista Fonoaudiológica siguen el consenso de Vancouver y se adaptarán en todo lo posible a las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, www.icmje.org).

El objetivo es alcanzar los mayores niveles de rigor en los trabajos que se acepten para su publicación. Es por ello que las normas de publicación van a seguir estas recomendaciones internacionales.

ASALFA a través de la dirección de la Revista, podrá apoyar a los autores que lo soliciten con los medios técnicos necesarios para su correcta presentación.

Normas para la elaboración de los trabajos científicos

Los trabajos científicos de investigación deberán seguir la siguiente estructura:

1. **Introducción.** Explica brevemente los fundamentos y objetivos del trabajo.
2. **Material y método.** Describe las características de los procedimientos empleados en el trabajo, el análisis estadístico y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.
3. **Resultados.** Deben presentarse en secuencia lógica en el texto, sin repetir la información proporcionada por tablas y figuras.
4. **Discusión.** Expone los resultados en relación con las hipótesis del trabajo y la bibliografía especializada.
5. **Conclusiones.** Menciona los principales hallazgos y la nueva información que aporta el estudio.
6. **Reconocimientos.** Incluye agradecimiento o mención a los colaboradores que, sin ser autores, realizaron una genuina contribución al trabajo, con asistencia técnica, apoyo logístico, incluida la ayuda financiera.
7. **Bibliografía.** La bibliografía se citará en secuencia numérica consecutiva de acuerdo con su orden de aparición. Para la referencia de revistas médicas se utilizarán las abreviaturas que aparecen en el Index Medicus: List of Journals Indexed, que se encuentra disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/citmatch_help.html#Journalists.

Formato de texto. Recomendamos usar formato Word (u otro compatible), tamaño de página A4, tipo de letra Arial, Times New Roman o similar de tamaño 10 a 12, interlineado 1,5 y márgenes no inferiores a 2,5 cm. La extensión máxima del trabajo no será, en general, mayor de 20 hojas incluyendo tablas y figuras. Es recomendable evitar el uso indiscriminado de los formatos en negrita, cursiva y subrayado.

Numeración de páginas. Las páginas estarán numeradas consecutivamente. Cada sección o apartado se iniciará en hoja aparte.

Primera página. Figurará el título del trabajo, el nombre y apellidos de cada uno de los autores con el rango académico más elevado y su centro de trabajo, así como las señas de contacto del primer autor y la fecha de envío. Se deberán evitar las abreviaturas. Es imprescindible consignar si el trabajo contó con algún tipo de financiación.

Segunda página. Se incluirá un resumen que no exceda las 250 palabras. En el caso de artículos de investigación, el resumen deberá estar estructurado en cuatro apartados, que son: introducción u objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Además, se complementarán con tres a seis palabras claves. A continuación, título, resumen y palabras clave, traducidos al inglés. Luego se presentará el texto principal.

Texto principal. El contenido de los trabajos referidos a investigaciones originales se ordenarán: introducción y objetivos, material o pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones. Cada apartado comenzará en una hoja nueva. En el apartado “material o pacientes y métodos” se mencionará que los pacientes han participado tras la obtención del correspondiente consentimiento informado de ellos o de sus representantes legales.

Las **notas clínicas** tendrán una extensión máxima de seis hojas, una o dos tablas/figuras y citas bibliográficas en número no superior de diez.

Las **abreviaturas** figurarán siempre inmediatamente detrás de la palabra o frase a la que se refieran cuando se mencionen por primera vez. Se recomienda usar el menor número de abreviaturas posibles.

Tablas y figuras. Cualquier tipo de gráficos, dibujos y fotografías serán denominados figuras. Tanto éstas como las tablas estarán impresas cada una en una hoja independiente. Deberán estar numeradas correlativamente según el orden de aparición en el texto, con números romanos las tablas y números arábigos las figuras. En cada una constará un título conciso pero suficientemente aclaratorio, cuya lectura haga que la figura o tabla sea entendible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Debe evitarse presentar los mismos datos simultáneamente en tablas, figuras y texto.

Fotografías. Se retocarán para que no puedan ser identificados los pacientes. En caso de no poder evitar la identificación, deberá obtenerse autorización escrita del paciente o de su representante legal (y en este caso adjuntar una copia).

Bibliografía. En general seguirán las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, www.icmje.org) recogidas en el documento Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Traducción al español de la versión [www.metodo.uab.es/enlaces/2006 Requisitos de Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf)

Envío del trabajo científico. Se remitirá por vía electrónica a asalfa@asalfa.org.ar dirigido a "Secretaría". En el "asunto" se colocará la leyenda "Artículo para la Revista FONOAUDIOLÓGICA".

Evaluación, aceptación y publicación de los trabajos. ASALFA notificará al autor la recepción del trabajo científico. Una vez leído por la Dirección de la Revista podrá ser enviado para su evaluación ciega a expertos del Comité Científico de la Revista. Si fuera necesario, se establecerá contacto con los autores para sugerencias, correcciones o apoyo. La REVISTA se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación.

Responsabilidad de los autores. Los autores son responsables de la observación rigurosa de las normas de buenas prácticas clínicas y de investigación aceptada. Al remitir un trabajo a esta Revista, aceptan expresamente lo siguiente:

- A. Que es un trabajo original y que no ha sido previamente publicado.
- B. Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- C. Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- D. Que todos ellos han leído y aprobado la versión del trabajo finalmente remitida.
- E. Que convienen en que la REVISTA FONOAUDIOLÓGICA y ASALFA no comparten necesariamente las afirmaciones que en el artículo manifiestan los autores.

Herramientas de ayuda para la elaboración de artículos científicos

www.metodo.uab.es/enlaces/normas.htm

www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/citmatch_help.html#Journalists