

Revista

FONOAUDIOLÓGICA

ASALFA

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE
LOGOPEDIA, FONIATRÍA Y
AUDIOLOGÍA

Tomo 64 - N° 1 2017

ASALFA

Comisión Directiva 2015-2017

Presidente

Ega. Laura Elena Abal

Vicepresidente

Prof. Dra. Alejandra Naveira

Secretaria

Prof. Lic. Liliana Arjona

Prosecretaria

Prof. Lic. Débora Chesler

Tesorera

Lic. Patricia Elorza

Protesorera

Dra. Nora Neustadt

Vocal 1º

Dra. Silvia Jury

Vocal 2º

Lic. Laura Alvarez

Vocal 3º

Lic. Marta Medina

Revisores de Cuentas Titulares

Lic. María Elena Vaccari

Lic. Nancy Mantiñan

Revisoras de Cuentas Suplentes

Lic. Nancy Taglialegne

Lic. Valeria Ton

REVISTA
FONOAUDIOLÓGICA

Tomo 64 – Nº 1 – Enero - Julio 2017

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

Mail: asalfa@asalfa.org.ar

Página Web: www.asalfa.org.ar

Facebook: www.facebook.com.ar/asalfa.web

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

Directora

Dra. Silvia Jury

Comité Editorial

Lic. Patricia Elorza
Prof. Lic. María Elena Vaccari
Prof. Lic. Laura Álvarez

Comité Científico

Dra. Patricia Farías
Jennifer C.R. Dutk-Souza, Ph D
Dr. Aldo Ferreres
Dra. Isabel Galli de Pampliega
Dra. Liliana Haller
Dra. María Cristina Jackson-Menaldi
Lic. Susana Naidich
Dra. Nora Neustadt
Dra. Patricia Tabacco
Prof. Dra. Eliane Schocha
Fga. Liliana Santamarina
Lic. Valeria Ton
Prof. Dra. María Alejandra Naveira
Lic. Adriana Copiz
Lic. Sandra Graizer
Lic. Laura Busto Marolt
Lic. Fabiana Wilder

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

CONTENIDO

EDITORIAL

Pág. 6

TRABAJOS ORIGINALES

EFFECTIVIDAD DE LA POSTURA CHIN DOWN EN LA DEGLUCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

Fga. Liliana Santamarina, Lic. Guadalupe Andereggen, Lic. Yanina Sitzer, Lic. María Eugenia Núñez, Lic. Florencia Conde, Lic. Silvana Guzmán, Lic. Paula Iglesias, Lic. Valeria Ton, Dra Silvia Jury

Pág. 8

PROCESOS DE SIMPLIFICACIÓN FONOLÓGICA EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS

María Cecilia Caballero, María Hinalaf, Renata Scauso

Pág. 21

PRESENTACIONES A CONGRESOS

INCIDENCIA DE LA INTERCULTURALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE

Lic. Elvira Beatriz Heffele, Lic. Laura María Giallorenzi, Lic. Silvia Beatriz Sajaroff, Lic. Margarita Celia Staszauer

Pág. 36

GUÍAS

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFONÍA.

Sociedad Argentina de la Voz

Pág. 48

COMUNICACIONES CORTAS

APLICACIÓN DE TAPING NEURO FASCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES ORALES RELACIONADAS A PATOLOGÍAS DE LA OCLUSIÓN. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

María Eugenia Mateu, Lic. Mariana Rios, Sandra C. Benítez Rogé

Pág. 58

HOMENAJES

PROFESORA DOCTORA MATILDE LAUBERER

Fga. Alicia Zubizarreta de Fernández

Pág. 69

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Pág. 71

EDITORIAL

Quienes integramos la actual Comisión Directiva de ASALFA somos conscientes de las dificultades que implica conducir una asociación científica en momentos difíciles del país, pero tenemos la absoluta certeza de estar cumpliendo la tarea de modo satisfactorio, ya que las pequeñas-grandes decisiones que tomamos a diario, se basan en la experiencia, el conocimiento y el sentido común. Son muchos las oportunidades a identificar, los desafíos a enfrentar y los proyectos a encarar.

A lo largo de 69 años de actividad, el objetivo principal de ASALFA ha sido velar por los intereses de los asociados, y brindar posibilidades de perfeccionamiento y capacitación a la comunidad fonoaudiológica. Con este fin hemos organizado diferentes actividades científicas gratuitas o con aranceles accesibles.

Merece especial mención la “Jornada de Actualización en Audiología” que realizamos el 12 de mayo pasado, en el marco de los festejos del Día del Fonoaudiólogo. Dicha actividad científica no arancelada, organizada en forma conjunta con la Universidad del Salvador, permitió compartir conocimientos en temáticas concernientes a la audiología y áreas afines, acorde al desarrollo científico alcanzado en nuestros días.

Una actividad que nos ha llenado de satisfacción es el homenaje que el 28 de junio pasado realizamos al Prof. Dr. Julio Bernaldo de Quirós, como muestra de afecto y profunda gratitud a esta figura señera de la Fonoaudiología. Un sobrino de tan prestigioso profesional, el Dr. Guillermo Bernaldo de Quirós, obsequió a ASALFA diversos libros y documentación perteneciente a su tío, luego de lo cual dictó la conferencia “Trastornos del Neurodesarrollo”. Y a continuación la Dra. Silvia Jury, con emocionadas palabras recordó la vida, obra y legado del Dr. Julio Bernaldo de Quirós, ante una nutrida concurrencia de colegas que se acercaron provistos de recuerdos de otras décadas.

Durante este primer semestre hemos continuado las reuniones con autoridades de AFOCABA, FACAF y universidades para dar los últimos retoques a la “Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología”, la cual incluye un artículo referido a las “especialidades”. Este tema, objetivo central de ASALFA desde hace muchos años, constituye una gran expectativa para toda la comunidad fonoaudiológica.

En esta oportunidad estamos concretando la primera entrega del año en curso de la revista FONOAUDIOLÓGICA, órgano de difusión de nuestra asociación desde el año 1955. Invitamos a todos a leer los trabajos aquí presentados y a colaborar con el envío de artículos originales de su autoría para ser publicados en próximas ediciones.

Nos sentimos gratificadas por los logros alcanzados, y esto nos impulsa a profundizar nuestra labor en meses futuros: es largo y fructífero el camino andado pero mucho más largo y provechoso el que queda por recorrer.

Hacia fines de año tendremos la posibilidad de ejercer uno de los actos que más enaltecen a los hombres libres: el derecho de elegir. En efecto, en el mes de noviembre se llevará a cabo un nuevo acto eleccionario de ASALFA, para lo cual, por este medio convocamos a todos los socios titulares en condiciones de ejercer el voto.

Comisión Directiva

TRABAJOS ORIGINALES

EFFECTIVIDAD DE LA POSTURA CHIN DOWN EN LA DEGLUCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA



Autoras:

Fga. Liliana Santamarina⁽¹⁾; Lic. Guadalupe Andereggen⁽²⁾; Lic. Yanina Sitzer⁽³⁾; Lic. Maria Eugenia Núñez⁽⁴⁾; Lic. Florencia Conde⁽⁵⁾; Lic. Silvana Guzmán⁽⁶⁾; Lic. Paula Iglesias⁽⁷⁾; Lic. Valeria Ton⁽⁸⁾; Dra Silvia Jury⁽⁹⁾.

(1) Jefa de la Unidad de Fonoaudiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(2) Fonoaudióloga de planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(3) Colaboradora docente del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(4) Fonoaudióloga de planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(5) Fonoaudióloga de planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(6) Fonoaudióloga de planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(7) Jefa de Fonoaudiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

(8) Jefa de Fonoaudiología de Clínica de Rehabilitación Ciarec

(9) Ex Jefa de Fonoaudiología del Hospital de Niños Sor Ludovica – La Plata.

RESUMEN

La postura Chin Down (ChD) se recomienda en pacientes con patología neurológica que presentan disfagia. Se ha informado que la postura reduce los episodios de penetración o aspiración, sin embargo su eficacia no ha sido aún suficientemente estudiada.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de la postura ChD a través de la videofluoroscopia (VFC). Se evaluó dicha postura en pacientes con disfagia secundaria a lesión cerebral adquirida que presentaban aspiración o penetración. Del total de los 25 pacientes estudiados con diagnóstico de Accidente cerebro vascular y traumatismo de cráneo, sólo uno presentó mejoría, en los demás pacientes se mantuvo la aspiración o penetración a pesar de la postura.

Los cambios en las dimensiones faríngeas no fueron significativas. La postura de ChD debe ser evaluada por Videofluoroscopia antes de indicarse. Se han reportado publicaciones anteriores que difirieron en los resultados sobre los beneficios de la postura Chin Down. Se discuten las posibles razones de estas diferencias.

Palabras clave: aspiración, penetración, disfagia, deglución, posturas, ACV, TEC, Chin Down, VFC.

INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso neuromuscular complejo, mediante el cual los alimentos ingresan a la boca, pasan por faringe, esófago hasta llegar al estómago para su digestión final, con una interrupción breve de la respiración. En este proceso participan 30 músculos y 6 pares de nervios craneales.

Consta de una secuencia de cuatro etapas: ^{1, 2, 3}

Dos iniciales voluntarias:

1ª preparatoria oral

2ª oral propiamente dicha

Dos restantes involuntarias:

3ª faríngea

4ª esofágica.

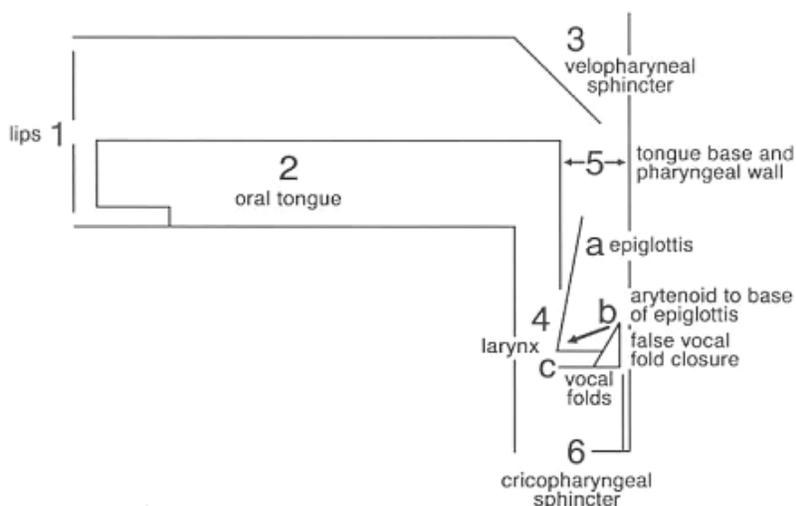
En la secuenciación intervienen vías aferentes, que transportan la sensibilidad, y vías eferentes, que proporcionan las órdenes motoras para el acto de la deglución. Estructuras supra ventriculares como la protuberancia, el mesencéfalo, el sistema límbico y la corteza cerebral, modulan las distintas etapas que conforman dicha secuencia.⁴

Participan válvulas que se abren y cierran en el momento justo, permitiendo la progresión del bolo o del aire, impidiendo falsas rutas. O sea que ingrese aire al esófago y alimento a la vía aérea. (Fig.1)

Elas son: los labios, que se cierran para evitar la caída de alimento fuera de la boca, favoreciendo la creación de presiones intraorales; el paladar blando o región velo faríngea que al elevarse impide que la comida ingrese a la rinofaringe; la base de la lengua, que contacta con la pared de la faringe para crear una presión que propulse la comida a través de la faringe hasta el esófago; la laringe, que se

cierra para impedir que la comida pase a la tráquea y el esfínter esofágico superior, que se abre en el momento preciso para dejar pasar la comida hacia el esófago e impidiendo al cerrarse que pase el aire al esófago.⁵

Figura 1. Diagrama del tracto aerodigestivo superior implicados en la deglución.



(Logemann y col. 2000, 2002; Robbins y col. 1992, 1995)

La articulación coordinada de todas las estructuras que participan en la deglución dará como resultado una deglución eficaz y segura para el paciente.

La eficacia de la deglución implica la capacidad del paciente para ingerir los alimentos y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.

La seguridad es la capacidad del paciente para ingerir el agua y los alimentos sin que se produzcan complicaciones respiratorias.^{6,7.}

El término disfagia indica una dificultad en la deglución de los alimentos. Este síntoma puede aparecer tanto en una alteración orgánica o anatómica estructural como funcional o neurógena y ocurre durante el trayecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca al estómago.

La disfagia neurógena se produce por una alteración en las estructuras neurales que controlan los complejos mecanismos de la deglución, puede presentar alteración de una o más etapas de la deglución.

Está presente en el accidente cerebrovascular (ACV) y en el traumatismo craneoencefálico (T.E.C), entre otras.⁸

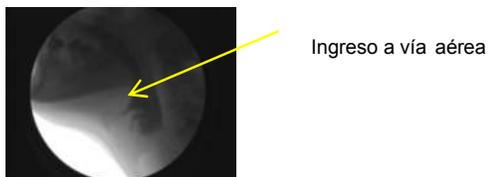
Pueden alterarse una o más etapas de la deglución (oral, faríngea o esofágica) según la localización, tipo de lesión neurológica y gravedad de la enfermedad causal.⁹

La prevalencia de la disfagia en el ACV es del 30 al 70%^{10,11}, mientras que en el TEC es del 25-71% de los ingresados en rehabilitación.¹²

En el TEC la presencia de disfagia dependerá de los valores de la Escala de Coma de Glasgow (menores a 6), de la escala cognitiva de Rancho los Amigos (niveles I-II), de la duración del coma, del tiempo de intubación orotraqueal y de la traqueostomía.^{13, 14,15}

En la disfagia neurógena pueden suceder tres eventos:

1) Penetración laríngea: representa la entrada de alimento hasta el vestíbulo laríngeo, por encima del nivel de cuerdas vocales¹



2) Aspiración: definida como la entrada de alimento por debajo del nivel de las cuerdas vocales.



3) Aspiración silente: o asintomática, el paciente no presenta signos de que el alimento ha sido aspirado, ausencia de reflejo tusígeno.¹⁶

La tos indica que ha ingresado material a vía aérea, sin embargo su ausencia no descarta la aspiración.

La aspiración puede darse, antes, durante y después de la deglución según la alteración del paciente.

Los **síntomas y signos** característicos de la disfagia neurógena pueden incluir:

- Caída del alimento o saliva fuera de la cavidad oral.
- Dificultad para formar y transportar el bolo.
- Deglución fraccionada, por dificultad en la formación y propulsión del alimento.
- Retardo o ausencia del reflejo deglutorio.
- Regurgitación nasal.

- Dificultad en el manejo de las secreciones, lo que producirá la permanencia de saliva en la boca o en faringe (lago faríngeo).
- Alteraciones en la voz durante y después de una comida.
- Tos o episodios de sofocación antes, durante o después de la deglución.
- Sensación de restos de alimento en faringe.
- Tiempo de ingesta superior a lo normal.

Las **complicaciones** asociadas a la disfagia incluyen:

- Neumonía por aspiración, que pueden provocar afecciones respiratorias que en ocasiones comprometen la vida del paciente.¹⁷
- Malnutrición o deshidratación por una reducción en la ingesta de alimentos en sus diferentes consistencias y fluidos.
- Afectación en la vida social del paciente y su calidad de vida por la imposibilidad para realizar una ingesta normal, lo que sustituye el placer de satisfacer el apetito por la desconfianza en lograrlo.

Estudios confirman que la presencia de una alteración en la deglución alarga la estancia hospitalaria.¹⁸

Los pacientes con patología neurológica pueden presentar otras alteraciones no deglutorias que también interfieren con la alimentación oral, como son los trastornos de conducta y las habilidades cognitivas.¹⁹

El abordaje de la disfagia requiere de un correcto diagnóstico y de una intervención terapéutica, que incluya recomendaciones nutricionales y tratamiento o reeducación de la deglución.

El Fonoaudiólogo junto con el equipo de rehabilitación serán los responsables de la detección precoz a través de la evaluación clínica e instrumental.

La historia clínica del paciente, nos aportará información del diagnóstico sobre su estado y otras patologías concomitantes que pudieran agravar la deglución.

Familiares y/o cuidadores podrán aportar información sobre la alimentación actual, tipo de alimentación, presencia de algún signo de dificultad o afección respiratoria durante la ingesta.

El examen físico comprende la exploración de las estructuras implicadas en la deglución a nivel motriz, sensitivo y la evaluación de reflejos implicados.

Se realizaran pruebas complementarias como la videofluoroscopia considerada como el “gold estándar” para evaluar la disfagia.²⁰

La videofluoroscopia (VFC), es una técnica radiológica dinámica que obtiene una secuencia lateral y anteroposterior de las estructuras involucradas en la deglución, mientras el paciente realiza

degluciones con material de contraste radiopaco, preparadas con diferentes consistencias y volúmenes.²¹

La VFC, permite observar los movimientos de las distintas estructuras de la cavidad oral, faringe, laringe y esófago, durante la deglución.^{22,23}

Se realiza con el paciente de pie o sentado, con la columna alineada y la cabeza erguida. Se comienza con una proyección lateral que debe incluir la boca, faringe, laringe y esófago y luego frontal, para visualizar los senos piriformes.

La VFC confirma no solo la presencia de aspiración o penetración sino también la existencia de aspiración silente.

Es un método diagnóstico que permite, durante su realización, verificar el utensilio más apropiado para alimentar e hidratar al paciente y además implementar estrategias para compensar el déficit deglutorio observado evaluando su efectividad.

Las estrategias pueden ser:

1. Maniobras posturales: consisten en modificar la posición de la cabeza o el cuello al momento de tragar, para modificar las dimensiones de la faringe y así cambiar la dirección del bolo sin aumentar el esfuerzo realizado por el paciente. Incluso pueden mejorar los tiempos de tránsito oral y faríngeo favoreciendo el paso del bolo por la misma, evitando el paso a la vía aérea.²²⁻²³
2. Cambios de volumen y viscosidad del bolo, con el objeto de favorecer el manejo del mismo.
3. Observación de respuesta a tragos en seco (volver a deglutir sin agregar más alimento) o trago de agua para limpiar restos.

La maniobra postural puede eliminar la aspiración en el 75-80% de pacientes con disfagia^{24,26-27}, siendo la más recomendada el Chin Down (ChD), que consiste en inclinar el mentón al esternón, en el mismo momento de la deglución.²⁸

El uso de esta maniobra se ha indicado para reducir la aspiración que se produce antes y durante la deglución.

El mecanismo del ChD genera un cambio en la posición de la cabeza que aumenta el tamaño del espacio valecular e invierte la epiglotis generando una posición de protección sobre la entrada a la vía aérea. (Fig. 2)

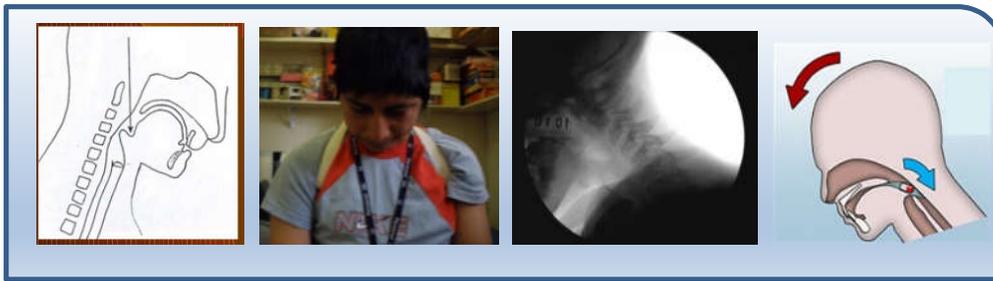


Figura 2- El paciente baja la cabeza acercando el mentón al esternón en el momento de deglutir.

Se efectúa hasta que el paciente logra una deglución sin aspiración ni penetración, en caso contrario la indicación será permanente.²⁸

Esta maniobra es utilizada en forma sistemática en toda patología neurológica, considerándose su efectividad en la resolución de la aspiración y/o penetración.

A pesar de su empleo sistemático, su efectividad ha sido motivo de controversia entre diferentes autores.

Es necesario demostrar su efectividad para así justificar y/o proponer su uso terapéutico.

El objetivo de la presente investigación es evaluar la efectividad de la maniobra compensatoria ChD en pacientes con disfagia neurógena que presentan penetración y/o aspiración.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo se llevó a cabo revisando las historias clínicas del Instituto de Rehabilitación Psicofísica y de la Clínica CIAREC durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2016.

El diseño del estudio fue de tipo multicéntrico, observacional, retrospectivo.

La muestra estuvo comprendida por 25 pacientes de ambos géneros que presentaron exclusivamente TEC y ACV con diagnóstico de disfagia confirmada mediante VFC. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes con patología neuromuscular, Parkinson, cáncer de laringe y/o que se encontraran traqueostomizados.

PROCEDIMIENTO

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes y los resultados de las VFC con evidencia de penetración y/o aspiración en las cuales se efectuó la maniobra compensatoria ChD evaluándose la efectividad de la misma.

Se consideraron los estudios en los que se administró un volumen de 7ml de consistencia líquida de baja viscosidad, que requiere un mayor control motor por parte del paciente.

Las características de dicha consistencia podrían favorecer la caída prematura y el riesgo de presentar aspiración y/o penetración, debido a la velocidad en la que se desplaza el material y al efecto de compresión y gravedad.

RESULTADOS

Del total de la muestra (n: 25), 22 correspondieron al sexo masculino (88%) y 3 al sexo femenino (12%).

La edad estuvo comprendida entre 24 y 81 años, con una media de 59 y una mediana de 63, con un desvío estándar de 17.55.

Respecto a las patologías, 21 pacientes (84%) presentaron ACV y 4 (16%) TEC.

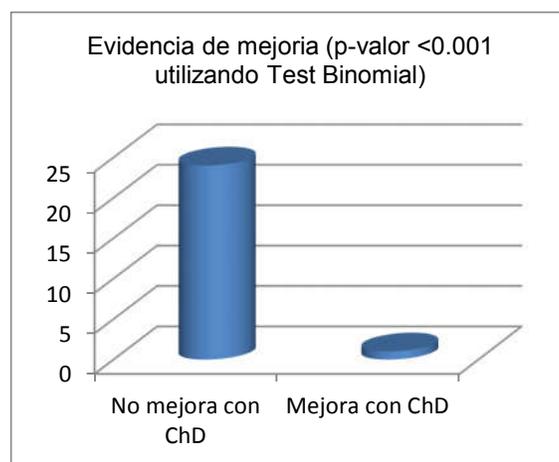
Se observó presencia de aspiración en el 68% y de penetración en el 32%.(Gráfico 1)

Luego de realizar la maniobra compensatoria ChD se observó mejoría de la disfagia en sólo un paciente. (Gráfico 2).

Gráfico 1:



Gráfico 2:



DISCUSIÓN

Phoebe Macrae y cols. (2014), aplicaron la maniobra en 16 sujetos sanos, demostrando que existe mayor duración del cierre del vestíbulo laríngeo (VL), considerando que puede ser beneficioso para pacientes con alteración en el cierre del VL y dificultades en el tránsito faríngeo.³²

Si bien la alteración del cierre del VL es una característica que podrían presentar los pacientes con disfagia neurogénica, es importante destacar que este trabajo se efectuó en una población sana.

Shanahan TK, M. y col. en el año 1993 realizaron la maniobra ChD en pacientes neurológicos con registros de VFC observando que de 30 pacientes estudiados mejoraron 15.²⁹ Esta investigación se realizó con pacientes de diferentes patologías neurológicas.

Stephen Fraser y cols. (2012) utilizaron la maniobra bajo control de VFC en 16 pacientes internados en medicina general, administrando el líquido mediante un vaso, se observó mejoría en 11 casos. Sin embargo, cuando se utilizó una cuchara para administrar el líquido, no se registraron cambios luego de realizar el ChD.³⁰

R. Terre y cols. (2012), investigaron 47 pacientes, 31 con ACV y 16 con TEC, sin observar aspiración en el 55% de pacientes luego de realizar la maniobra³¹. En este estudio se valoraron diferentes consistencias y volúmenes llegando a la conclusión que la postura de ChD produce mejores resultados cuando el paciente la aspiración se produce a grandes volúmenes, por el contrario si la aspiración es con pequeños volúmenes la maniobra fracasa.

Compartiendo el consenso general concluimos que la efectividad de la maniobra ChD debe ser evaluada con VFC.

CONCLUSIÓN

En función de los resultados obtenidos, en nuestra muestra no se evidenció una mejoría significativa luego de realizar la maniobra compensatoria Chin Down.

Surge de la literatura publicada que la VFC es la herramienta más adecuada para evaluar la maniobra ChD por lo que consideramos fundamental confirmar su efectividad antes de indicarla como parte de la terapéutica.

El volumen, consistencia, medio de administración del material y tiempo de radiación a los que se exponen los pacientes durante el estudio, son variables fundamentales que deben controlarse durante una investigación.

Se debe tener en cuenta el volumen adecuado a la consistencia óptima para registrar cambios funcionales, exponiendo a los pacientes al menor tiempo de radiación posible.

Si bien en el presente trabajo se evidenció baja efectividad luego de realizada la maniobra, creemos necesario continuar en esta línea de investigación, ampliando la muestra y utilizando diseños metodológicos adecuados que permitan el control de las variables.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue supervisado por los Dres. Alberto Rodríguez Velez y Leticia Matsudo, deseamos extender el agradecimiento a la Lic. Laura Cacheiro por su asesoramiento en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Logemann J. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin (TX): 1983.
2. Del Burgo González de la Aleja, G. *Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*. Madrid: Eos; 2004.
4. Garmendía Merino G, Gómez Candela C, Ferrero López I. *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea :aspectos prácticos*. Barcelona:Glosa; 2009.
5. Bernabeu Guitart M. *Anatomía y fisiología de la deglución. Disfagia neurógena: evaluación y tratamiento* Badalona: Fundació Institut Guttmann; 2002. p. 5-19.
6. Logemann JA. 2010. *Dysphagia (Difficulty swallowing or difficulty moving food from mouth to stomach)*. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/8/>
7. Clave P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellvi JM, Almirall J, et al. *Diagnosis and treatment of functional oropharyngeal dysphagia. Features of interest to the digestive surgeon*. *Cir Esp* 2007 Aug; 82(2):62-76.
8. Velasco Zarzuelo M, García-Peris P. *Causas y diagnóstico de la disfagia*. *Nutr Hosp* 2009; 2 (nº extra 2):56-65.
9. Fernandez R, Souto S, Rodriguez B, Martinez S, Raposo I, Barcia M. *Fisioterapia y retroalimentación: un caso*. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología* 1998; 1(1): 3-14.
10. *Dysphagia. Diagnosis. Neurological disease. Rehabilitación (Madr)* 1998; 32:324-330 H. BASCUÑANA AMBROS. *Médico Especialista en Rehabilitación y Medicina Física. Clinical-Research Fellow. State University of New York at Buffalo. USA.*
11. Daniels S K, Ballo LA, Mahoney M C. et al *Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients*. *Arch Phys Med Rehabil* 2000811030–1033.1033 [PubMed]
12. *Aspiration Pneumonia After Stroke Intervention and Prevention* John R. Armstrong, MD, FCCP1 and Benjamin D. Mosher, MD, FACS1 *Neurohospitalist*. 2011 Apr; 1(2): 85–93. doi: 10.1177/1941875210395775
13. Winstein CJ. *Neurogenic dysphagia: frequency, progression, and outcome in adults following head injury*. *Phys Ther* 1983; 63:1992-6.
14. VILLARREAL SALCEDO, H. BASCUÑANA AMBRÓS y E. GARCÍA GARCÍA. *Alteraciones de la deglución en el paciente afecto de traumatismo craneoencefálico*. *Rehabilitación (Madr)* 2002; 36(6):388-392
15. *Original Scale* co-authored by Chris Hagen, Ph.D., Danese Malkmus, M.A., Patricia Durham, M.A. *Communication Disorders Service, Rancho Los Amigos Hospital, 1972. Revised 11/15/74 by Danese Malkmus, M.A., and Kathryn Stenderup, O.T.R. Revised scale 1997 by Chris Hagen.*

16. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974, 2:81-84. PMID 4136544.
17. Ramsey D, Smithard D, Kalra L. Silent aspiration: what do we know? *Dysphagia* 2005; 20 (3): 218-25.
18. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians. 2008. 190. Kimura M, Murata Y, Shimoda K, Robinson RG. Sexual dysfunction following stroke. *Compr Psychiatry*. 2001; 42:217-22.
19. Kidd D, Lawson, Nesbitt R et al. Aspiration in acute a stroke: A clinical study with videofluoroscopy. *Q J Med* 1993; 86:825-829
20. I Villarreal Salcedo a, H Bascuñana Ambrós b, E García García c R Alteraciones de la deglución en el paciente afecto de traumatismo craneoencefálico Swallowing disorders in the cranioencephalic traumatism affected patient. *evista Elsevier Vol. 36. Núm. 06. Noviembre 2002*
21. Logemann. *Manual for the videofluoroscopic Study of swallowing. Second Edition. 1986. Pro-Ed.*
22. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:742-8.
23. Dodds WJ, Logemann JA, Stewart ET. Radiological assessment of abnormal oral and pharyngeal phases of swallowing. *Am J Roentgenol* 1990; 154:953-63
24. Palmer JB, Kuhlemeier KJ, Tippett DC, Lynch CA. Protocol for the videofluoroscopic swallowing study. *Dysphagia* 1993; 8:209-14.
25. Horner J, Massey WW, Riski JE, Lathrop D, Chase KN. Aspiration following stroke: clinical correlates and outcomes. *Neurology* 1988, 38:1359-62.
26. Rasley A, Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Dodds WJ. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. *Am J Roentgenol* 1993; 160:1005-9.
27. Logemann JA. *Manual for the videofluoroscopic study of swallowing (2ª ed). Austin TX: PRO-ED, 1993*
28. Welch MV, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74:178-81
29. Shanahan TK, Logemann JA, Rademaker AW, Pauloski BR, Kahrilas PJ. Chin down posture effects on aspiration in dysphagic patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74:736-9. *Medline*
30. *The Effect of Chin Down Position on Penetration-Aspiration in Adults with Dysphagia* Stephen Fraser, M.Sc., S-LP(C), Reg. CASLPO1; Catriona M. Steele, Ph.D., S-LP(C), CCC-SLP, Reg. CASLPO2,3,4 Vol. 36, NO. 2, Summer 2012
31. *Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study.* R. TERRE & F. MEARIN Functional Digestive Rehabilitation Unit,

Institut Guttmann, Neurorehabilitation Hospital, University Institute affiliated with the Autonomous University of Barcelona, Badalona, Spain. Neurogastroenterol Motil (2012) 24, 414–e206.

32. *Mechanisms of Airway Protection During Chin-Down Swallowing Phoebe Macrae, a Cheryl Anderson, a and Ianessa Humberta Journal of Speech, Language, and Hearing Research • Vol. 57 • 1251–1258 • August 2014 • © American Speech-Language-Hearing Association*

PROCESOS DE SIMPLIFICACIÓN FONOLÓGICA EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS

Versión espontánea



Autores:

Lic. María Cecilia Caballero (1), Dra. María Hinalaf (2), Lic. Renata Scauso (3)

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

(1) Licenciada en fonoaudiología - Centro Pediátrico del Sur

(2) Dra. en fonoaudiología

(3) Licenciada en fonoaudiología

RESUMEN

Durante el desarrollo del lenguaje los niños atraviesan un periodo de tiempo en el que intentan dominar la fonología de su lengua materna. Desde el punto de vista de la teoría de la Fonología Natural, los niños ponen en práctica un sistema innato de operaciones mentales conocido como Procesos de Simplificación Fonológica, con el cual modifican las palabras que aún no pueden producir de manera correcta a formas más simples. Desde esta perspectiva, el desarrollo del sistema fonológico consiste en una paulatina declinación de dichos procesos hasta que se logra la producción de la imagen acústica correcta de la palabra. La presente investigación muestra los Procesos de Simplificación Fonológica que presenta una muestra de 59 niños sin patologías, de 4 y 5 años escolarizados en la Ciudad de Córdoba, Argentina. Para la misma se utilizó el test "Evaluación fonológica del habla infantil" de origen español elaborado por Laura Bosch. Los resultados mostraron que los Procesos Estructurales son los de mayor frecuencia de uso, en segundo lugar aparecen los Procesos de Sustitución y, por último, se sitúan los Procesos Asimilatorios. Éstas características se consideran de acuerdo al rango etario que abarca la muestra. Resulta importante el enfoque fonológico en las alteraciones que afectan la inteligibilidad del lenguaje, ya que ha permitido distinguir los trastornos de base articulatoria, de aquellos trastornos fonológicos y establecer un abordaje abocado a la reorganización del sistema lingüístico.

Palabras clave: *Procesos Estructurales, Procesos Sistémicos, Procesos Asimilatorios, Adquisición del Lenguaje, Simplificación Fonológica.*

PHONOLOGICAL PROCESS SIMPLIFICATION

Spontaneous Version

ABSTRACT

During the development of language children go through a period of time when trying to master the language. From the point of view of the theory of Natural Phonology, children implement an innate system of mental operations known as phonological simplification processes with which modified the words can not produce correct way to simpler forms. From this perspective, the development of the phonological system is a gradual decline of these processes to the production of the proper imaging of the word is achieved. This research shows Phonological Process Simplification using a sample of 59 children without conditions, 4 and 5 years attending school in the city of Cordoba, Argentina. Test was used "baby talk phonological assessment" of Spanish origin prepared by Laura Bosch. The results showed that the structural processes are the most frequently used, second substitution processes appear and, finally, the assimilatory processes are located. These features are considered according to the age range covered by the sample. It is important to focus on phonological disorders affecting speech intelligibility, as it has allowed distinguish articulatory disorders, phonological disorders and those doomed to establish a reorganization of the linguistic system approach.

***Keywords:** Structural Processes, Processes Systemic, Assimilatory Processes, Acquisition of Language, Phonological Simplification.*

INTRODUCCIÓN

En el proceso de adquisición del lenguaje, los niños durante gran parte del tiempo, tratan de dominar la “pronunciación” adulta de su lengua materna. Mientras esto ocurre sus producciones de palabras pueden realizarse de distintas maneras. El dominio de la estructura fonológica de la palabra ha sido objeto de estudio de la fonología infantil desde diferentes enfoques: el conductista (1, 2,3), el estructural (4, 5), el prosódico (6) y el enfoque de la fonología natural (7, 8). Según este último enfoque, el niño activa un conjunto de operaciones mentales innatas conocido como Procesos de Simplificación Fonológica (PSF) que le permite simplificar las palabras que aún no puede producir de manera correcta. Esta perspectiva resulta de sumo interés para los investigadores.

Ingram (9), clasifica los PSF en tres grandes grupos: Procesos Estructurales, que son aquellos relativos a la estructura silábica, se caracterizan por reducir la complejidad estructural de la palabra, Procesos Sistémicos, se refieren a procesos de sustitución que afectan a clases enteras de sonidos, y Procesos Asimilatorios, que son aquellos que intervienen cuando un segmento se hace similar o se ve influido por otro en una misma palabra, es decir que los rasgos de una consonante se extienden a otras consonantes.

El desarrollo fonológico consiste, entonces, en la declinación gradual de los PSF hasta que el niño logra producir palabras similares a las del modelo adulto.

Según los investigadores (10,11), los PSF son puestos en práctica especialmente a partir de la explosión lexical alrededor de los 20 meses ya que el aumento del vocabulario requiere representaciones fonológicas más específicas para poder distinguir palabras similares. Es por ello, que el desarrollo fonológico se ve favorecido por el incremento del léxico que contribuye a una constante reorganización de la representación fonológica de las palabras que el niño va adquiriendo (12).

El desarrollo fonológico ha sido estudiado especialmente en niños hablantes del inglés y en menor medida en hispanohablantes. En Chile, los Procesos de Simplificación Fonológica, han sido tema de numerosos trabajos de investigación utilizando un test creado en dicho país, TEPROSIF y TEPROSIF-R, versión original y revisada, respectivamente. (13, 14). Los resultados, en muestras de niños en edades entre los 3 y 4 años y 11 meses, arrojaron que los procesos que ocurren con más frecuencia son los referidos a la estructura silábica, luego los de sustitución y en menor medida los de asimilación.

Bosch (15), realiza un estudio en el cual está basado el presente trabajo, en el que describe los PSF en 293 niños con edades comprendidas entre los 3 y 7 años, 11 meses mediante la administración de un test específicamente diseñado, “Evaluación fonológica del habla infantil” el cual permitió identificar los PSF que se encontraban activos en cada uno de los grupos de edad de niños de la ciudad de Barcelona.

Storti (16) realizó en la provincia de Córdoba, (Argentina) un estudio utilizando el test TEPROSIF, antes mencionado, en una muestra de 32 niños con edades comprendidas entre 2 y 5 años, los resultados arrojaron que los Procesos Estructurales son los más frecuentemente utilizados por los niños (59%), continuando en orden los Procesos Sustitutorios (33%) y los Procesos Asimilatorios (8%).

La teoría de los PSF resulta importante dentro del campo de la clínica fonoaudiológica, debido a que ha permitido poder distinguir claramente los trastornos articulatorios de aquellos trastornos fonológicos, ya que se evidencian en el proceso típico de adquisición del lenguaje y dependen del dominio del sistema fonológico de la lengua que tiene el niño. En el caso de la patología continúan activos los PSF que ya deberían haber desaparecido. Esta importante distinción permite establecer los objetivos de la intervención para que el trabajo pueda estar orientado a la terapia más adecuada.

El presente trabajo propone describir los *Procesos de Simplificación Fonológica* que presenta una cierta población de niños de la Ciudad de Córdoba, Argentina, mediante la prueba “Evaluación fonológica del habla infantil”.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 59 niños de ambos sexos, 29 niñas y 30 niños, con edades comprendidas entre los 4 años y 5 años y 11 meses (29 niños de 4 años y 30 niños de 5 años) que asistían a jardines de la Ciudad de Córdoba en el año 2014. Se conformaron dos grupos etarios, uno compuesto por niños de 4 años y 4 años 11 meses, y otro por niños de 5 años y 5 años 11 meses. Los criterios de inclusión de la muestra abarcaron ausencia de alteraciones cognitivas evidenciadas mediante diagnóstico, déficits auditivos y/o alteraciones en los órganos fonoarticulatorios, no asistir a tratamiento fonoaudiológico o derivación al mismo y evidenciar un desarrollo lingüístico apropiado para la edad.

Instrumento

El instrumento de recolección de datos consistió en el test “Evaluación fonológica del habla infantil” de origen español, elaborado por Laura Bosch. El mismo consta de 32 palabras de las cuales 28 son sustantivos, 3 adjetivos relativos al color y 1 adjetivo numeral cardinal. Las palabras de la prueba original están representadas gráficamente en 12 láminas. Debido a que se observó que había tres palabras que no era de uso habitual en nuestra región, se decidió sustituir las mismas por otras que si lo fueran, manteniendo el criterio por el cual habían sido elegidas para el test original. Se realizó una prueba piloto del test con un grupo reducido de niños y finalmente se decidió suplantarlas. Se agregaron tres láminas extras representativas de las palabras que se sustituyeron y se modificó, asimismo, la planilla de registro. En total, la prueba quedó conformada por 15 láminas representativas de las 32 palabras:

Lámina 1: cara, jabón, peine
Lámina 2: gorro, bufanda, fuego
Lámina 3: lápiz, libro, balsa
Lámina 4: barco, cielo, estrella
Lámina 5: taza, blanco, negro
Lámina 6: plancha
Lámina 7: niño diente, espada
Lámina 8: clase, silla

Lámina 9: piedra, cristal
Lámina 10: globo, rojo, tres, autobús
Lámina 11: flecha, tambor
Lámina 12: fruta, mosca
Lámina 13: balde, chupete
Lámina 14: cruz
Lámina 15: clavo

PROCEDIMIENTO

La técnica utilizada fue de tipo estructurada, observacional directa. La prueba fue administrada de forma individual, dentro del jardín. La misma cuenta con dos versiones: espontánea e imitativa. Se presentó sucesivamente cada lámina, se incitó al niño a que contara lo que observaba, en caso de que no aparecieran las palabras diana se recurrió a estrategias de interrogación “¿qué es esto?” y cuando aun así las respuestas no eran las esperadas se recurrió como último recurso a la imitación diferida. Luego se procedió a identificar los errores en la hoja de registro especialmente diseñada utilizando el Alfabeto Fonético Internacional para realizar las transcripciones y proceder al análisis de las producciones. Las transcripciones fueron realizadas por dos profesionales que registraban las producciones de los niños; y en caso de que se encontraran diferencias se procedía a la escucha de la grabación para constatar la respuesta del niño.

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizó el Software Infostat creado en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (17). Para la presentación de los resultados se utilizaron gráficos de barras representando la frecuencia absoluta referida a la cantidad de niños según las variables analizadas en cada caso.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos de la muestra en la producción espontánea.

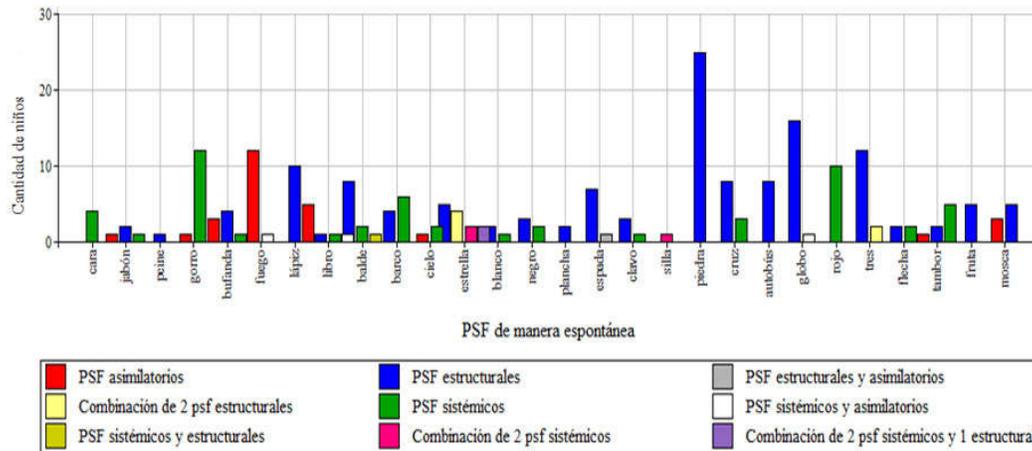
En primer lugar, se muestran los Procesos de Simplificación Fonológica (PSF) presentados en cada palabra por el total de la muestra y luego sucesivamente los gráficos descriptivos de los resultados teniendo en cuenta el sexo y la edad de los niños.

El Gráfico Nº 1 presenta los resultados obtenidos de manera espontánea por todos los niños que participaron del estudio. Se observa que los Procesos Estructurales son los de mayor frecuencia de uso, a continuación le siguen los Procesos Sistémicos y por último los Procesos Asimilatorios.

Además puede observarse palabras en las que se presentan más de un proceso pero con una frecuencia de aparición baja.

Gráfico Nº 1

Frecuencia de Procesos de Simplificación Fonológica (PSF) en cada palabra presentados de manera espontánea, por toda la muestra.



A continuación se observan en los Gráficos Nº 2 y 3 las diferencias entre las niñas y los niños que formaron parte de la muestra. En las niñas se presenta una menor cantidad de Procesos con respecto a los varones. Además, los niños demuestran más combinaciones de Procesos en una misma palabra: dos Procesos Estructurales en "tres", dos Procesos Sistémicos en las palabras "estrella" y "silla", y dos Procesos Sistémicos con uno de tipo Estructural en "estrella", asimismo usaron Procesos Estructurales combinados con los Asimilatorios en la palabra "espada" y éstos últimos con Procesos Sistémicos en "fuego" y "libro". Por su parte, las niñas solo han presentado a más de un proceso en las palabras "balde", "globo" y "tres", pero en ambos casos esta estrategia, para facilitar el dominio de la imagen acústica de la palabra, se produjo con una frecuencia de uso baja.

Gráfico Nº 2

Frecuencia de PSF espontáneos de acuerdo a cada palabra en niñas.

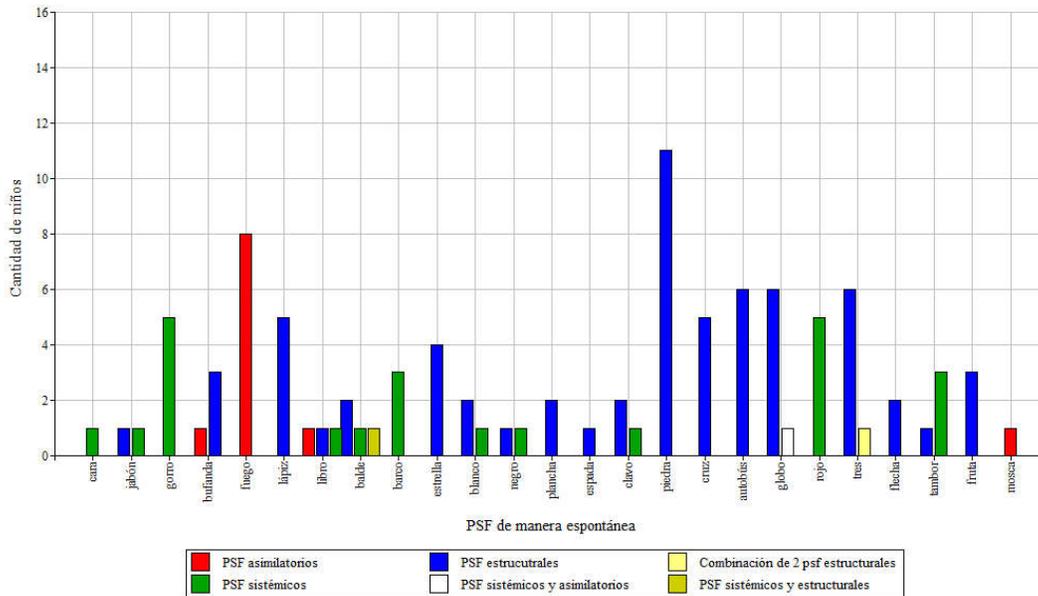
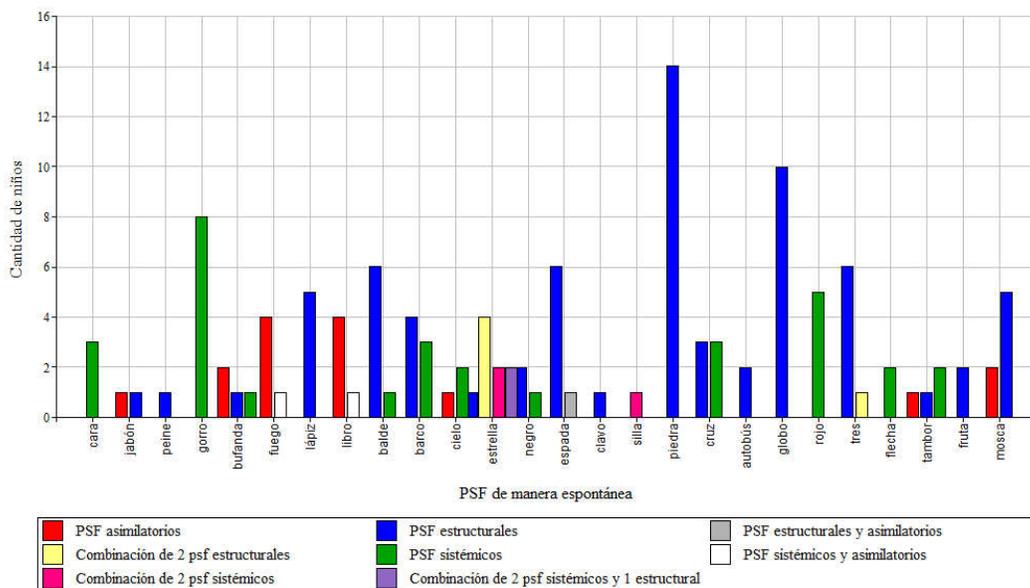


Gráfico Nº 3

Frecuencia de PSF espontáneos de acuerdo a cada palabra en niños.



Por otra parte, atendiendo a los rangos etarios que abarca la muestra, el análisis descriptivo arrojó que a la edad de 4 años, se presentaron Procesos Estructurales prácticamente en casi todas las palabras mientras que a la edad de 5 años el uso de éstos mismos procesos fue disminuyendo aunque siempre continuó siendo el más notable (ver en los Gráficos Nº 4 y 5). Sin embargo a ésta edad, se han exhibido más cantidad de procesos en una misma palabra que a los 4 años.

Gráfico Nº 4

Frecuencia de PSF espontáneos de acuerdo a cada palabra en niños y niñas de 4 años.

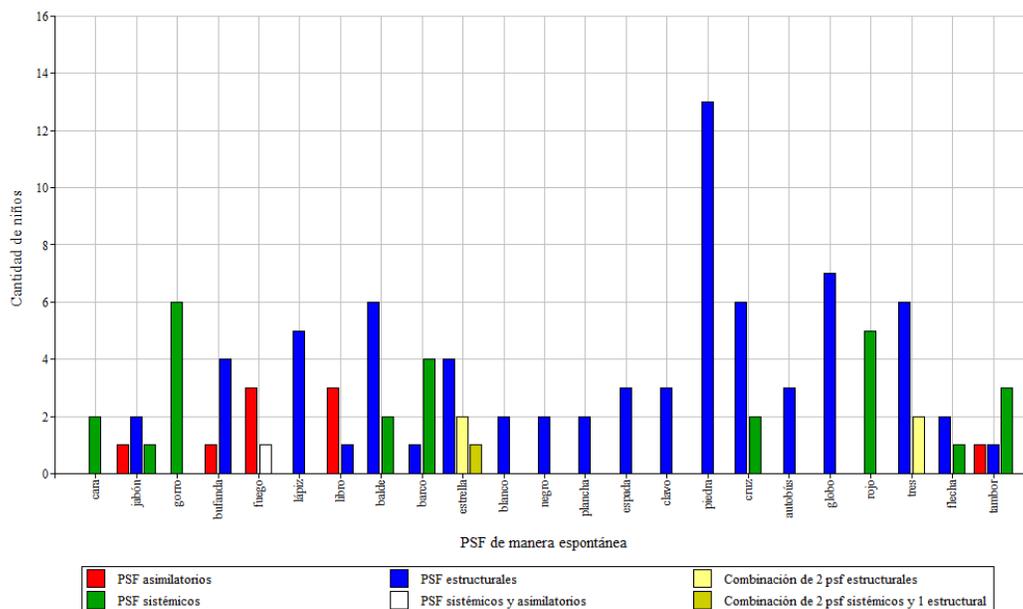
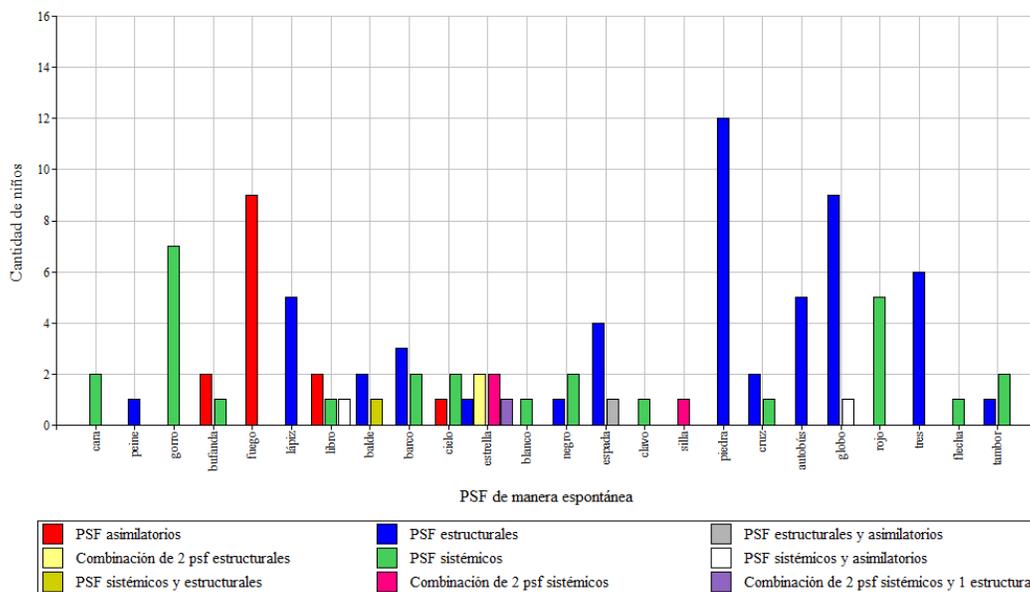


Gráfico Nº 5

Frecuencia de PSF espontáneos de acuerdo a cada palabra en niños y niñas de 5 años.



Respecto a los subprocesos y atendiendo al género y a la edad, los resultados muestran que tanto las niñas como los niños a los 4 años recurren mayoritariamente al uso de Simplificación del ataque silábico complejo, Omisión de consonante final o coda y Ausencia de vibrante múltiple (ver en los Gráficos Nº 6 y 7). Si bien ambos coinciden en el uso preferencial de estos subprocesos, los varones presentaron mayor variedad de los mismos, aunque con una frecuencia baja. También puede observarse con más precisión, en la descripción que ofrecen los gráficos, cuáles son los subprocesos que aparecen conjuntamente en una misma palabra.

Gráfico Nº 6

Frecuencia de subprocesos espontáneos de acuerdo a cada palabra en niñas de 4 años.

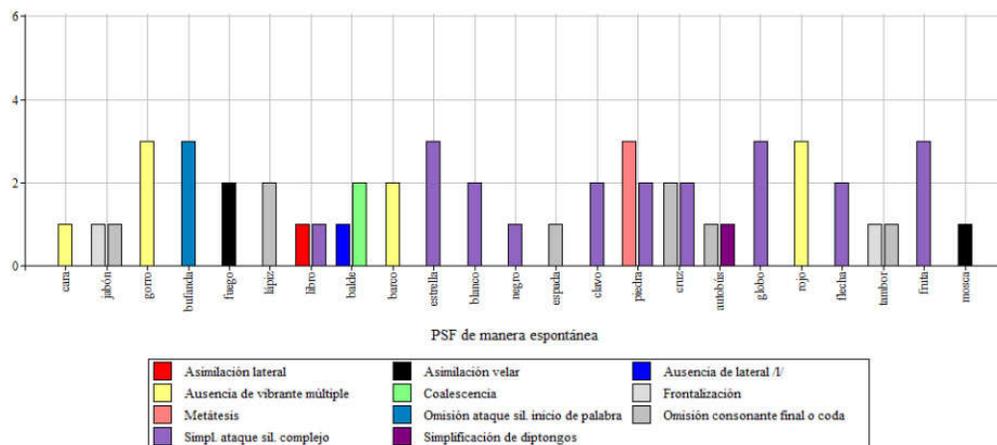
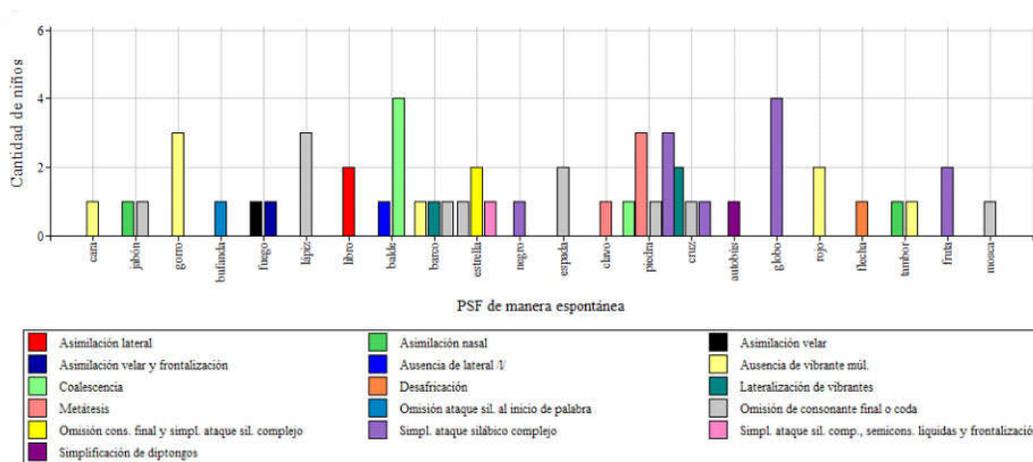


Gráfico Nº 7

Frecuencia de subprocessos espontáneos de acuerdo a cada palabra en niños de 4 años.



A la edad de 5 años, en cambio, pueden observarse diferencias en los subprocessos de mayor uso (ver en los Gráficos Nº 8 y 9). Las niñas presentaron con mayor frecuencia los subprocessos Asimilación velar y Semiconsonantización de líquidas mientras que los niños demostraron mayoritariamente la presencia de Omisión de consonante final o coda, Ausencia de vibrante múltiple y Simplificación del ataque silábico complejo. Los varones además continúan presentando mayor cantidad de subprocessos que las mujeres y más variedad de los mismos.

Gráfico Nº 8

Frecuencia de subprocessos espontáneos de acuerdo a cada palabra en niñas de 5 años.

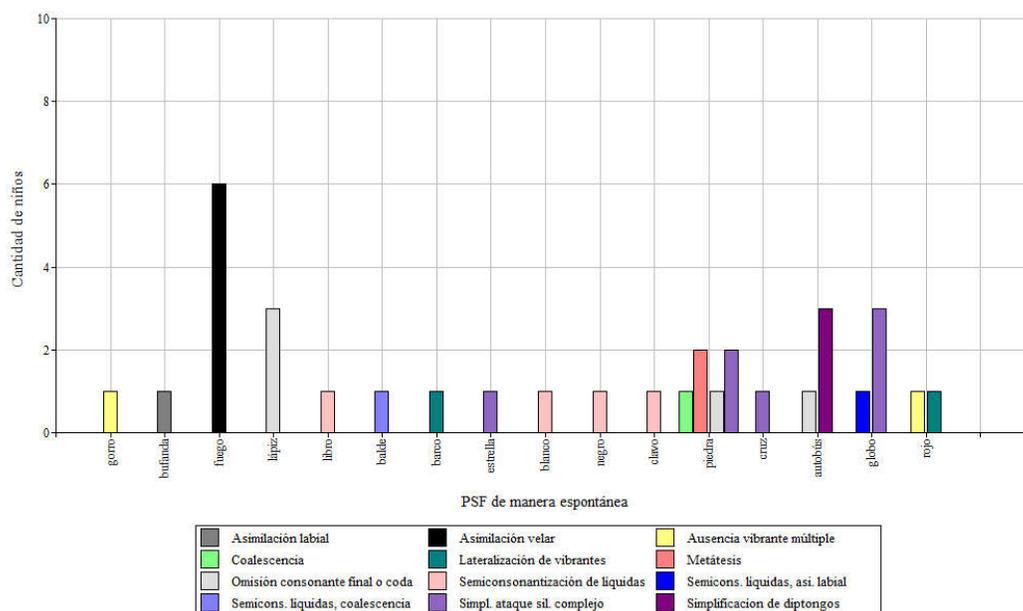
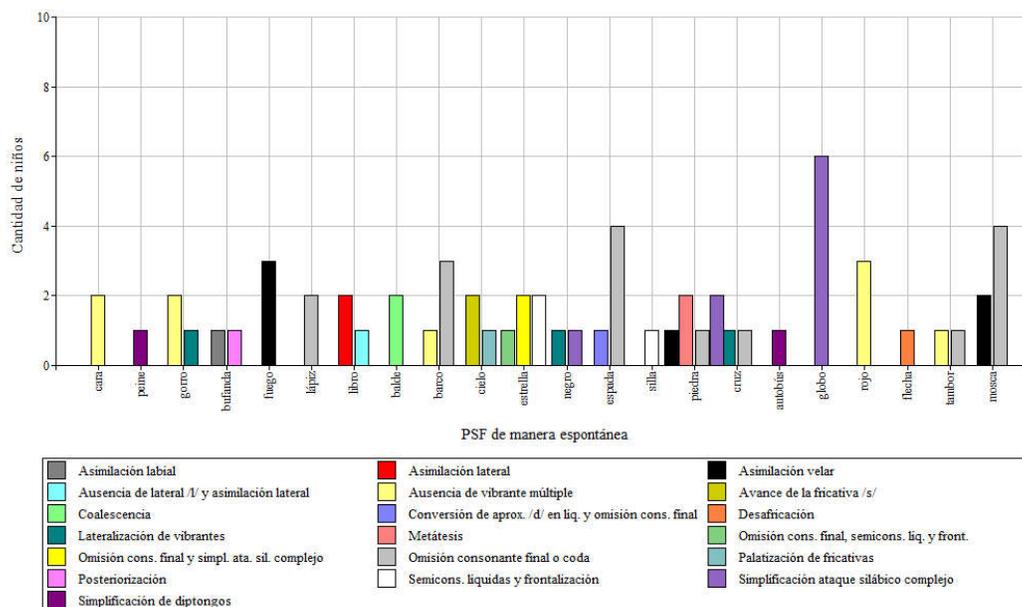


Gráfico Nº 9

Frecuencia de subprocessos espontáneos de acuerdo a cada palabra en niños de 5 años.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los *Procesos de Simplificación Fonológica* más frecuentes que presentaron tanto las niñas como los niños que participaron de la muestra, son en primer lugar, *Procesos Estructurales*, en segundo lugar *Procesos Sistémicos* y por último *Procesos Asimilatorios*. Estos datos concuerdan con los resultados de la investigación realizada por Storti, en 2002, sobre una población de 32 niños, en Córdoba (Argentina), en la cual el 59 % de los niños presentó *Procesos Estructurales*, el 33 % *Sistémicos* y el 8 % *Procesos Asimilatorios*.

Teniendo en cuenta los sexos, se puede apreciar que las niñas presentaron menor cantidad de procesos en sus emisiones espontáneas que los niños. También, éstos últimos presentaron más de un proceso en una misma palabra tanto a los 4 como a los 5 años. Otra característica notoria es que los niños mostraron mayor cantidad de palabras con *Procesos Asimilatorios*, demostrando de esta forma que tienen un dominio del sistema fonológico más lento en comparación al de las niñas ya que dichos Procesos son los más primitivos.

Por otra parte, comparando los rangos etarios, se observó que los niños y niñas de 4 años utilizaron *Procesos Estructurales* prácticamente en casi todas las palabras, mientras que a la edad de 5 años el uso de dichos procesos fue disminuyendo (aunque siempre continúa siendo el más utilizado en comparación a los otros procesos en esa edad). Además queda en evidencia entonces, que los PSF disminuyen entre un rango etario y otro, corroborándose la propuesta del enfoque natural de Stampe (7) e Ingram (8).

De acuerdo a lo mencionado al inicio de la discusión los procesos con mayor presencia en toda la muestra fueron los *Estructurales*. En el caso de las niñas de 4 años, se han destacado, de manera espontánea los subprocesos *Simplificación del ataque silábico complejo*, en todas las sílabas complejas presentes y *Omisión de consonante final o coda*; en los *Procesos Sistémicos* el de mayor frecuencia fue *Ausencia de vibrante múltiple* y en los *Procesos Asimilatorios*, el de uso frecuente fue el de *Asimilación Velar*.

En los niños de la misma edad (4 años) son evidentes los mismos tipos de subprocesos que han usado las niñas pero se agregan a los *Procesos Estructurales*, los subprocesos de *Coalescencia y Metátesis*; a los *Procesos Sistémicos*, el subproceso de *Lateralización de vibrantes s* y a los *Procesos Asimilatorios*, se suma el subproceso *Asimilación Lateral*.

En relación a las niñas de 5 años, han dejado de mostrar una gran cantidad de sílabas con *Simplificación del ataque silábico complejo*, este subproceso se ha reducido casi un tercio con respecto a las producciones a los 4 años. Ahora estas palabras presentan *Semiconsonantización de líquidas*, es decir que las producciones comienzan a acercarse más a la imagen acústica correcta de la palabra. A la edad de 4 años la emisión es /kaβo/ y a los 5 años es /kjaβo/ (/klaβo/). Además se destaca que ha disminuido el uso de *Omisión de consonante final o coda* en las niñas de 5 años, este subproceso a la edad de 4 años fue presentado en seis palabras mientras que a los 5 años, sólo había aparecido en tres. Respecto al subproceso *Ausencia de vibrante múltiple*, también puede decirse que ha disminuido considerablemente su presencia, ya que sólo dos niñas lo han usado en dos palabras, mientras que a los 4 años había sido presentado por nueve niñas en cuatro palabras. Contrariamente el uso de *Asimilación velar* se incrementa, al igual que sucede en los niños junto a la *Simplificación de diptongos*.

Por su parte, los niños de 5 años, continúan mostrando los mismos subprocesos que a la edad de 4 años, aunque en menor cantidad, pero a diferencia de las niñas, no hay cambios notables entre un rango etario y otro. Por tal razón se podría inferir que los niños parecen disminuir la persistencia de procesos de manera más lenta que las niñas.

Las observaciones mencionadas respecto a los tipos de procesos o subprocesos acuerdan con los de Bosch (15), en su estudio sobre 293 niños en España, el cual arroja resultados tales como que a la edad de 4 años el 50% presenta *Simplificación del ataque silábico complejo*, entre el 30% y 40% lo presenta a la edad de 5 años, y entre el 20% y 30% de ambas edades muestra *Omisión de consonante final o coda*.

En un estudio de 180 niños, de 3 y 4 años, realizado en Chile, los resultados arrojan que, entre el 70 % y 89 % presenta *Omisión de consonante final o coda* y, entre el 50 % y 69 %, *Simplificación del ataque silábico complejo*. (18). Sin embargo, difiere de esta investigación en que no han hallado discrepancias entre los sexos de los participantes, cabe remarcar que difiere de la presente investigación ya que la muestra abarca rangos etarios comprendidos entre los 4 y 5 años.

En el estudio de Storti, (16) la *Omisión de consonante final o coda* ha sido el segundo subproceso más frecuentemente presente en su muestra, lo que coincide también con la presente investigación. En el estudio de Acosta, León y Ramos (19), realizado sobre una población de niños en las Islas Canarias (España), confirman que los subprocesos de *Simplificación del ataque silábico complejo* son los más frecuentes entre los 4 y 6 años.

La alta frecuencia de los subprocesos referidos a la estructura silábica sugiere que el niño en un intento por emitir la palabra como lo hace el adulto, simplifica la estructura de la sílaba con el fin de producir sílabas directas. Las palabras "chupete", "taza", "niño" y "diente", fueron las únicas que toda la muestra emitió sin necesidad de recurrir a estrategias de simplificación, y como puede observarse, en su mayoría a excepción de "diente" están compuestas por sílabas directas y todas ellas son de uso frecuente. El resto de palabras compuestas por sílabas directas que presenta el test, ("gorro", "rojo" y "cara") han presentado subprocesos relacionados con la consonante vibrante.

Respecto a los *Procesos Estructurales*, se observó que los procesos de *Coalescencia* y *Metátesis*, a la edad de 4 años, en ambos sexos, son más persistentes que a la edad de 5, en la cual se han reducido a la mitad. En su estudio Bosch (15), encuentra que estos procesos intervienen en un 20% y 30% a la edad de 3 años, luego a la edad de 4 años la *Metátesis* aparece entre un 10% y 20 % y la *Coalescencia* en menos del 10 %, y a los 5 años, ambos procesos tienen una incidencia menor al 10%.

Por otra parte, los *Procesos Sistémicos* que aparecen con mayor frecuencia son *Ausencia de vibrante múltiple* y *Semiconsonantización de líquidas*. En el estudio de Bosch (15), el primero tiene una frecuencia estimada entre el 20 % y 30 % tanto a la edad de 4 años como a la de 5 años; mientras que el segundo se presenta con un valor entre el 10 % y 20 % a los 4 años y menor al 10 % a los 5 años. En el estudio de Storti (16), la sustitución de la vibrante es el que ocupa el segundo lugar según su frecuencia de aparición dentro de los *Procesos Sistémicos* con un 13%, el primero lo ocupan "otras sustituciones".

Respecto a las *Asimilaciones*, según Bosch (15), éstas persisten en un 72% a la edad de 3 años y a los 4 años en un 28, 5%, mientras que a los 5 en un 21%. En otras investigaciones, los resultados han arrojado que la *Asimilación Alveolar* es la más frecuente, mientras que en éste estudio ha sido la *Asimilación Velar*.

Por otro lado, también es interesante considerar aquellas palabras que han presentado mayor frecuencia de procesos. A la edad de 4 años la palabra "piedra" ha mostrado la mayor cantidad de procesos, luego le siguen las palabras "tres", "balde" y "cruz". A la edad de 5 años, continúa siendo "piedra" la que presenta mayor frecuencia de uso de procesos, mientras que el uso en las otras disminuye. Además, hay palabras en las que se ha recurrido a más de un proceso de simplificación; como por ejemplo en el caso de [estreʎa] y [tres] en las que se presentan Simplificación del ataque silábico complejo y Omisión de consonante final o coda: [eteʎa] y [te]. Como se observa en todas estas palabras, su composición es de sílabas complejas, mixtas e inversas por lo que gran cantidad de niños ha recurrido a éstas estrategias para simplificarlas y acercar su producción a la imagen acústica correcta de la palabra.

El estudio de los Procesos de Simplificación Fonológica resulta relevante para el profesional, ya que aporta al conocimiento del desarrollo normal del Sistema Fonológico del lenguaje, y en la clínica permite diferenciar los procesos evolutivos típicos de los trastornos fonéticos y fonológicos. De esta manera, se puede diagnosticar de forma adecuada para planear objetivos apropiados y lograr una terapia (intervención oportuna) efectiva.

A partir de la presente investigación, se anima con futuros estudios abordar el análisis de los rangos etarios para poder comparar y describir los Procesos de Simplificación Fonológica que se presenten y tener en cuenta otros aspectos como la influencia socioeconómica o sociocultural.

Además, se plantea como futuras investigaciones, evaluar las transiciones diagnósticas en niños clasificados con Trastornos del Lenguaje en los que se encuentre comprometido el nivel fonológico, y comparar la evolución tanto a nivel del Sistema Fonológico como el cambio de diagnóstico de un subtipo de Trastorno Específico del Lenguaje (Trastorno de Programación Fonológica) a Retraso del Desarrollo del Lenguaje o Inicio Tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mowrer, O. H. *Learning theory and behavior*. New York: Wiley, 1960.
2. Olmsted, D. L. *A theory of child's learning of phonology*, en Bar-Adon y Leopold (Eds.); 1966. *Child language: a book of readings*. Prentice Hall, New Jersey; 1971.
3. Winitz, H. *Articulatory acquisition and behaviour*. New York: Appleton Century Crofts; 1969.
4. Jakobson, R. *Langage enfantin et aphasie*. Éditions de Minuit Ayuso, Madrid; 1974.
5. Jakobson, R. y Halle, M. *Fonología y fonética*, en Jakobson, R. y Halle, M. 9-95; 1956.
6. Waterson, N. *Child phonology: a prosodic view*. *J. of Linguistics*. 1971; 7: 179-211.
7. Stampe, D. *The acquisition of phonetic representation*. In R. I. Binnick, A. Davison, G. M. Green, and J. L. Morgan (eds.), *Papers from the Fifth Regional Meeting of the Chicago Linguistic Society*; 1969.
8. Ingram, D. *Phonological disability in children*. Edward Arnold. Londres; 1976.
9. Ingram, D. *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona: Medica y Técnica; 1983.
10. Werker J., Tees R. *Cross-language speech perception evidence for perceptual reorganization during the first year of life*. *Infant Behavior and Development*; 1984; 10, 279-283.
11. Swingley D. y Aslin R. *Spoken word recognition and lexical representation in very young children*. *Cognition*; 2000; 76, 147-166.
12. Sutherland, D. y Guillon, G. *Assessment of Phonological Representations in Children with Speech Impairment*. *Language in Speech & Hearing Services in Schools* 2005; 36 (4) 294-307.
13. Maggiolo. M. y Pavez, M. *Test para evaluar procesos fonológicos de simplificación TEPROSIF*. Ediciones Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago. Versión revisada. TEPROSIF R. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica; 2000.
14. Pavez, M., Maggiolo. M. y Coloma, C. *Test para evaluar procesos de simplificación fonológica*. Versión revisada. TEPROSIF R. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica; 2008.
15. Bosch, L. *Evaluación fonológica del habla infantil*. 1ra ed. Barcelona, España. Masson; 2004.
16. Storti, P. *Estudio descriptivo sobre los procesos fonológicos de simplificación en niños de 2 años a 5 años*. [Tesis] Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología; 2002.
17. Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M. y Robledo C.W. *InfoStat (2015)*. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL <http://www.infostat.com.ar>.
18. Coloma C., Pavez M., Maggiolo M., Peñaloza C. *Desarrollo fonológico en niños de 3 y 4 años según la fonología natural: Incidencia de la edad y del género*. *Revista Signos* 2010; 43(72) 31-48.
19. Acosta, V., León, S. y Ramos, V. *Dificultades del habla infantil: Un enfoque clínico*. Aljibe. Málaga; 1998.

PRESENTACIONES A CONGRESOS

INCIDENCIA DE LA INTERCULTURALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE



Autores:

Lic. Elvira Beatriz Heffele. (1), Lic. Laura María Giallorenzi (2), Lic. Silvia Beatriz Sajaroff (3), Lic. Margarita Celia Staszauer (4)

(1) Lic. en Psicopedagogía - bheffele@hotmail.com

(2) Lic. en Fonoaudiología - lauraqiallorenzi@yahoo.com.ar

(3) Lic. en Psicología - silviasaja@gmail.com

(4) Lic. en Fonoaudiología - stasz7@hotmail.com

RESUMEN

Esta exposición está basada en un trabajo presentado en el Congreso Argentino de Psicología, realizado en la ciudad de Mendoza el 28, 29 y 30 de abril de 2016.

Nuestro objetivo fue presentar, dentro del eje temático elegido: “Infancia y Adolescencia. Identidades. Familias e Interculturalidad en la Argentina del tercer milenio”, algo de nuestra experiencia, tanto en la clínica como en la investigación.

Palabras clave: *Lenguaje - Interculturalidad - Comunicación - Infancia - Familia*

INCIDENCE OF INTERCULTURALIZATION IN COMMUNICATION AND LANGUAGE DISORDERS

ABSTRACT

“Incidence of Interculturalization in Communication and Language Disorders in migrant families”

Results of our research into Communication and Language Disorders in children from 2 to 5,11 years old. Hospital Carlos Durand. C.A.B.A.

55,4% of 70 completed cases are Latin American and Argentinian North West transculturated families.

The results obtained show the preponderance of the variable *“Transculturalization”* in the genesis of the abovementioned disorders.

Language structures our way of experiencing both the world and ourselves and we develop our identity in it. And in the meeting of different cultures – according that there are no different hierarchies among them – being all of them worthy of respect and dignity, *Interculturality* occurs.

Keywords: *Language – Interculturality – Communication . Childhood – Family.*

Quiénes somos

ETRAL es un Equipo Interdisciplinario de Trastornos en la Comunicación y el Lenguaje que se conformó en el Hospital Durand de Buenos Aires en el año 2000, integrado por dos Fonoaudiólogas del área Neurolingüística, una Psicóloga y una Psicopedagoga clínica.

En nuestra primera etapa de trabajo, desde el consultorio de Neuropediatría dirigido por el Dr. Jaime Tallis, se advertía que las consultas por alteraciones severas en la comunicación y el lenguaje, eran muy frecuentes. Nuestros pacientes fueron derivados desde el equipo de Pediatría general, Pediatría del Desarrollo, y de Neurología Infantil.

Estos niños llegaban luego de un largo recorrido por distintos servicios hospitalarios, o con rútuos diagnósticos que no brindaban una respuesta terapéutica acorde.

Surgió en nosotras la inquietud clínica de ocuparnos de ellos y de sus familias, así como de sistematizar el estudio para modificar y reorientar nuestra práctica con este tipo de patologías complejas, a los efectos de ofrecer una herramienta replicable para la detección e intervención temprana.

Llevamos a cabo una Investigación Descriptiva a la que denominamos: *“Niños que no hablan. El enigma de una consulta cada vez más frecuente”*. Para la misma y sobre un total aproximado de

500 niños atendidos, seleccionamos una muestra de 70, entre 2 años a 5 años y 11 meses de edad, sistematizando un modo de abordaje interdisciplinario, para lo cual cada disciplina eligió algunas variables relacionadas con dimensiones (orgánicas, funcionales, y provisión ambiental) que hacen al desarrollo de la comunicación en los niños.

De dicha investigación seleccionamos la variable “Familias migrantes” y sus resultados e incidencias dentro del eje temático elegido para presentar en este Congreso.

DESARROLLO

El abordaje interdisciplinario que instrumentamos a través de un dispositivo que dimos a llamar *Circuito Diagnóstico Dinámico*, nos permite:

- * Optimizar los tiempos de diagnóstico y derivación a tratamientos prioritarios.
- * Un intercambio entre las distintas áreas que actualiza y enriquece la tarea.
- * Un mejor acompañamiento del paciente y su familia durante el proceso, al compartir criterios diagnósticos y clínicos sobre el padecer de estos niños y sus familias.
- * Que la transferencia del niño y la familia sea con un equipo de trabajo.

Las instancias de nuestro circuito son:

Examen pediátrico

Entrevista inicial conjunta de psicología, psicopedagogía y fonoaudiología con los padres

Entrevistas psicológicas a padres/ responsables y familiares

Evaluación psicopedagógica

Evaluación psicológica

Evaluación de los Trastornos de Comunicación y del Lenguaje desde el área fonoaudiológica.

Interconsulta con disciplinas y/o especialidades médicas en casos que lo requieran

Entrevista de devolución conjunta con pediatría

Derivación a tratamiento/s

Seguimiento periódico del paciente y su familia

Establecimiento de redes con instituciones y/o profesionales a cargo del abordaje indicado.

Si bien organizamos las instancias del proceso en un circuito diagnóstico, éste es esencialmente dinámico. Dinámica que no sólo implica plasticidad en nuestro modo de trabajo sino, además, flexibilidad en el orden de las consultas, luego de la entrevista inicial conjunta.

No pautamos de antemano el número de consultas terapéuticas que requerirá el proceso en cada caso.

En un principio y contando con los instrumentos de evaluación propios de cada área, íbamos por lo que “se espera” de acuerdo a cada edad.

Pero nuestros pacientes nos fueron mostrando otros modos de responder y de hacer que no se contemplan en los estándares de las técnicas. Veíamos que en esto, que se nos presentaba como lo “inesperado”, se deslizaba algo de lo singular del ser de ese niño. Lo tomamos. Ya no pudimos

atender sólo a contenidos y resultados sino, fundamentalmente a “cómo” hacía lo que hacía, creando las condiciones ambientales más favorables para que pudiera desplegarse.

Aprendimos a flexibilizar aspectos del encuadre, por ejemplo, incluyendo a alguno de los padres en las horas de juego o como interlocutores o auxiliares en la toma de algunos tests.

Comenzaron a aparecer las redes que sostienen o no el lenguaje de un niño; los puntos débiles, las falencias y las fortalezas.

Intervenimos desde la primera consulta/entrevista. La familia se lleva indicaciones para mejorar la comunicación del niño con su grupo de convivencia.

El intercambio con instituciones educativas, terapéuticas y/o profesionales externos, es un aporte fundamental para este trabajo. Éste se extiende más allá de finalizada nuestra intervención y nos permite conocer el decurso de los tratamientos y la escolaridad.

Si bien intervenimos terapéuticamente durante todo el proceso haciendo “devoluciones parciales” a los niños y sus familias, nuestros pacientes reciben un informe final con las consideraciones de cada disciplina, las orientaciones correspondientes y la fecha de la primera entrevista de seguimiento.

El diagnóstico es, para nosotros, una creación que refleja un momento del desarrollo del niño y de su ambiente. Así lo informamos a las familias en la entrevista de devolución conjunta, en la que participa todo el Equipo y el médico derivante.

Consideramos que, realizar un seguimiento de nuestros pacientes es indispensable para el análisis de nuestra tarea y para reevaluar y/o definir nuevas instancias terapéuticas.

La importancia de trabajar con el niño y su ambiente

Cuando iniciamos nuestra investigación llamábamos “familias transculturadas” a aquellas familias migrantes que nos consultaban. Pero, luego de un encuentro de orientación y supervisión con la Lic. Diana Braceras, especialista en el tema, aprendimos que “transculturación” es un término que alude a la recepción por un pueblo o grupo social de formas de cultura provenientes de otro, **que sustituyen** de un modo más o menos completo a las suyas.

En cambio, *interculturalidad* alude al acercamiento de una cultura a otra, a la fusión de una a la otra.

Por ello decidimos utilizar el término ***interculturalidad*** en lugar de *transculturalidad*.

En nuestra tarea diagnóstica no podemos pensar al niño sin su ambiente, en el sentido de la revisión material humana y no-humana, que en cada caso favorecerá u obstaculizará los procesos de maduración (Teoría de la Dependencia de D. W. Winnicott).

Por eso indagamos y registramos dichos aspectos ambientales como parte importante del cuidado: tipo y características de la vivienda, nivel socio económico, migraciones, etc., datos que nos revelan posibles privaciones/deprivaciones tempranas o actuales.

Exploramos también lo ambiental humano: cómo han cuidado y cómo cuidan los que tienen que cuidar al niño.

Nos interesa conocer las modalidades del cuidado materno (madre biológica o sustituto), condición fundamental para el desarrollo emocional del infans (el que no habla) quien, asistido por una madre "lo suficientemente buena", logrará realizar el pasaje de una dependencia absoluta - el niño y la madre, "dos que hacen uno" al decir del Lic. Jorge Rodríguez- a la independencia relativa/autonomía y a la posibilidad de relación con los objetos.

Una madre "suficientemente buena" necesita, al decir de Winnicott, de un padre o figura sustituta que ayude a "desconectar" esa dupla madre-hijo. Por eso nos adentramos en las características del vínculo entre la pareja parental y prestamos especial atención a la forma en que organizan el cuidado del hijo (acuerdos, desacuerdos, etc.).

También exploramos la forma en que la familia ampliada (vínculos co-sanguíneos o no) cuida al niño, tomando en cuenta además, las características del medio social en el que se desenvuelven.

Poner la mirada sobre el ambiente nos aportó un dato altamente significativo.

De la muestra de 70 niños, el 55,4% de la población provenía de familias migrantes (Bolivia, Perú, Colombia, Paraguay y el NOA).

Argentina es el país latinoamericano que continúa recibiendo población extranjera, siendo la mayoría paraguayos, bolivianos, peruanos y chilenos.

Siguen siendo recibidos en nuestro país con las mismas políticas inmigratorias abiertas de hace cientos de años. A pesar de estar amparados por el Art. 20 de nuestra Constitución, sufren aún discriminación social, étnica y cultural.

Migrar de un país a otro representa un stress, en principio transitorio, disparado por la transición de una cultura a la otra. Quienes poseen destrezas y fortalezas se adaptan en períodos más cortos y con mayor facilidad. No ocurre lo mismo con aquellos que no poseen esas características, en cuyo caso se dificulta o no se produce el ajuste a la nueva cultura.

Las familias que nos consultan hablan nuestra misma lengua, pero hay giros idiomáticos, modismos, cadencias que ellos conservan y transmiten a sus hijos. Esto contribuye a que se presenten dificultades de comprensión y de adaptación de los niños, sobre todo, cuando ingresan al sistema escolar.

Según la Lic. Braceras:

"...El ritmo en el que nosotros hablamos es diferente al de ellos. La nuestra es una cultura muy "aporteñada". Hablamos velozmente, con nuestros modismos, y ellos no siempre nos entienden..."

“...El habla porteña es tan diferente a las provincianas y a la de algunos países vecinos...”

La posibilidad de comunicarse a través de la palabra es inherente al ser humano.

La Lengua estructura nuestra forma de experimentar al mundo y a nosotros mismos, y en ella se construye nuestra identidad.

En los procesos comunicativos interculturales se observan patrones de conductas comunicativas, creencias, valores, modos de organización que se asocian a situaciones concretas de la vida cotidiana, en un intento de prevalecer unas sobre otras.

Los procesos de verbalizaciones (pronunciación, melodía, tono de la voz, etc.), junto con los estilos verbales que cada comunidad utiliza: la actitud corporal, el contacto visual, los ademanes, las formalidades en los saludos y/o formas de comportamiento en los contextos sociales a los que pertenecen, así como también la distancia que mantienen las personas en una interacción comunicativa, marcan notorias diferencias.

La comunicación lingüística intercultural se ve afectada mayormente en el área de la fonología, la semántica y pragmática, no así en la morfosintaxis.

La generación de nuevos vínculos puede darse con mayor o menor lentitud y estar relacionados con su afinidad ocupacional, modos de vida, educación, identidad religiosa, etc.

En el contexto de las nuevas relaciones intervienen las cualidades personales de cada individuo así como también el país de procedencia y cómo se integran y adaptan a una nueva cultura.

La comunicación en primer lugar, abre paso a la *interculturalidad*, haciéndola manifiesta y en segundo lugar, como principio de contacto, contribuye a la misma, en tanto permite el respeto entre sujetos.

Por ello, la competencia intercultural pasa de forma necesaria por el establecimiento de una comunicación intercultural eficaz. Esa comunicación es eficaz cuando se llega a un grado de comprensión aceptable por ambos interlocutores.

Recibimos en la consulta familias que emigraron por razones laborales. Vienen a Buenos Aires con la idea que: “...acá se consigue trabajo”; “...se gana más y se puede ahorrar”; “...podemos ayudar a la familia de allá, mandándoles plata”; “... podemos completar los estudios”; “... nuestros hijos van a poder estudiar”.

La gran mayoría no puede cumplir su sueño. Van a vivir en casas compartidas con otras familias alquilan una habitación en la que cohabitan la pareja de padres y los hijos.

Trabajan en condiciones muy precarias, muchas veces en la misma vivienda, en su gran mayoría en talleres de costura llamados de “cama caliente”, donde rotan el uso de las camas de acuerdo con los turnos en que trabajan dentro de la vivienda. Otros se dedican a la venta ambulante, construcción, servicio doméstico, delivery, cuidado de personas a domicilio, etc. Son trabajos mal remunerados, discontinuos, no registrados; por lo tanto no tienen cobertura social ni de salud.

Algunas de las familias que hemos atendido viven en villas de emergencia donde se asentaron el narcotráfico y la delincuencia. Refieren “vivir encerrados” en sus casillas y no dejar salir a los niños a jugar en espacios comunes donde podrían relacionarse con sus pares por temor a que los dañen o maten.

Esta situación determina conductas de extremo cuidado hacia los niños y adolescentes que, en general, *impiden el desarrollo hacia su autonomía*.

Muchas familias están solas, sin red familiar o social que los sostenga. Tienen temor o vergüenza a la hora de relacionarse socialmente.

Algunos pueden ir y volver a su país en ocasiones especiales (fiestas, enfermedades, nacimientos, fallecimientos). Otros, en cambio, se ven privados de esa posibilidad, fundamentalmente por razones económicas.

En ambas situaciones, lo que hemos “escuchado” y observado, es algo del orden de un dolor psíquico que pareciera relacionarse estrechamente con la condición de migrante.

A la pérdida de su terruño se suma el dolor de sentirse o de ser realmente marginados.

Es un dato significativo que el 32,5% de las madres migrantes presentaron signos de diversos grados de depresión antes y durante el embarazo y/o en el período en que la presencia de una madre “viva” era indispensables para el desarrollo del niño.

Las madres relatan: “...cuando nació XX yo estaba sola. Mi mamá no pudo viajar, y nosotros no le podíamos pagar el pasaje...” “...No sabía qué hacer con el bebé...”.

“...Allá en mi país todo era distinto...” “...Cuando nació YY yo estaba tan triste que no podía cuidarlo bien, teníamos que trabajar todo el día para entregar la costura a tiempo. Lo cambiaba rápido, le daba de comer rápido. Lo dejaba solo con el televisor, con los dibujitos, y así se entretenía muchas horas...”

Nuestros pacientes, por lo general, son niños sobreexposados a la tecnología (tv, computadora, celulares) en un intento de reemplazar la interacción humana, imposibilitada por la atención que exige el trabajo, evitando así que “molesten” o “distrayan” a los adultos que están ocupados.

Damos en llamar “síndrome de niñera electrónica” al cuadro que presentan los niños que hablan con la entonación y el lenguaje de los dibujitos de la televisión, con escasa o nula carga significativa de comunicación interpersonal.

“...Comprender las relaciones interculturales en una situación práctica supone comprender la cultura de los dos mundos en contacto.

La comunicación intercultural se realiza donde hay contactos entre dos o más entramados de significados y sentidos y cuando un grupo comienza a entender el significado y valor de las cosas y objetos para los otros...” (Ernesto Zierer)

La variable “Familias migrantes”, hizo que nos replanteáramos la modalidad de abordaje de estos pacientes, valorizando la escucha de éstas. Aparecieron entonces los significados y sentidos de los que nos habla Zierer y así es como fuimos comprendiendo aquello que al principio no podíamos desentrañar.

Actitudes y conductas que forman parte de sus tradiciones y costumbres (hablar poco, no mirar a los ojos), ya no fueron evaluadas con los parámetros estándares.

Favorecimos un contexto de confianza, para ello flexibilizamos los tiempos de atención buscando que nuestros pequeños pacientes logran hacer una “experiencia completa” (concepto winnicottiano), comenzando un juego, desplegándolo y dándolo por finalizado.

A los padres y/o responsables del niño, les brindamos pautas e indicaciones interviniendo en las formas de comunicación a mejorar en cada familia, buscando transformar el ambiente para volverlo facilitador de su desarrollo.

CASO CLÍNICO

Presentamos uno de los casos emblemáticos de nuestra casuística.

Paciente de 4 años 6 meses de E.C.

Motivo de consulta: derivado por el Neuropediatra, presenta trastorno del lenguaje y de la atención, no se comunica con los compañeros, deambula, no atiende consignas, ecolalias, momentos de desconexión.

“...mi hijo no habla, sabe...pero no responde...” refiere la madre en la primera entrevista.

Examen neurológico normal. Audición normal.

Escolaridad: nivel inicial, sala de 4 años.

Antecedentes: Retraso en la aparición del lenguaje. Usa solo palabra o palabra frase para comunicarse. Habla como dibujito animado. Escaso contacto ocular. Habla en tercera persona. Trastornos en todos los niveles lingüísticos.

Familia de origen peruano; el factor transcultural es muy fuerte.

Desde los 18 meses del niño hasta los 2 años 6 meses, “...no nos ocupábamos de él” refieren los padres.

Quedaba al cuidado de una tía que no le hablaba y lo ponía frente al T.V. mientras los padres trabajaban.

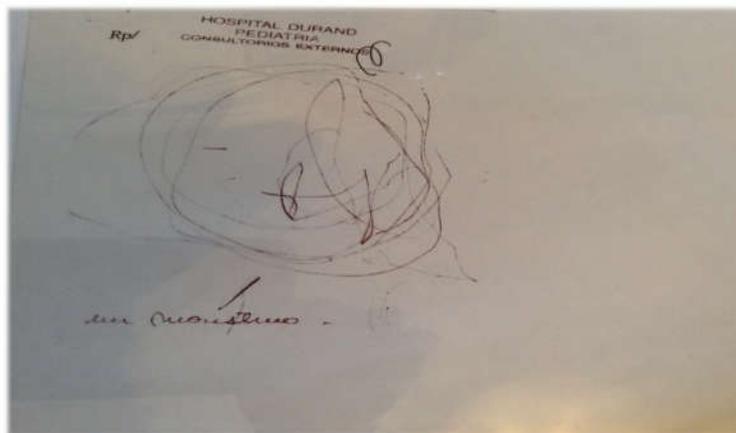
Los padres refieren “... somos de Lima, aquí no hay familia”. Gran influencia de lo transgeneracional por las ausencia y pérdidas en las historias familiares.

Nos preguntamos: ¿por qué no habla? ¿es un retraso madurativo, un deterioro de la función comunicativa por privación afectiva, por falta de estimulación, un Trastorno específico del Lenguaje, un cuadro del espectro autista?

Luego de nuestra intervención como Equipo Interdisciplinario, se logra una apertura y posibilidad de cambios tanto en la familia como en el niño, con una buena evolución del caso en todos los niveles del desarrollo.

El niño y su familia continuaron en seguimiento de control con nuestro Equipo.

Evolución del grafismo y de la escritura:



Dibujo realizado al inicio del proceso diagnóstico 4 años 6 meses



Dibujo realizado luego de un año de trabajo terapéutico



Escritura y dibujo realizado a los 7 años 6 meses

CONCLUSIONES

*Ampliación y flexibilización de nuestros marcos teóricos.

Muchos pacientes que fueron previamente evaluados por otros profesionales, sin tener en cuenta la interculturalidad, llegaron a nuestro Equipo con diagnósticos graves en el área de la comunicación.

Cuando trabajamos con los niños y sus familias desde la mirada de la interculturalidad, resultaron otros los diagnósticos y en consecuencia, otros los abordajes terapéuticos.

*Revisión en nuestra estrategia de abordaje en niños con trastornos de la comunicación y el lenguaje.

La presencia tan marcada de lo intercultural (55,4% de la población estudiada) en nuestra experiencia clínica nos impuso una insoslayable revisión de nuestras estrategias de trabajo.

Aquellas que nos habían sido útiles hasta ese momento, debieron ser revisadas, repensadas, reformuladas.

*Las fallas en el ambiente relativas a la transculturalización, intervendrían en la génesis de los trastornos en la comunicación y el lenguaje.

*La depresión materna (32,5% de la muestra) pre, peri y post-natal tiene alta incidencia en la aparición de los trastornos en la comunicación y el lenguaje.

Siendo profesionales con muchos años de trabajo en nuestras distintas disciplinas, nos adentramos en el desafío de enfrentar algo nuevo: culturas diferentes, intentando captar lo más propio, lo singular de estos grupos.

Su lenguaje, sus creencias, sus lógicas de pensar distintos y estilos de comportamientos diferentes. Nosotras también nos transformamos. Nos atravesó la interculturalidad.

Seguimos enriqueciéndonos con ella día a día.

Nuestra intención en este encuentro fue la de transmitirles la experiencia de un abordaje posible en el marco de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUADO, G. *TDL-Retraso del Lenguaje y Disfasia*. Editorial Aljibe – Málaga-España, 1999
2. BERENSTEIN, I. *Psicoanalizar una familia*. Editorial Paidós – Buenos Aires. Argentina- 1992
3. CZUBAJ, F. "El Impacto de la Migración en los niños". *La Nación*. Periódico argentino. Buenos Aires. Argentina -2004
4. LEVIN, J. *Tramas del lenguaje infantil – Una perspectiva clínica*. Editorial Lugar– Buenos Aires- Argentina- 2002
5. MONFORT-JUAREZ, SANCHEZ. *Los niños disfásicos – Descripción y tratamiento 2-* Editorial Cepe – Málaga, 1993
6. MORIN, E. *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma – Reformar el pensamiento-* Editorial Nueva Visión- Buenos Aires. Argentina- 2007
7. RODRIGUEZ, J. *Entresesiones. Lealtades sencillas*. Editorial Letra Viva –Buenos Aires. Argentina- 2003
8. RONDAL, J. – SERON, X. *Trastornos del Lenguaje 3- Neurología y Conducta-* Editorial Paidós- Barcelona, 1985
9. SOPRANO, A. *La "hora de juego" lingüística*. Editorial de Belgrano-Buenos Aires. Argentina- 1997
10. WINNICOTT, D.W. *The child, the family and the outsider world-Penguin Books*, 1964
11. WINNICOTT, D.W. *Realidad y juego-Editorial Gedisa - Barcelona-España-* 1997
12. ZIERER, E. *Comunicación Intercultural. Comisión Nacional de Rescate de Valores, San José, Costa Rica*, 2004

Sitios Web: <http://www.monografias.com>

GUÍAS PRÁCTICAS

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFONÍA.



Autores: Sociedad Argentina de la Voz ()*

() Lic. Débora Gutkin, Dr. Mauro Zernotti, Lic. María Elena Vaccari, Dra. Iris Rodríguez, Fga. M. Dalmasso, Dra. María Viti, Dr. Marcelo Sztajn, Dra. Analía Krulewietky, Lic. María Eugenia Pérez Ibañez, Dra. Soledad Sacheri, Dra. Vanina Lucero, Prof. Carlos Demartino, Dr. Adrián Parla, Lic. Laura Ramos, Dr. Carlos Roncaglia, Lic. Ana Bekerman, Lic. Juliana Codino, Dr. Ignacio Mintz, Lic. Florencia Racca.*

RESUMEN

Esta guía presenta recomendaciones basadas en la evidencia científica, para el manejo de la disfonía, definida como cualquier alteración que se produce en la calidad de la emisión de la voz, estimándose que la voz es esencial para un tercio de los trabajadores a nivel mundial y más frecuente en personas cuya voz es su instrumento de trabajo: 50% docentes, 31% operadores telefónicos.

Su objetivo es contar con un procedimiento unificado de diagnóstico, que permita optimizar tiempo y recursos para su utilización por parte de médicos otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y estudiantes de ambas carreras. Está orientada a la atención de los adultos, cualquiera sea su condición y trabajo, que presenten cualquier tipo de disfonía y a facilitar a la población en general información sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan la voz.

La guía recomienda una serie de denominaciones diagnósticas, propone una exhaustiva anamnesis vocal, describe los métodos diagnósticos que aplica el médico otorrinolaringólogo tales como: la videorinofibrolaringoscopia, la videoestroboscopia, la videoendoscopia con óptica rígida, la laringoscopia directa con microscopio y los que practica el fonoaudiólogo: evaluación vocal perceptual (subjetiva) y evaluación acústica (objetiva).

Recomienda si es posible la atención conjunta de ambos profesionales para la evaluación del paciente o en su defecto una fluida interacción y el registro filmico y gráfico de los estudios.

Se incluyen los protocolos de anamnesis, evaluación vocal otorrinolaringológica y evaluación vocal fonoaudiológica.

Palabras clave: *guía práctica clínica - disfonía - diagnóstico – tratamiento – evaluación vocal*

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR DYSPHONIA

ABSTRACT

This guide is intended to provide recommendations based on scientific evidence, for dealing with dysphonia, defined as any alteration produced in the voice emission quality.

Voice is estimated to be essential to one-third of the world's workforce and even more so to those who use their voice as a work tool: 50% educators, 31% telephone operators.

The purpose of this document is to present a unified diagnostic procedure, which will allow optimization of time and resources for those using it, such as otolaryngologists, speech therapists and students of both careers. It targets the treatment of adults, regardless their occupation, who present any given type of dysphonia and to facilitate helpful information for the general audience about prevention, diagnosis and treatment of voice related affections.

The guide recommends a series of diagnostic denominations, proposes an exhaustive vocal anamnesis, describes diagnostic methods applied by otolaryngologists such as: the laryngoscopy, the videolaryngostroboscopy, the laryngeal videoendoscopy with rigid endoscope, direct laryngoscopy under microscope and those applied by speech therapists: perceptual assessment of voice (subjective) y acoustic assessment (objective).

Interdisciplinary approach (ENT and Speech Therapist) is recommended in patient's evaluation. If this were not an option, fluid interaction, video and graphic recording of the studies applied is advised.

Protocols of anamnesis, ENT laryngology voice evaluation and speech pathologists assessment are included.

Keywords: *Clinical practice guideline - dysphonia - diagnosis – therapy – vocal assessment*

INTRODUCCIÓN

Desde la Sociedad Argentina de la Voz, estamos elaborando un procedimiento unificado de diagnóstico y tratamiento, que optimiza tiempo y recursos, orientado a que nadie pierda la posibilidad de seguir usando su voz para trabajar. En esta primera etapa se completó el capítulo del diagnóstico y se sigue trabajando en el del tratamiento. Este procedimiento surgió del análisis de trabajos publicados y de opiniones de expertos nacionales e internacionales. Las conclusiones han sido consensuadas con profesionales de los distintos puntos de nuestro país.

La disfonía es cualquier alteración que se produce en la emisión de la voz, estimándose que la voz es esencial para un tercio de los trabajadores a nivel mundial.

El 30 a 47% de la población en general va presentar algún episodio de disfonía. Es más frecuente en personas cuya voz es su instrumento de trabajo, 50% docentes, 31% operadores telefónicos, siendo la relación en mujeres de 6:4 respecto de los hombres y afectando a cualquier grupo etario. Según las estadísticas el 7,2 % de las personas faltan al trabajo por disfonía y dentro de este el 20% son docentes.

Estas guías son para la utilización de médicos otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y estudiantes de ambas carreras. Están orientadas a la atención de los adultos, cualquiera sea su condición y trabajo, que presenten cualquier tipo de disfonía.

Los Objetivos Generales son:

1. optimizar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de la voz
2. facilitar a la población en general información sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades que pueden afectar su voz

Los Objetivos Específicos son:

1. recopilar información acerca de pautas nacionales e internacionales sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la voz,
2. consensuar con profesionales de la medicina y la fonoaudiología de todo el país pautas unificadas de prevención, diagnóstico y tratamiento
3. unificar criterios acerca de los diagnósticos que deben considerarse enfermedad laboral
4. establecer requerimientos de licencias y condiciones de alta laboral
5. elaborar, editar y distribuir un instructivo con las conclusiones

DIAGNÓSTICOS LARINGOLÓGICOS

El diagnóstico de la patología vocal, necesita muchas veces de sucesivos exámenes. Se debe procurar ser lo más descriptivo posible al momento de entregar un informe diagnóstico,

contemplando siempre las características anatómicas de la laringe, las patologías funcionales y las orgánicas.

Denominaciones diagnósticas recomendadas:

a) Patologías generalmente asociadas a conductas fono traumáticas:

- Lesiones inflamatorias bilaterales: simétricas o asimétricas (Nódulos).
- Lesión inflamatoria unilateral con o sin hemorragia asociada (Pólipo).
- Lesión inflamatoria subepitelial encapsulada (Quiste).
- Lesión redondeada translúcida de borde libre (Pseudoquiste).
- Hemorragia: extravasación de sangre.
- Lesiones de contacto: úlceras o granulomas en apófisis vocal del aritenoides.
- Ectasia vascular: dilatación vascular anormal sin extravasación de sangre, puede incluir una varice.

b) Otras patologías

- Surco vocal: área lineal atrófica con disminución de la vibración.
- Inmovilidad parcial o total de cuerda vocal: disminución de cierre o apertura, aumento de amplitud y asimetría de onda mucosa.
- Laringitis asociada a reflujo: edema, eritema, aumento vascularización, engrosamiento mucoso en región posterior.
- Laringitis difusas o localizadas: infecciosas, alérgicas.
- Lesiones tumorales: leucoplásicas, vegetantes, eritroplásicas, papilomatosas.

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Recomendamos que la evaluación se realice en conjunto entre el médico ORL (especializado en laringología y voz) y el fonoaudiólogo, de ser posible, de modo simultáneo.

En la anamnesis hay que tomarse el tiempo necesario para que abarque todas las instancias relacionadas a la disfonía. (Tabla1). Este formulario será completado por el paciente y la información que brinda puede ser extraída por el profesional para su registro profundizándolo según su criterio.

Realizar siempre la videorinofibrolaringoscopia porque permite observar el tracto vocal en la voz hablada y la cantada ya que es un estudio en posición fisiológica. Se recomienda efectuar el registro fílmico del estudio.

Se realiza con el paciente sentado, lo más relajado posible, inclinado levemente hacia adelante lo que permite una elongación de la laringe y separa la lengua de la pared posterior, permitiendo una mayor visión de la glotis. El médico de pie o sentado, según su comodidad.

Se le solicitara al paciente la emisión de voz hablada, fonación sostenida en agudo y grave, fonación inspirada y tos. No es recomendable que el examinador emita un ejemplo, ya que es deseable que el paciente lo haga con su propio tono de voz cómodo.

Cuando la impresión acústica de la voz no coincide con la imagen captada, o no se obtiene respuesta con el tratamiento indicado en un tiempo razonable, se recomienda realizar una videoestroboscopia.

La endoscopia con óptica rígida puede utilizarse para observar con más detalles la región glótica y la laringoscopia directa con microscopio en casos de patología de difícil diagnóstico.

La evaluación vocal fonaudiológica debe ser perceptual y de ser posible incluir una evaluación vocal objetiva (análisis acústico). Dicha evaluación incluirá los sistemas postural, estomatognático, respiratorio, funcional vocal y prosodia y se realizarán durante la emisión espontánea o inducida según la prueba lo requiera.

Es de gran utilidad para el fonaudiólogo contar con la imagen laríngea, que permitirá comparar momentos de la evolución.

1) TABLA 1. Anamnesis vocal

2) TABLA 2. Evaluación Vocal ORL.

3) TABLA 3. Evaluación Vocal Fonaudiológica.

CONCLUSIONES

Ninguna disfonía es normal. Es signo de una alteración orgánica o funcional que debe ser diagnosticada.

Estas guías permitirán arribar a un diagnóstico optimizando el tiempo y evitando pasos innecesarios. Por eso se sugiere a aquellos que no cuenten con el instrumental necesario derivar al paciente, a fin de poder realizarle los estudios necesarios.

Esta guía surge de un intenso trabajo a lo largo y ancho de nuestro país, recopilando información sobre la forma de trabajo de cada localidad y sus recursos.

Junto con el respaldo científico nacional e internacional nos da en forma precisa los pasos a seguir para un correcto diagnóstico.

Se benefician además los fonoaudiólogos y otorrinolaringólogos al estar respaldados en sus decisiones por otros colegas, como así las instituciones sanitarias.

Al contar con una historia clínica completa se obtienen los factores de riesgo vocal: ocupación, enfermedades concomitantes, medicamentos, factores ambientales, tabaquismo, etc., pudiendo actuar sobre ellos para prevenir consecuencias futuras.

Se presenta aquí la etapa del diagnóstico, queda mucho por trabajar aún en el ámbito del tratamiento.

Detrás de toda guía hay muchísimo trabajo pero el objetivo nunca hay que perderlo de vista... el paciente.

ANEXO

TABLA 1. Anamnesis Vocal.

ANAMNESIS VOCAL N: _____ FECHA: _____

APellido y Nombres _____ EDAD _____ SEXO _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____ MAIL _____

Motivo de consulta: _____
¿Desde cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Con qué mejora? _____ ¿Con qué empeora? _____
¿Siente molestias? _____ Describalas: _____

¿Cuál es la severidad de su problema? (marque una opción) [leve] 1 2 3 4 5 [severo]
¿Ya hizo tratamiento por este problema? _____ ¿Cuál? _____
¿Le indicaron alguna vez Terapia vocal (Foniatría)? _____ Motivo: _____
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Se le dio el alta? _____ Profesional: _____ Teléfono: _____
Otras terapias: _____ Profesional: _____

Historia Médica (marque)
Acufeno A.C.V. Alergia Cáncer Diabetes Disfunción sexual
Hipertensión arterial Hipoacusia Hepatitis Infarto Problemas anestésicos
Problemas en la vista Problemas de columna contracturas Problemas renales
Reflujo gástrico Rinitis Trastornos de coagulación Trastornos endocrinos
¿Las emociones le afectan la voz? _____
Otros: _____
Medicación: (Enumere toda la medicación o el producto de herboristería) _____

¿Es alérgico a alguna medicación? _____ ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS
Especifique tipo de cirugía y a qué edad: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES
Disfonía Asma Cáncer Rinitis Hipoacusia

OCUPACION
Carga horaria semanal _____ Antigüedad _____
Ocupaciones anteriores _____ Otra actividad en la que haga uso de su voz _____
¿Cuántas horas al día en total hace uso de su voz? _____ hs/ día (tenga en cuenta trabajo, actividades sociales, etc.)
¿Qué tipo de ventilación tiene en su lugar de trabajo? _____ ¿Trabaja o trabajó en ambiente ruidoso? _____
Otros factores ambientales: _____
¿Cómo está compuesta su familia? _____
¿Qué animales domésticos tiene? _____

ALIMENTACIÓN
¿Respeto las 4 comidas? _____ Tiene restricciones alimentarias (aclare) _____
Marque si consume alguno de estos alimentos antes de hacer uso de su voz profesional y/o laboral (cantar/ dar clase/etc)
Chocolate Lácteos Comidas picantes Comidas grasosas
Qué cantidad ingiere por día de:
1. Café/hé/ mate/ bebidas cafeinadas.
2. Bebidas alcohólicas (¿cuáles?)
3. Agua

ACTIVIDAD FÍSICA (aclarar duración y frecuencia semanal)

DESCANSO
Horas de sueño _____ ¿Le cuesta dormirse o se despierta muchas veces? _____ ¿Tiene somnolencia diurna? _____
¿Ronca, tiene apneas? _____

HÁBITOS TÓXICOS
Fuma: Tabaco / Marihuana Cigarrillos por día/ semana _____ ¿Desde cuándo? _____
Ex fumador _____ ¿Fumador pasivo? _____

ANTECEDENTES DE TÉCNICA VOCAL
¿Recibe entrenamiento de su voz hablada? _____ ¿cantada? _____
Profesional: _____ Teléfono: _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
Si tuvo otros maestros de canto, nombres y especifique por cuánto tiempo _____
¿Qué estilos musicales canta? _____
¿Actualmente detecta problemas técnicos y/o molestias durante su entrenamiento? _____
Al cantar fuerte _____ Cantar pianissimo _____ Mantener el apoyo _____ Cantar agudos _____ Cantar graves _____ En zonas de pasaje _____
¿Toca algún instrumento? _____ ¿Cuál? _____
¿Usted está trabajando como profesional de la voz? _____ Agenda semanal: _____
¿Realiza ejercicios de calentamiento vocal antes de hacer uso de su voz profesional? _____
¿Y de enfriamiento? _____

DIAGNÓSTICOS O.R.L.: _____

TABLA 2. Evaluación Vocal ORL.

Protocolo ORL Nº: _____ FECHA: _____

Apellido y Nombres _____
EDAD: _____ SEXO: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
EMAIL: _____

I.V.N. OBJETIVA: NO: SÍ: CAUSAS: DESVIO SEPTAL
PÓLIPOS
H. TURBINAL

CAVUM: LIBRE: OCUPADO:
PALADAR: SIN PARTICULARIDADES:
PATOLÓGICO: MOVIMIENTO PALADAR: CONSERVADO
ALTERADO

OROFARINGE: BASE DE LENGUA: _____
AMÍGDALA LINGUAL: _____
VALÉCULA: _____

SUPRAGLOTIS:
• EPIGLOTIS: SIN PARTICULARIDADES:
OBSERVACIONES: _____
• REPLIEGUE ARIEPIGLÓTICO:
SIN PARTICULARIDADES:
OBSERVACIONES: _____
• BANDAS VENTRICULARES:
APARIENCIA: HIPOTRÓFICAS:
EUTRÓFICAS:
HIPERTRÓFICAS:
AVANCE: TOTAL: _____
PARCIAL: _____
IZQUIERDA: DERECHA:

• CONSTRICCIÓN SUPRAGLÓTICA:
ANTEROPOSTERIOR:
LATERAL:
TRANSITORIA PERMANENTE

• CUERDAS VOCALES:
LESION VISIBLE: SÍ: NO:
APARIENCIA: HIPOTRÓFICAS:
EUTRÓFICAS:
HIPERTRÓFICAS:
SIMETRÍA ANATÓMICA: SÍ: NO:
BORDES: NETOS: IRREGULARES:
MOVILIDAD: NORMAL DISTONÍA
INMOVILIDAD: TOTAL PARCIAL
IZQUIERDA DERECHA
POSICIÓN: ABDUCCIÓN INTERMEDIA ADUCCIÓN
ELONGACIÓN: PRESENTE AUSENTE
CIERRE GLÓTICO: COMPLETO INCOMPLETO
ANTERIOR POSTERIOR
FUSIFORME RELOJ DE
ARENA
LONGITUDINAL
LESIÓN VISIBLE: SUPRACORDAL INFRACORDAL
UNILATERAL BILATERAL
UBICACIÓN: ANTERIOR
MEDIO
POSTERIOR

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

TABLA 3. Evaluación Vocal Fonoaudiológica

DERIVADA POR: _____ FECHA: _____
 APELLIDO Y NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 DOMICILIO _____ TELÉFONO _____ MAIL _____

A) EVALUACIÓN SISTEMA POSTURAL

Cuerpo: simétrico/ asimétrico Desplazado a _____

Observaciones: _____

Laringe: Normal Ascendida Lateralizada A.T.M: Normal Alterada Bruxismo

FONOARTICULADORES	Simetría	Tonicidad	Posición en reposo	Movilidad activa	Movilidad pasiva
Labios					
Lengua					

B) EVALUACIÓN RESPIRATORIA

Tipo: _____ Modo: Nasal Bucal Mixto

Apoyo: _____

Coordinación Fonorrespiratoria: Correcta / Incorrecta TMS: _____ TMF: _____ Índice S/Z: _____

C) EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VOCAL

Duración: Vocal /a/ _____ /i/ _____ /o/ _____

Altura tonal Media Agudizada Agravada F0: _____ Hz Nota: _____ (Ref. Ia3 = 440 Hz)

Variabilidad de F0: Sí NO

Intensidad: Fuerte Media Suave Débil Variabilidad de la intensidad: Sí NO

Timbre: Claro/Brillante Oscuro/Redondo Opaco Estridente Hipernasal Hiponasal Engolado

Resonancia: Orofacial Nasal Laringea Faringea

Calidad Vocal Perceptual (indicar rasgo y grado)							
Rasgo dominante:	Normal	Ronquera	Aspereza	Soplo	Asteria	Tensión	Inestabilidad
Grado de severidad:	Leve	Moderado	Severo				

Efecto Kaiser: (con vocal /a/) Presente Ausente

Extensión vocal: Límite inferior _____ límite superior _____

Glissando ascendente: adecuado _____ con quiebres _____ acortado _____

Glissando descendente: adecuado _____ con quiebres _____ acortado _____

Registro	Frito	Modal	Elevado
	Presente/ Ausente	Presente/ Ausente	Presente/ Ausente

ARTICULACIÓN	Normal	Cerrada	Exagerada	Esbozada	Dislalias:
PROSODIA	Acento: Adecuado / inadecuado		Velocidad: Normal / Bradilalia / Taquilalia		
	Ritmo: Fluido / Alterado		Entonación: Monótona / Limitada / Amplia		

D) EVALUACIÓN VOCAL ACÚSTICA (EVA)

(Evaluado con vocal /a/ sostenida y glissando)

Programa _____

1. INDICADORES ACÚSTICOS

F0 (Hz) Energía (dB) Jitter Shimmer Rel. armónico/ruido Ampl. Cepstrum

FORMANTES F1 F2 F3 F4 F5

Frecuencia
Ancho de banda

2. INTERPRETACIÓN DE LOS GRÁFICOS:

2.1. Curva de F0 _____

2.2 Curva de energía _____

2.3 Espectrograma: Armónicos, formantes, concentración de energía, aprovechamiento de energía (LTAS).

OBSERVACIONES: _____

E) AUTOEVALUACIÓN: VHI 10 (Voice Handicap Index 10): _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobeta I, Nuñez F, Fernández S. "Patología de la Voz" .Ponencia oficial Sociedad Española de Otorrinolaringología. Marge Médica Books. 2013
2. Rosen CA, Blake CS. "Técnicas quirúrgicas en laringología" Amolca. 2012
3. Farías, P "Guía Clínica para el Especialista en Laringe y Voz" Editorial Akadia 2016
4. Farias, P. "La disfonía ocupacional". Ed Akadia. 2013
5. Sacheri, S "Ciencia en el arte del Canto" .Ed Akadia. 2012
6. Sacheri, S "La voz del actor" Ed. Akadia. 2016
7. Mines A, Ramos L, Balderiote F, Parente S. El poder creativo de la voz en el uso profesional. Ed. Akadia. 2011
8. Resolución 389/13. Acordada de CMC Protocolo para Disfonías. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Comisión Medica Central. Argentina 2013
9. Sataloff R. The Professional Voice: Part I. Anatomy, Function, and General Health. Department of Otolaryngology. Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania. Journal of Voice Vol. 1, No. 1, pp. 92-104 © 1987 Raven Press, New York
10. Sataloff R. The Professional Voice: Part II. Physical Examination. Department of Otolaryngology. Thomas Jefferson University. Philadelphia, Pennsylvania. Journal of Voice Vol. 1, No. 2, pp. 191-201 © 1987 Raven Press, New York
11. Sataloff R. The Professional Voice: Part III. Common Diagnoses and Treatments. Department of Otolaryngology. Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania. Journal of Voice Vol. 1, No. 3, pp. 283-292 © 1987 Raven Press, Ltd, New York
12. Sataloff R (Chairperson), Baron B, Brodnitz F, Lawrence V, Rubin W, Spiegel J, Woodson G. Discussion: Acute Medical Problems of the Voice. Journal of Voice Vol. 2, No. 4 pp. 345-353 © 1988 Raven Press, Ltd, New York
13. Behlau M, Zambon F, Guerrieri A, Roy N. Epidemiology of voice disorders in teachers and non teachers in Brazil: Prevalence and adverse effects. Sao Pablo. Brazil. Salt Lake Utha. Journal of Voice, Vol. 26, No. 5, pp. 665.e9-665.e18 0892-1997
14. Spiegel J, Sataloff R, Emerich K. The Three Ages of Voice, The Young Adult Voice. Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania and *American Institute for Voice and Ear Research, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. Journal of Voice Vol.11, No. 2, pp. 138-143 © 1997 Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia

15. Ahlander V, Rydell R, Löfkvist A. *Speaker's comfort in teaching environments: Voice problems in Sweding teaching staff. Journal of Voice, Vol. 25, No. 4, pp. 430-440 0892-1997*
16. Vaccari ME. *La voz profesional. En: PROFONO, Programa de Actualización en Fonoaudiología. Segundo Ciclo. Módulo 4. Editorial Médica Panamericana. 2003. pp 217-239*
17. Verdolini K, Ramig LO. *Review: occupational risks for voice problems. Logoped Phoniatr Vocol. 2001; 26(1):37-46.*
18. Laukkanen AM, Lindholm P, Vilkman E. *Phonation into a tube as a voice training method: acoustic and physiologic observations. Folia Phoniatr Logop. 1995; 47(6):331-8.*
19. Vilkman E. *Occupational safety and health aspects of voice and speech professions. Folia Phoniatr Logop. Folia Phoniatr Logop. 2004 Jul-Aug; 56(4):220-53.*
20. Rocha L, Behlau M, Mattos L. *Behavioral Dysphonia and Depression in Elemmentary School Teachers. Universidade Catolica de Pelotas. Pelotas, Brasil. Journal of Voice. Vol. 29, No. 6, pp. 712-717-2015*
21. Preciado J, Pérez C, Calzada M, Preciado P. *Incidencia y prevalencia de los trastornos de la voz en el personal docente de La Rioja. Estudio clínico: cuestionario, examen de la función vocal, análisis acústico y vídeolaringoestroboscopia. Servicio ORL. Hospital San Millán-San Pedro. Logroño, La Rioja. Acta Otorrinolaringol Esp 2005; 56: 202-210*
22. Myint C, Moore JE, Hu A, Jaworek AJ, Sataloff RT. *A Comparison of Initial and Subsequent Follow-Up Stroboscopic Examinations in Singers. Journal of Voice, Vol. 30, No.4, 2015; pp. 472-477*
23. Saavedra-Mendoza AG, Akaki-Caballero M. *Guía de práctica clínica de disfonía basada en evidencia. An Orl Mex 2014; 59:195-208.*
24. Hirano M, Bless DM. *Videostroboscopic Examination of the Larynx. Singular Publishing Group, San Diego, 1993*
25. Mines A, Ramos L. *Música para fonoaudiólogos. Ed. Akadia. 2009*
26. Gurlekian JA, Torres H, Vaccari ME. *Comparison of Two Perceptual Methods for the Evaluation of Vowel Perturbation Produced by Jitter. Journal of Voice, Volume 30, Issue 4, July 2016, Pages 506.e1–506.e8*
27. Gurlekian JA, Cossio-Mercado C, Torres H, & Vaccari ME. *Subjective evaluation of a high quality text-to-speech system for Argentine Spanish. Proceedings of Iberspeech, Madrid, Spain. 2012*
28. Rodríguez I.: *Estroboscopia en Pediatría, VII Manual de Pediatría Disfonías Infantiles AAOFP, Buenos Aires, 24-29, 2014*
29. Woo P. *Stroboscopy. San Diego California USA, Plural Publishing, Inc 2010*

COMUNICACIONES CORTAS

APLICACIÓN DE TAPING NEURO FASCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES ORALES RELACIONADAS A PATOLOGÍAS DE LA OCLUSIÓN. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.



Autores:

María Eugenia Mateu (1), Lic. Mariana Ríos (2), Sandra C. Benítez Rogé (3)

- (1) Profesora Titular de la Cátedra de Ortodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. maeuma2006@yahoo.com.ar
- (2) Jefa de trabajos prácticos del servicio de Ortodoncia de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. fono. marianarios@gmail.com
- (3) Docente Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Ortodoncia de la Facultad de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Carrera de Especialistas en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad de Morón. Disertante nacional e internacional.

Colaboradores:

Lic. Facundo Caloggero (1), Prof. Dr. Néstor Mauriño (2), Odontóloga María del Carmen Minutolo (3), Dra. Alejandra Folco (4).

- (1) Kinesiólogo y fisiatra. Co creador de Taping Neuro Fascial y Terapia Neuro Fascial.
- (2) Cirujano Máxilo Facial.
- (3) Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
- (4) Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

*Este trabajo no cuenta con financiación alguna.

RESUMEN

Rehabilitar las funciones orales es un tratamiento vinculado a la aplicación de técnicas motrices orofaciales destinadas a recuperar las capacidades perdidas, restituyendo el estado de equilibrio y salud. Como metodología terapéutica se implementó el uso de la técnica de kinesiotaping que utiliza vendas elásticas que estiran la piel generando “convoluciones” con el consecuente incremento del espacio intersticial, estimulando receptores del sistema somatosensorial, permitiendo por diferentes mecanismos de acción, la reeducación neuromuscular, el aumento de la circulación, el drenaje linfático, la reducción de la inflamación y el dolor^{1, 2, 3}. El objetivo del trabajo es estudiar si aparecen o no ventajas del vendaje adhesivo elástico en la resolución de los problemas funcionales de pacientes ortodóncicos y ortodóncico-quirúrgicos. Se eligieron cuatro pacientes ortodóncicos a los cuales se les aplicaron las vendas elásticas utilizando la técnica muscular con el propósito de rehabilitar las funciones de respiración y deglución y al paciente ortodóncico-quirúrgico se le realizó la técnica desinflamatoria. Los resultados fueron evaluados de forma estática y dinámica, se tomaron fotos antes, durante y posteriores al tratamiento y se realizaron cuestionarios de evaluación y seguimiento a los pacientes. En el paciente quirúrgico, se observó una disminución del edema y en el tratamiento de las disfunciones orales se observó un progreso en la recuperación de las funciones respiratoria y deglutoria.

Palabras clave: vendaje adhesivo elástico - Kinesio taping - sistema estomatognático - edema - disfunción

APPLICATION OF NEURO FASCIAL TAPING IN THE TREATMENT OF ORAL DYSFUNCTIONS RELATED TO PATHOLOGIES OF OCCLUSION

ABSTRACT

Rehabilitation of oral functions is a treatment linked to the application of techniques aimed at regaining lost abilities and recovering a balanced and healthy state. As therapeutic methodology was implemented the use of kinesio taping technique, that uses elastic bands that stretch the skin and generate “convolutions” with the resulting increase in interstitial space, stimulating somatosensory system receptors, allowing -through different mechanisms of action- neuromuscular re-education, increased blood flow, lymphatic drainage, decreased inflammation and pain ^{1, 2, 3}. The objective is to study the advantages of elastic adhesive dressing in the resolution of functional problems in orthodontic and orthodontic-surgical patients. Four orthodontic patients and one orthodontic-surgical patient were treated with elastic bandages (muscular technique) for the purpose of rehabilitating breathing and swallowing functions. In one patient, the anti-inflammatory technique was first applied, due to recent orthognathic surgery. The results were evaluated statically and dynamically, photos were taken before, during and after treatment, and patient evaluation questionnaires were performed. Edema had a rapid resolution, and in the treatment of oral dysfunctions significant progress was observed in breathing and functional swallowing.

Keywords: elastic adhesive tape - kinesio taping - stomatognathic system - edema - dysfunction

INTRODUCCIÓN

Kinesio Taping es una técnica japonesa desarrollada por el Dr. Kenzo Kase que consiste en la aplicación de vendas elásticas adhesivas que no restringen el movimiento sobre la piel de zonas a tratar y cuya acción se traslada al sistema musculoesquelético y linfático. Esta técnica trabaja sobre la musculatura generando tensión y permitiendo estabilidad articular, estimulando la circulación y reduciendo el dolor y la inflamación; a partir de estos principios se creó el Taping Neuro Fascial (TNF®)^{1, 2,3} o Vendaje Neuromuscular, producto de la aplicación y combinación de conceptos anatómicos, fisiológicos y biomecánicos que contempla el Tejido Fascial. El Taping Neuro Fascial cumple con dos objetivos. El terapéutico: el cual encierra diferentes afecciones derivadas de las distintas ramas como la rehabilitación en traumatología, neurología, pediatría, linfología. El preventivo: para evitar recidivas o disminuir factores de riesgo.

La venda elástica que se utiliza presenta características similares a las de la piel por el grosor y la elasticidad; no limita el movimiento; es de algodón y adhesiva, posee una capa de pegamento hipoalergénico de cianoacrilato que produce la elevación de la piel, no genera irritación y tampoco olor ya que favorece la transpiración. Presenta un pre estiramiento inicial de un 10% al que se puede adicionar más tensión de acuerdo a las variantes de la técnica; siempre se coloca en sentido longitudinal, en sentido transverso la venda no presenta elasticidad. La capacidad de estiramiento es hasta un 120 a 140 % adicional de su longitud inicial lo cual permite aplicar diferentes tensiones a lo largo del tratamiento e igualaría la elasticidad de la piel. La cantidad de venda a utilizar dependerá de la estructura corporal del paciente y de las técnicas que se puedan combinar¹.

El tiempo de vida útil de la venda aplicada sobre la piel que es de entre 5 días.

Se fabrica en diferentes colores de acuerdo a la filosofía de la medicina oriental. (cromoterapia)

El color beige fue el primero y es neutro.

El turquesa tiene su origen en el mar y por eso se usa para desinflamar.

El fucsia se usa para aumentar la circulación en patologías crónicas.

El color negro tiene el efecto de captar mayor temperatura por eso se utiliza para favorecer la energía corporal.

El principio fundamental de este vendaje funcional es mantener activa la funcionalidad neuro senso fascial (tejido conectivo) lo cual no es posible con los vendajes tradicionales. Para comprender la acción de la venda hay que destacar la estrecha interrelación entre la piel y el tejido fascial (tejido conectivo) y éste a su vez con el aparato músculo-esquelético, formando una unidad funcional. Por lo tanto, los estímulos y acciones mecánicas que se producen en el vendaje neuromuscular se transmiten a la piel, de la piel al tejido conectivo (fascia) y de allí a los músculos involucrados. El efecto de la terapia dependerá de la tensión aplicada sobre la zona a tratar; en función de dicha tensión aparecerán una serie de pliegues denominados “convoluciones” que levantan la piel aumentando el flujo sanguíneo y linfático en la zona, (produciéndose disminución de la inflamación y el dolor). Por otro lado, al no verse limitado el movimiento articular, la actividad neuro fascial se ve facilitada permitiendo la biomecánica de los tejidos blandos, sin comprimir la circulación

sanguínea, venosa y linfática. El efecto fisiológico del vendaje es su incidencia sobre la piel con estímulos aferentes hacia el sistema nervioso central, desencadenando las respuestas neurofisiológicas deseadas.

Entre las distintas técnicas que se pueden aplicar de kinesio taping podemos mencionar: técnica fascial muscular, técnica fascial ligamentaria, técnica fascial tendinosa, técnica fascial de corrección postural y articular, técnica para aumentar el espacio transversal subdérmico, técnica desinflamatoria, técnicas específicas para cicatrices, fibrosis y hematomas, técnica de corrección fascial, técnica para frenar posiciones finales y técnicas fasciales segmentales. (Caloggero, Clavel) Para la realización de dichas técnicas es necesario tener en cuenta determinados principios de aplicación sobre la tensión que se debe aplicar en la venda.

Entre las contraindicaciones a la técnica que debemos tomar en consideración podemos mencionar: alteraciones en la piel, heridas, irritaciones, alergia, edema generalizado, embarazo, carcinoma, diabetes, trombosis.

Marco teórico

Es entre la cuarta y décima semana de gestación cuando la estructura maxilofacial se encuentra activamente en formación; posteriormente se van desarrollando los reflejos de succión y deglución que facilitan, que al nacer el neonato, estén coordinados neuro- muscularmente².

A este díptico, que conforman la succión y la deglución en el recién nacido (RN) de término se le acoplará la respiración, recién estrenada en el momento de nacer, que luego de un tiempo necesario para organizarse se transformará en un tríptico funcional interdependiente¹⁰, que le permitirá al recién nacido poder alimentarse de manera natural a través del pecho materno o de manera artificial mediante leche de fórmula, siempre y cuando no se presentan otras complicaciones.

Es así como la succión funcional pasa a ser una de las primeras y más complejas habilidades integradas sensorio-motrices del recién nacido. La misma será partícipe de las funciones del sistema estomatognático (SE) o funciones orales junto con la masticación y fonación-habla. Estas funciones se establecen por sistemas que interactúan entre sí, se influyen y se sostienen determinando una estabilización recíproca, tanto que la inestabilidad de un subsistema condiciona la inestabilidad de los otros; se trata de una interdependencia neurofisiológica, estructural y funcional¹¹. Por lo tanto, si el RN no puede succionar bien por diversas causas, por ejemplo, por presentar alteraciones respiratorias, tendrá problemas alimentarios^{12, 13}.

La eficacia de las funciones motoras orales dependerá de un adecuado patrón de integración y sincronización de las estructuras de los labios, mejillas, lengua y paladar durante la succión. Cuando ese patrón se altera por diversos motivos estaremos en presencia de lo que se denomina disfunción motora oral^{14, 15}.

La disfunción motora oral puede ser primaria o secundaria. La primaria se debe a alteraciones estructurales del SE tales como retrognatia, frenillo lingual corto, fisuras labio-alveolo-palatinas (FLAP), alteraciones neurológicas de base, inmadurez, patologías respiratorias que alteran el adecuado funcionamiento de las vías aéreas superiores además del comportamiento funcional del

contacto bilabial en reposo y en deglución. La secundaria es debido a prácticas hospitalarias iatrogénicas tales como el uso de chupetes y de biberones durante el período neonatal, la separación madre bebé, ausencia de contacto piel con piel (COPAP), dolor facial por parto instrumentado (uso de fórceps) y anestias durante el parto como la epidural.

Las disfunciones motoras orales pueden ocasionar hábitos orales difíciles de corregir, aunque algunos de ellos pueden revertirse si son tomados en cuenta durante el período neonatal por ejemplo el corte del frenillo lingual.

Con la aparición de las piezas dentarias y de la maduración del sistema nervioso central responsable entre otras cosas de controlar y coordinar las funciones orales (succión, deglución y respiración) el niño comienza a masticar y a incorporar diferentes texturas y consistencias. La masticación que es una actividad motora compleja, a medida que la dentición decidua se completa, comienza a estabilizar los movimientos mandibulares⁴.

El contacto con diferentes texturas, formas y sabores es condición imprescindible para el desarrollo de una buena función masticatoria⁵. Paralelamente, se producen otros cambios tales como el descenso laríngeo y la iniciación del habla en el niño pequeño. La lengua se separa de los rebordes alveolares y ocupa un lugar más posterior, facilitando el contacto labial en reposo y en deglución. Al comienzo se habla de deglución infantil o somática, de allí se establece una progresión y especialización funcional en la que la lengua ocupará un lugar contactando con el paladar duro en reposo y en deglución; sus movimientos se independizan de los movimientos mandibulares (ya no son en bloque); comenzando entre los 5 y 6 años la deglución madura, siendo similar a la del adulto⁵.

Teniendo en cuenta la interrelación entre la forma de la estructura maxilofacial y las funciones orales, el sistema biológico sufre cambios evolutivos y adaptativos que aseguran la supervivencia y a su vez es influenciado por el medio ambiente desde muy temprana edad (etapa neonatal)^{1,14}.

KINESIO TAPING EN FUNCIONES ORALES

En la actualidad la técnica de TNF®, utilizada para reprogramar las funciones orales, ha cobrado relevancia por considerarla efectiva, económica, no invasiva, necesitando mínima colaboración del paciente, además de poder ser utilizada en pacientes de cualquier edad.

Las alteraciones de diferente grado de severidad de la musculatura (comunicación y mímica gestual) y de las funciones orales (habla, deglución, respiración y masticación) generadas como producto de disgnacias oclusales deben necesariamente ser tratadas a partir de la corrección del problema oclusal propiamente dicho y la resolución de los problemas agregados que dicha disgnacia genera en consecuencia en el SE.

Su tratamiento puntual en ocasiones puede ser resuelto con desgastes selectivos que permitan eliminar contactos oclusales prematuros que generando deflexión mandibular obligan a la mandíbula a modificar su posición, con la consecuente modificación de la posición normal del cóndilo en la cavidad glenoidea, lo que produce tensiones y alteración de posiciones normales de las articulaciones temporomandibulares y los músculos masticatorios. Otras veces, la patología oclusal se debe tratar con rehabilitaciones orales, ortodoncia y hasta la cirugía ortognática para

lograr su corrección. La corrección de la oclusión lograda por las diferentes posibilidades antes mencionadas, no resuelven completamente el problema generado en el SE el cual se vio afectado tratando de compensar la patología con estiramiento, tensión, etc., por lo que junto con los especialistas, que van a actuar sobre lo antes mencionado, se necesita la interacción de otras especialidades como la fonoaudiología y la kinesiología que devuelvan las funciones alteradas a una situación de nuevo equilibrio. El trabajo interdisciplinario es fundamental, siempre que exista alteración de la función, el trabajo conjunto con la fonoestomatología y kinesiología es imprescindible si se quiere obtener soluciones con resultados duraderos a largo plazo ^{4, 5, 6, 8, 16}.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Forma y función intervienen en la conformación de la estructura maxilofacial desde muy temprana edad, la atención del paciente con anomalía dentomaxilar, en el que la forma y función se encuentran alteradas, requerirán del uso de aparatología de ortopedia funcional y/o de ortodoncia, conjuntamente con técnicas que posibiliten la recuperación de las capacidades perdidas, restituyendo el estado de equilibrio y salud.



FOTO 1: Cintas elásticas

OBJETIVOS

El objetivo general fue aplicar la TNF® para explorar los resultados en la reconducción de las funciones orales, permitir el trabajo armónico del sistema estomatognático (SE), adecuar la estabilidad funcional oral (respiratoria y deglutoria), y disminuir o tratar de evitar la recidiva ^{4, 5, 6}. Los objetivos específicos en los pacientes donde se aplicó la técnica muscular fue aumentar la tensión del orbicular de los labios y además en el paciente quirúrgico disminuir el edema a nivel de la fosa canina de la mejilla izquierda.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de carácter exploratorio, y se llevó a cabo de manera integral e interdisciplinaria por un equipo conformado por profesionales de los servicios de Ortodoncia, Fonoaudiología y Cirugía Ortognática de la UBA, Facultad de Odontología. Se trabajó con pacientes que concurrieron a la FOUBA para ser atendidos por presentar patologías ortodóncicas y ortodóncico -quirúrgicas con el consecuente desequilibrio del SE.

Del total de los pacientes atendidos por el servicio de ortodoncia y fonoaudiología, se incluyeron pacientes con alteraciones funcionales (respiratorias y deglutorias). Se han seleccionado cuatro pacientes adultas de sexo femenino con aparatología fija que presentaban incompetencia bilabial en reposo con tono muscular orofacial disminuido y en deglución con respiración mixta a predominio bucal sobre todo durante la hora del sueño y una paciente posquirúrgica por maloclusión que además de las características ya mencionadas, presentaba edema a la altura de la fosa canina de la mejilla izquierda^{4, 5, 6}. Se excluyeron pacientes que presentaba alteraciones neurológicas o fisura labio alveolo palatina (FLAP).

A este grupo de pacientes se les aplicó dentro del tratamiento fonoaudiológico, la técnica de TNF®. El rango de edades osciló entre los 15 y 35 años todos con el tratamiento de ortodoncia iniciado y problemas funcionales detectados. También se incluyó para el uso de dicha técnica a la paciente con edema posquirúrgico.

Los pacientes fueron evaluados clínicamente, con pruebas de semiología clínica que incluyen las respiratorias y deglutorias utilizando los test de respiración y de deglución de la Cátedra de Ortodoncia⁹, excluyendo cualquier patología obstructiva de vías aéreas superiores, fotos y filmaciones⁷.

Al tiempo del tratamiento ortodóncico y terapia funcional con ejercitación de motricidad orofacial se comenzó con la aplicación de la terapia de TNF®. Las vendas fueron colocadas, siempre estirándose en sentido longitudinal y el tamaño fue acorde a la estructura facial a trabajar. Para ello debió entrenarse al paciente para adecuar su uso de acuerdo a cada necesidad. Para la técnica muscular las vendas se colocaron sobre el orbicular en su totalidad y para la técnica desinflamatoria sobre ambas mejillas teniendo en cuenta principios anátomo fisiológicos del sistema de drenaje linfático, se aplicó en ambos lados para comparar de un lado y del otro.

El tiempo de uso fue durante un lapso de siete días. Las vendas eran colocadas por la noche antes de ir a dormir, quitándose por la mañana antes de comenzar con sus actividades diarias.

En cada caso se aplicó una técnica diferente de TNF®. (Técnica Desinflamatoria o Técnica Muscular respectivamente)^{4, 5, 6, 8, 9}.

En todos los casos se sacaron fotos previas al tratamiento, y luego de transcurridos los siete días de tratamiento, evaluándose la posición de los labios en estado de reposo:

- a. contacto labial,
- b. gap labial de hasta 3mm,
- c. contacto labial mayor a 3mm.

También se evaluó el tono muscular perioral:

- a. sin modificación del tono
- b. aumento del tono muscular.

Durante el transcurso de la aplicación de dicha técnica se realizaron reportes diarios sobre el confort o no del paciente. Se estableció un parámetro de medición en grilla que se describe luego del retiro de las vendas:

- a. sin aumento del confort
- b. aumento leve del confort
- c. aumento evidente del confort.

Se realizó un reporte diario de cada paciente, sobre su función respiratoria:

- a. se levantaba con la boca seca
- b. se levantaba con la boca humectada

Por último, se evaluó durante el día la posición labial o cierre bucal:

- a. boca siempre abierta
- b. boca abierta por momentos
- c. boca siempre cerrada.



FOTO 2, 3, 4 Y 5: Paciente con edema

RESULTADOS

En el caso de la aplicación de la técnica muscular para aumentar la tonicidad bilabial, los pacientes manifestaron cambios durante los períodos de reposo bilabial (esquema corporal bucal), mayor conciencia del cierre de los labios, más comodidad y expresaron mayor confort.

En el caso de la aplicación de la técnica desinflamatoria, la paciente manifestó mayor confort a partir del tercer día de aplicación de las vendas.

Se observó una vez mejorada la funcionalidad, aumento del tono del orbicular, competencia bilabial sostenida en estado de reposo, durante el habla y la deglución, la disminución del tono de los músculos paramentonianos para asegurar el cierre de los labios. La respiración se volvió predominantemente nasal y sin esfuerzo en estado de reposo como en función, sobre todo durante la masticación^{4,5}.



FOTOS 6, 7 y 8: Paciente con incompetencia bilabial

DISCUSIÓN

La disciplina de la fonostomatología, mediante un protocolo de evaluación muscular y funcional del sistema estomatognático establece una hipótesis diagnóstica y se programan ejercicios musculares y de rehabilitación de las funciones de acuerdo a las necesidades del paciente, tanto del niño como del adulto.^{8,9}

Uno de los grandes desafíos tanto en el área de la oclusión como en la fonostomatología es asegurar que el paciente logre un adecuado sello labial sin esfuerzo; lo cual asegura que pueda hablar sin desviaciones en la articulación de los fonemas bilabiales, respirar adecuadamente, masticar (triturar bien el alimento mezclándolo debidamente con la saliva para formar el bolo) y deglutir sin problemas (Logemann, 1983-1988); sin olvidar el factor estético resultante.

En la actualidad no se han encontrado en la bibliografía suficientes registros de estudios comparativos objetivos sobre el grado de efectividad de la técnica TNF® en aquellos pacientes que presentan disfunciones que compromete a su SE; sin embargo actualmente la técnica de TNF®, es utilizada para recuperar las funciones orales, adquiriendo efectividad y demandando mínima colaboración del paciente.¹⁸

Se comparten resultados de efectividad con trabajos realizados por otros autores ¹⁹ que han observado cambios favorables en la rehabilitación de los problemas funcionales, pero se necesita mayor casuística para poder objetivar los resultados. También hay trabajos desarrollados en donde no se pudo comprobar la efectividad de la técnica, pero al igual que los trabajos que muestran efectividad, carecen de un número elevado de casos que permitan realizar una conclusión definitiva.²⁰

A partir de este trabajo exploratorio con dicha técnica se presenta la necesidad de seguir trabajando para objetivar los resultados con una muestra mayor de pacientes

CONCLUSIONES

La fonoestomatología cuenta con terapias tradicionales y se va renovando en busca de mejoras en los resultados, una de las innovaciones en este aspecto es la técnica de TNF®. Entre sus aplicaciones podemos mencionar la colocación de las vendas alrededor del orbicular de los labios para producir el sellado bilabial, posibilitando reconducir, estabilizar y prevenir la modificación de la respiración funcional, favoreciendo la masticación funcional a través de un cierre adecuado bilabial y evitando el escape de saliva.

Habiendo podido observar la mejora funcional y la rápida respuesta en la disminución del edema en comparación con técnicas convencionales, nos hace presumir un cambio de paradigma en la recuperación posquirúrgica y en la estabilización del tratamiento ortodóncico y ortodóncico-quirúrgico a partir del tratamiento transdisciplinario e integral con la incorporación de la técnica de TNF® en la rehabilitación de funciones orales ¹⁸; pero es necesario continuar trabajando en la búsqueda de resultados cuantitativos que respalden científicamente nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caloggero F, Clavel D. Vendaje Elástico Adhesivo Taping Neuro Fascial. Manual Teórico Práctico. 2012.
2. De Castro Huelves B. Indicaciones, ventajas e inconvenientes y probable utilización en trastornos de la comunicación verbal, del vendaje neuromuscular. Univ. Valladolid. Escuela Universitaria de Fisioterapia. Soria. 2014
3. Chicaíza X. Vendaje neuromuscular: Efectos neurofisiológicos y el papel de las fascias. Rev. Cienc. Salud. 2014; 12 (2):253-69
4. Queiroz Marchesan Irene. Fundamentos de Fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral. Editorial Médica Panamericana. 2002. Zambrana N, Toledo González L, Lopes D. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo.
5. Terapia miofuncional. Editorial Masson. 1998.
6. Segovia M.L. Interrelaciones entre la Odontostomatología y la Fonoaudiología. Editorial Médica Panamericana. Segunda edición. 1992.
7. Ríos M. El Respirador Bucal. Rev. Fac. de Odon.UBA. 1996. Vol 16. Nº 42.
8. Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A. Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines. Instituto de Orientación Psicológica Asociados, S.L.; 2014.
9. Mateu ME, Vasallo AD, Bertolotti C, Schweizer H, Benitez Rogé S, Gastaminza I, Calabrese D, Hecht P, Folco AA. Diagnóstico clínico de funciones orales. Estudio comparativo de dos métodos de Valdés, Schellhorn H. Manual de lactancia materna. Gobierno de Chile. 1997.
10. Cedeño Ortiz P. Biomecánica Ingesta – Respiración – Deglución. El Desafío fono audiológico en la intervención. <https://es.scribd.com/doc/57320109/BIOMECANICA-2-Fqa-Nidia-Patricia-Cedeno-O>
11. Rendón Macías M, Serrano Meneses G. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Bol. Med Hosp Infant Mex 2011, 68 (4):319-327.
12. Costas M, Shelly S, Godoy C, Martel M. Patrones de succión en el Recién Nacido de término y pre término. Rev. Chilena de Ped. V.77 n: 2. Santiago abr.2006, 198-212.
13. Chiavaro Norma. Funciones y disfunciones estomatognáticas. Concepto, metodología y técnica neuromuscular – funcional en el diagnóstico interdisciplinario. Técnica NMF- METODO CHIAVARO. Editorial Akadia. 2011
14. Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization. Phys Occup Ther Pediatr 1986, 6: 35-55.
15. Cedeño P. Prótesis orales y fonoaudiología. Centro en fonoaudiología clínica. Colombia.
16. Lin CL, Wu WT, Chang KV, Lin HY, Chou LW. Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty: A case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2016 Aug; 95 (31): e4458.
17. Vivanco f. Efectividad del vendaje neuromuscular en la terapia de niños <https://prezi.com/e6gj3a85wejq/efectividad-del-vendaje-neuromuscular-en-la-terapia-de-ninos/?webgl=0>
18. Mata I. Utilización Vendaje Neuromuscular en diafragma anterior en niños con discapacidad motriz grave y trastornos respiratorios acusados (estudio de dos casos clínicos) 2013 www.efisioterapia.net/articulos/utilizacion-vendaje-neuromuscular-diafragma-anterior-ninos-discapacidad-motriz-grave-y
19. R. Hombrados-Hernández, E. Segura-Ortí, M.A. Buil-Bellver. Efectos de la aplicación del Kinesio taping™ en el diafragma en el resultado la cicloergoespirometría y la prueba marcha de 6 minutos. Fisioterapia 2011; 33:64-9

HOMENAJES



Profesora Doctora Matilde Lauberer

Presente.

Ayer hoy y mañana estará presente la querida Tili Lauberer en la historia, el respeto y el cariño de tantas generaciones de fonoaudiólogas que heredaron su conocimiento y disfrutaron de su presencia y amistad.

La “alemana” como la llamaba el Dr. Santiago Arauz, el eterno jefe de Tili en el Hospital Rivadavia fue una hermosa mujer, alta, esbelta, muy alegre pero firme en su trabajo y exigente al máximo en el cumplimiento y dedicación.

Fue, diría yo, el Rivadavia, el hospital escuela en el área de la audiolología de su tiempo y lo que antes fuera la dupla TATO- SARRAIL, se continuó con ARAUZ - LAUBERER.

Para los que no conocen su trayectoria es importante reseñar que cursó la Carrera de Fonoaudiología en la UBA y más tarde la Licenciatura y el Doctorado en Fonoaudiología en la UMSA.

Desde sus comienzos fue una docente nata, desempeñándose como tal en el 1° Curso Regular Universitario de Fonoaudiología, creado por el Prof. Tato en 1949. Continuando dicha vocación desde las cátedras de la Carrera y luego Licenciatura en Fonoaudiología de UBA de la que fue Docente Consultora.

Integró el Comité de Ética de ASALFA, tarea que sólo por su título indica la personalidad, integridad y honestidad de los elegidos como ejemplo y responsables de asumirlo, cumpliendo con las normas morales profesionales.

También comunicó experiencia y difundió hallazgos de sus permanentes investigaciones en Cursos, Jornadas, Congresos y Revistas de la especialidad lo cual trascendió del ámbito nacional al latinoamericano por lo que fue distinguida y premiada como “ Profesora Honoraria” por la Facultad de Fonoaudiología de la Universidad del Aconcagua, “Benefactora de la Fonoaudiología Argentina “ por AFA (Asociación Fonoaudiológica Argentina) . “ Maestra de la Fonoaudiología Argentina” por ASALFA (Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología) y “Premio a la Trayectoria” durante el acto inaugural de ASARA (Asociación Argentina de Audiología) el 8 de agosto de 2004 cuando ya estaba retirada del ejercicio profesional.

Fue miembro titular de la Comisión Nacional de lucha contra la Sordera (CONALUS) misión que la ocupó y preocupó desde 1986 hasta su fallecimiento.

Esos son títulos y distinciones, muy merecidos sin duda y difíciles de alcanzar, pero cuando asumí la tarea de recordar la figura de Tili Lauberer, no pensé en todo este cúmulo de “papeles y medallas”, pensé en la suerte que tuvimos muchos colegas de estar cerca de semejante mujer.

Capaz, sensible, alegre, cumplidora hasta el sacrificio, estudiosa y exigente...

Exigente consigo misma y con sus discípulas, exigente en su permanente progreso, en su presencia física, en su pulcritud.

La Dra Matilde Lauberer falleció en Bs. As. en marzo del 2014 pero Tili quedó en la identidad de las audiólogas, como la temida profesora, la brillante profesional y la muy querida amiga.

Gracias por permitirme recordarlo y expresarlo.

Gracias TILI LAUBERER

Alicia Zubizarreta de Fernández

Buenos Aires. Julio de 2017

NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA FONOAUDIOLÓGICA

Integra el Catálogo Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

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) recogidas en el documento “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”. Se accede a la versión traducida “Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas” (última revisión de la traducción: 30 de Julio de 2012) a través del siguiente link:

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

La Revista FONOAUDIOLÓGICA consta de las siguientes secciones básicas:

- Editorial
- Trabajos Originales
- Comunicaciones cortas (trabajos de investigación o presentación de casos clínicos de menor extensión)
- Artículos de Revisión
- Notas Clínicas
- Presentaciones a Congresos
- Traducciones
- Críticas de Libros (comentarios a obras literarias destacables por aspectos diversos relacionados con la Fonoaudiología)
- Noticias varias
- Homenajes
- Cartas al Director

Los autores pueden sugerir la sección que consideren más apropiada para valorar su publicación, aunque el Comité Editorial no asume el compromiso de seguir dicha sugerencia.

Los trabajos se acompañarán de una carta de presentación dirigida al Director de la Revista FONOAUDIOLÓGICA, donde se hará constar la conformidad de todos los autores con los contenidos del manuscrito y los posibles conflictos de interés con todos ellos.

El cuerpo del artículo será de acuerdo al siguiente esquema:

- **Trabajos Originales:** Introducción, Objetivo, Pacientes (o Sujetos o Materiales) y método, Resultados, Discusión, Conclusiones. (Ver Normas para la elaboración de los trabajos científicos).
- **Notas Clínicas:** Introducción, Caso/s clínico/s, Discusión.
- **Artículos de Revisión:** Introducción, Objetivo, Desarrollo (con los subtítulos que el autor crea convenientes) y Conclusiones.

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. Referencias bibliográficas.** La bibliografía se citará en secuencia numérica consecutiva de acuerdo con su orden de aparición. Los títulos de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el

estilo usado en el Index Medicus de la National Library of Medicine NLM) de EEUU. Consultar la "List of Journals Indexed" que se incluye todos los años en el número de enero del Index Medicus (ver <http://www.nlm.nih.gov>)

Formato de texto. Recomendamos usar formato Word (u otro compatible), tamaño de página A4, tipo de letra Arial 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 apellido de cada uno de los autores por orden de autoría especificando el rango académico más elevado alcanzado por cada uno de ellos y su centro de trabajo, siendo el primer autor el investigador principal (consignar sus señas de contacto); nombre y apellido del autor responsable de la correspondencia y sus datos de contacto (dirección, número telefónico y correo electrónico), que puede no ser el autor principal. Se debe especificar la fecha de envío del trabajo y si el mismo contó con algún tipo de financiación. Se deberán evitar las abreviaturas.

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 gráficos. 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. Deberán estar en formato imagen.

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).

Referencias bibliográficas. La bibliografía se citará en secuencia numérica consecutiva de acuerdo con su orden de aparición. Los títulos de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus de la National Library of Medicine (NML) de los Estados Unidos. Consultar la "List of Journals Indexed" en <http://library.bjmu.edu.cn/ejym/dzfu/lijweb.pdf>

Envío del trabajo científico. Se remitirá por vía electrónica a la siguiente dirección: revistafonoaudiologica@asalfa.org.ar. En el "asunto" se colocará la leyenda "Artículo para la Revista FONOAUDIOLOGICA".

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 FONOAUDIOLOGICA y ASALFA no comparten necesariamente las afirmaciones que en el artículo manifiestan los autores.

Herramientas de ayuda para elaborar los trabajos científicos

www.icmje.org

[www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos de Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)

<http://library.bjmu.edu.cn/ejym/dzfu/lijweb.pdf>

Traspaso de Derechos (Copyright).

Revista FONOAUDIOLOGICA adquiere los derechos de los trabajos publicados, que comprenden la distribución y reproducción de éstos. Su reproducción total o parcial deberá ser convenientemente autorizada. Para ello, todos y cada uno de los autores deben transferir por fax dichos derechos a Revista FONOAUDIOLOGICA una vez registrado el trabajo.

Cuando envíe un trabajo a Revista FONOAUDIOLÓGICA, recuerde:

1. Leer atentamente las normas de envío de trabajos y comprobar que el artículo satisfaga todos los requisitos. Un artículo puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.
2. Remitir el trabajo por correo electrónico a: revistafonoaudiologica@asalfa.org.ar
3. El resumen debe estar estructurado y contener no más de 250 palabras.
4. Incluir al menos 6 palabras claves.
5. El artículo debe ceñirse a la extensión y al número de figuras, citas y referencias bibliográficas máximos señalados.
6. La bibliografía debe cumplir estrictamente las normas de publicación.
7. Verificar responsabilidades éticas y no olvidar declarar la existencia o inexistencia de conflictos de interés.
8. Especificar los datos de cada uno de los autores.
9. Transferir los derechos a Revista FONOAUDIOLÓGICA