



3 Identidad Profesional y Fonoaudiología

Reflexiones
y Fundamentos Prácticos

Autores

Antonieta Herrera Lillo, Marcelo Sandoval Ramírez



Antonieta Herrera Lillo

Nacida en Santiago, realiza sus estudios de Fonoaudiología en la Universidad de Valparaíso, Magíster en Fonoaudiología, Mención Lenguaje y Magíster en Educación Superior e Investigación Aplicada. Actualmente se desempeña como parte del cuerpo académico de la Universidad Viña del Mar.



Marcelo Sandoval Ramírez

Nacido en Viña del Mar, realiza sus estudios de Fonoaudiología en la Universidad de Valparaíso, Magíster en Bioética por la Universidad de Chile. Vinculado académicamente a la Universidad Viña del Mar, Andrés Bello y de Playa Ancha.

Colección Ciencia Nómada 3
Identidad Profesional y Fonoaudiología:
Reflexiones Y Fundamentos Prácticos

Autores

© 2022. Antonieta Herrera Lillo, Marcelo Sandoval Ramírez
© 2022. Universidad Viña del Mar

Director de colección

José Rivera Soto

Director de arte

Xavier Adaros Manríquez

Corrección

Catalina Arancibia Durán

Diseño y diagramación

Vinka Darlić Maureira

Impresión

Maval Ltda., Chile/80 ejemplares, 2022

ISBN

978-956-8135-17-1

RPI

2021-A-9837

Ediciones UVM

ediciones@uvm.cl



3 **Identidad Profesional y Fonoaudiología**

Reflexiones
y Fundamentos Prácticos

*A todos nuestros estudiantes y colegas que eligieron el camino del
espacio comunicativo*

Contenidos

PRÓLOGO	8
INTRODUCCIÓN	10
1. IDENTIDAD PROFESIONAL, REFLEXIONES DESDES EL SER Y EL HACER	13
1.1. Identidad para mirar la profesión	14
1.2. Profesión para mirar la identidad profesional	15
1.3. Antecedentes de la fonoaudiología en latinoamerica	17
1.4. Bases éticas para la fonoaudiología	23
1.5. ¿Somos competentes o excelentes?: Fonoaudiología y perfiles de egreso	30
1.6. Valores y fonoaudiología: Una propuesta para el êthos	33
1.7. Propuesta axiológica	37
1.8. Dimensiones axiológicas	38
1.9. Comunicación: Reflexiones para la fonoaudiología	44
1.10. Referencias bibliográficas	50
2. FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DEL QUEHACER PROFESIONAL	53
2.1. Políticas públicas y rol fonoaudiológico: Una revisión del marco legal para las acciones en torno a la infancia y adolescencia	54
2.1.1. Introducción	54
2.1.2. Desarrollo de políticas para la infancia y adolescencia a nivel mundial	56
2.1.3. Intervención temprana: El paradigma que promueve acciones a nivel mundial	57
2.1.4. Intervención en la adolescencia: Un paradigma que se desarrolla de manera progresiva a nivel mundial	60
2.1.5. Desarrollo de políticas para la infancia y adolescencia en latinoamérica	63
2.1.6. Desarrollo de políticas para la infancia y adolescencia en Chile	65
2.1.7. Chile crece contigo: la estrategia nacional que visibiliza la importancia de la intervención temprana	68
2.1.8. Política nacional de niñez y adolescencia 2015 – 2025, un sistema integral de garantías de derechos	70
2.1.9. Fonoaudiología y políticas para salud	72
2.1.10. Cobertura de fonoaudiología en la actualidad	76

2.1.11. Fonoaudiología y políticas para educación	79
2.1.12. Fonoaudiología en contexto de pandemia por SARS-CoV-S (covid19)	83
2.1.13. Reflexiones finales	85
2.1.14. Referencias bibliográficas	89
2.2. Campos ocupacionales y contextos laborales en la actualidad nacional	100
2.2.1. Introducción	100
2.2.2. Disciplina fonoaudiológica y equipos de trabajo	107
2.2.3. Características de la relacion laboral: un panorama de la fonoaudiología	110
2.2.4. Reflexiones finales	112
2.2.5. Referencias bibliográficas	114
2.3. Reflexiones en torno al setting terapéutico fonoaudiológico	116
2.3.1. Introducción	116
2.3.2. Reflexiones finales	136
2.3.3. Referencias bibliográficas	138
2.4. Estrategias de planificación a lo largo del curso de la vida	142
2.4.1. Introducción	142
2.4.2. Marco conceptual para la intervención fonoaudiológica	144
2.4.3. La evaluación e intervención fonoaudiológica, como procesos mancomunados	147
2.4.4. Reflexiones finales	160
2.4.5. Referencias bibliografías	162
2.5. Recursos terapéuticos en la práctica fonoaudiológica	166
2.5.1. Introducción	166
2.5.2. Referencias bibliográficas	191
3. PERPSPECTIVAS FINALES	195
3.1. Reflexiones finales	196
AUTORES	202
CO-AUTORES	202

Prólogo

Cuando los autores me invitaron a realizar este prólogo, para mí fue una gran alegría y responsabilidad, no solo por la naturaleza misma de la tarea, sino porque años atrás tuve la oportunidad de participar en su formación académica de pregrado en la Universidad de Valparaíso. Es reconfortante ver su crecimiento profesional y sus aportes a la disciplina. Escribir un libro es una tarea ardua, que implica dedicación, creatividad, perfección y tiempo, este último es el más escaso, por lo cual, existe una cuota de sacrificio a la base de toda obra. En estas pocas páginas trataré de introducir al lector en la importancia de este libro, tanto por su temática, como por su forma crítica y reflexiva de vislumbrar la Fonoaudiología.

Si utilizamos una figura metafórica, ¿cuándo podemos decir que una disciplina está madura? En especial la Fonoaudiología, que tiene una vida relativamente joven en Chile. Podríamos decir que es ¿Cuándo tiene una comunidad profesional determinada? ¿Cuándo se ha producido la especialización? o ¿Cuándo ha avanzado en la técnica?

A mi parecer, ninguna de las tres es correcta y tal como señala Balderas (2013), citado por los autores, una parte de la identidad profesional es reconocerse a sí mismo como parte de un gremio, lo que le otorga a la persona reconocimiento social y lo diferencia de otros profesionales. Sin embargo, este solo hecho de pertenecer a una comunidad profesional ya establecida, no va a implicar un desarrollo disciplinar.

Lo que nos lleva a la segunda pregunta de la especialización, su respuesta se vislumbra parcialmente cuando los autores nos describen los antecedentes de la Fonoaudiología en Latinoamérica y específicamente en Chile, donde nos explican la evolución de la disciplina en el tiempo. En ese apartado los autores analizan de forma incisiva que la Fonoaudiología en Chile está muy fragmentada y poco regulada, tanto institucional como jurídicamente y que la expansión de casas de estudios implica mayor exigencia para los Fonoaudiólogos, lo que se traduce en un alto grado de especialización y competencia. A su vez, el coautor en el capítulo de Campos Ocupacionales y Contexto Laborales en la Actualidad Nacional, reflexiona que es el momento de ir más allá del propio bienestar y velar por el bien común profesional, especializar la labor del fonoaudiólogo y velar por la ocupación de nuevos campos laborales. Lo anterior nos demuestra que puede haber especialización y que podemos tender a desarrollarla más, pero no nos asegura una madurez de la disciplina.

La tercera pregunta de la técnica, apunta a lo que los autores refieren con el “hacer” su evolución implica realizar de forma adecuada un procedimiento, que siendo bueno en sí es insuficiente, como nos señalan tan claramente los autores “las instituciones de educación superior tienen la necesidad de formar ‘buenos profesionales’, no sólo centrado en el aspecto profesional, donde no basta con que sea un buen técnico, sino que debe confluir con el ser ‘buena persona’”. Por lo tanto, las universidades

deben ocuparse de la calidad moral personal de sus estudiantes” (p.42). Contestadas estas tres preguntas, a mi parecer, la madurez disciplinar se alcanza cuando los profesionales pertenecientes a esa comunidad, son capaces de ir más allá del ejercicio de la profesión y hacer una introspección, realizando un trabajo metalingüístico donde se permitan analizar el ser del Fonoaudiólogo como sujeto perteneciente a una comunidad profesional llamada Fonoaudiología y, a su vez, ser capaces de ver la disciplina como un constructo que se forma cada día por la acción de sus participantes, lo que le da un carácter dinámico.

Este libro es una prueba de ello, donde los autores se hacen una pregunta tan simple, pero a la vez tan profunda: ¿quiénes somos?, y así nos llevan a plantearnos el “ser” y no el “hacer” en la disciplina, nos confrontan con la concepción de identidad profesional, planteando problemáticas interesantes. De igual forma, nos hablan de la ética en Fonoaudiología y cómo en el amparo teórico-reflexivo está la clave para una profesión que está en construcción. Asimismo, nos muestra la reflexión moral como punto clave para el desarrollo de la disciplina y nos plantea cómo es necesario el desarrollo de la competencia moral democrática en los estudiantes, entre muchos otros aspectos. Debido a lo anterior, insto al lector a confrontar las ideas presentadas en este escrito con sus conocimientos y creencias previas.

En esta obra los autores también nos plantean una reflexión inquietante: “la falta de consolidación del *éthos* profesional de la fonoaudiología” (p.29), pero al mismo tiempo nos invitan a ser agentes activos, siendo conscientes de la responsabilidad colectiva tanto de los profesionales, del Colegio de Fonoaudiólogos, como de las casas de estudios, para construir y consolidar las bases reflexivas de la disciplina. Creo fundamental que, para comenzar el gran desafío planteado por los autores, este libro debe ser el punto de partida, ya que nos entrega una visión actualizada de la Fonoaudiología, basada en un trabajo empírico, que nos permite plantearnos las preguntas adecuadas para determinar las acciones a seguir. Sugiero también que, por su trascendencia, podría formar parte de las bibliotecas de las casas de estudios donde se imparte Fonoaudiología. Finalmente invito al lector a analizar cada temática a conciencia para utilizar este libro como una herramienta de formación profesional.

Dra. Denisse Pérez Herrera
Fonoaudióloga
Magíster en Lingüística Aplicada
Centro de Investigación del Desarrollo en Cognición y Lenguaje
CIDCL-UV

Introducción

¿Quiénes somos? Fue una de las primeras preguntas que originaron el comienzo de este viaje literario. Responderla sólo nos hizo percatarnos de cuan extensa tarea puede ser para el contexto nacional. De esta manera, fue necesario plantear bases y fundamentos en torno al *êthos* de la Fonoaudiología, con la convicción de que la construcción de la identidad profesional es una tarea pendiente para la profesión.

En la evolución de la Fonoaudiología en Chile, hemos observado un disarmonico avance que se manifiesta, por un lado, en una rápida e intensa tecnificación del quehacer, que por cierto, ha sido necesario y ha traído logros en el posicionamiento de la labor dentro de contextos laborales. Pero por otra parte, la sustancia que nutre esta técnica, es decir, la reflexión, el diálogo y la configuración de una identidad profesional profunda y reflexiva no ha tenido la misma preponderancia ni espacios para su construcción. Por lo tanto, consideramos que en esta desarmonía surge la oportunidad para trabajar y dialogar como colectivo.

Al poco andar de esta tarea literaria, nos hemos percatado de lo pretenciosa que fue nuestra pregunta, ya que implica adentrarnos en reflexiones que no tienen bases construidas todavía y, por lo tanto, su respuesta tiene que ser un proceso colectivo. Desde un intento genuino y desinteresado, aunque pudiera pensarse en una falsa modestia, es que ofrecemos este trabajo a la comunidad fonoaudiológica del país, como un puntapié para muchas discusiones que puedan darse en el futuro, además de investigaciones que sigan nutriendo esta temática.

El presente trabajo responde a una línea de reflexión centrada en aspectos globales que involucran el ser y hacer fonoaudiológico y aspectos prácticos propios de los procesos interrelacionados de evaluación e intervención. En la parte I se problematizan bases conceptuales para nutrir el *êthos* de la profesión, junto a algunas propuestas analíticas que fundamentan la importancia del modelado de la identidad profesional. En la parte II se presentan cinco capítulos interconectados y vinculados con el quehacer profesional. Para dicho propósito se invitó a exponentes de la disciplina que desarrollaron un proceso reflexivo y colaborativo, formando equipos de trabajo con profesionales de áreas complementarias. Los temas asignados a las duplas se relacionaron con áreas de expertiz, que tal como se mencionó anteriormente, poseen escaso material respecto a su conceptualización e implementación. Para finalizar, se exponen reflexiones que enriquecen las líneas argumentativas planteadas en la parte I.

Específicamente, el análisis se compone de dos aspectos genéricos, tal como se señala en el título de esta obra "Identidad profesional: reflexiones y fundamentos prácticos". La primera sección está constituida por una dimensión, que ha sido la suma de trabajos investigativos previos, más una investigación teórica que enriqueció este proceso.

Esas bases reflexivas buscan ser el tronco argumentativo en el que girará la tarea de abordar la identidad profesional. La segunda parte está compuesta por capítulos que buscan aterrizar en temáticas concretas el quehacer y ser de la fonoaudiología en nuestro país y fueron elaborados junto a colegas que amablemente creyeron en la idea y se sumaron a reflexionar. Finalmente, se plantean reflexiones preliminares en torno al presente trabajo y a la investigación empírica que sigue en curso.

Responder la pregunta con la que comenzamos estas líneas, se ha convertido en un objetivo fascinante y si bien hemos decidido dejar que salga en formato de libro esta primera parte, el proceso continúa y probablemente seguirán otros escritos profundizando las temáticas que aquí dejamos enunciadas. Dejamos a colegas, estudiantes y académicas/os la invitación a desarrollar un compromiso activo con la reflexión de nuestra identidad y, simultáneamente, recordar la increíble responsabilidad social, política y por qué no decirlo: humana, que implica atrevernos a ser llamados los expertos en la comunicación y su abordaje, considerando que es este proceso el que construye la realidad, las interacciones y la misma existencia.

Preguntas y más preguntas, son las que nos quedan al finalizar este viaje de observación hacia nuestra sustancia.

Los autores



1. IDENTIDAD PROFESIONAL, REFLEXIONES DESDE EL SER Y EL HACER

“La posibilidad de innovar siempre esta ahí si uno está dispuesto a reflexionar, a soltar las certidumbres y a preguntarse si quiere estar donde está”

Humberto Maturana
Biólogo, filósofo y escritor chileno

Identidad para mirar la profesión

ANTONIETA HERRERA-LILLO
MARCELO SANDOVAL-RAMÍREZ

Realizar el ejercicio de responder a la pregunta ¿quién soy?, es lo que permite comprender el proceso de construcción de la identidad como un trabajo continuo, que se va construyendo y reconstruyendo a medida que el individuo va estableciendo nuevas interacciones y relaciones con los otros y que le permiten generar nuevas historias de vida. De esta manera, la identidad profesional es concebida como una entidad individual, construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo profesional de referencia. Desde esta perspectiva, el estudio de la identidad profesional es sobre individuos situados en un contexto, donde se están implementando estrategias de cambio que, explícita o tácitamente, se orientan a generar nuevos modos de operar, tanto en el plano de concepciones y herramientas conceptuales, como en el de su práctica.

Según Hirsch (2013), la identidad es un proceso dinámico y activo que sirve para asumir una idea de sí mismo y de las representaciones que se construyen al estar inmerso en una comunidad, puesto que se construye dentro de la interdependencia respecto de los grupos sociales de los que forma parte, teniendo al propio sujeto como un protagonista importante, configurando la interrelación entre sujeto, sociedad y cultura. En cuanto a la identidad profesional, Balderas (2013) la define como el conjunto de atributos que permiten al sujeto reconocerse a sí mismo como miembro de un grupo de profesionales. Asimismo, señala que la pertenencia a este gremio permite realizar actividades y/o tareas en un contexto laboral, otorgándole al individuo el reconocimiento social que lo diferencia de otros profesionales. De igual modo, afirma que la construcción de la identidad profesional responde a una correlación de identidades, pues resulta necesario conocer primero la configuración de la identidad individual y la identidad social, cuya consolidación depende de los distintos contextos en los que se desenvuelve el individuo.

Es importante entonces destacar que la identidad depende de varios factores. En ese sentido, Zárate (2015), plantea la importancia del contexto social en el momento en que una persona construye su identidad, dándole valor a la comunidad cultural y lingüística a la que pertenece. Asimismo, sostiene que la construcción de la identidad personal se centra en el carácter fundamentalmente constructivo, narrativo y dialógico, destacando la capacidad de elegir de los sujetos y a la consideración de las identidades múltiples.

Si llevamos esta reflexión al ámbito de la construcción identitaria en la esfera profesional, González, Marín, & Soto (2019), confirman la idea anterior, señalando que la identidad profesional se construye producto de la interacción social entre el individuo y la sociedad, lo que se traduce

en la representación de su rol profesional en un grupo de pertenencia circunscrito en un marco de realidad determinada.

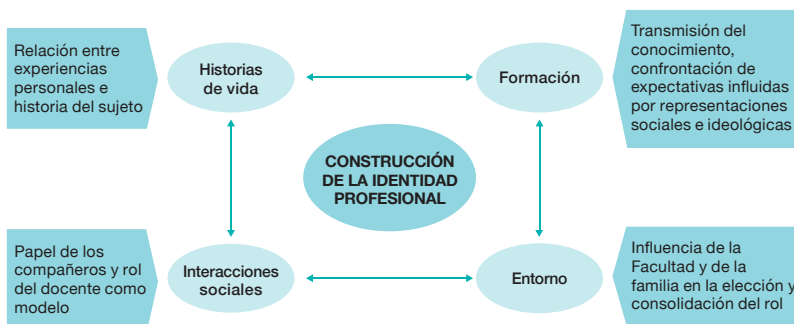


Figura 1. Elementos principales para la construcción de la identidad profesional.
Fuente: González P., Marín, R. & Soto, MA. (2019).

La identidad profesional se desarrolla cuando el individuo ingresa a las instituciones de educación superior y se relaciona con los sujetos reconocidos dentro de su campo. Esta interrelación entre los miembros de la disciplina modelará su actuar en la sociedad. De acuerdo a lo revisado anteriormente, su construcción se elabora a partir de diferentes elementos que, según González et al (2015), incluyen la historia de vida del sujeto, las experiencias personales y las interacciones sociales. Entre los sujetos involucrados en la configuración de esta identidad, el compañero(a) se convierte en el acompañante durante el proceso de definición identitaria y el docente cumple un rol activo fundamental, ya que constituye la representación natural del rol identitario.

En síntesis, la identidad profesional representa un proceso dinámico que evoluciona con el tiempo y que se reconstruye constantemente, originando una realidad abismante. Del mismo modo, la comprensión de cómo los sujetos adquieren y desarrollan procesos de construcción identitaria resulta igualmente compleja. Por esta razón, surge la necesidad de responder a la interrogante: ¿cómo se da el proceso de construcción y conceptualización de la identidad profesional? Responder a esta pregunta es una de las razones que fundamenta este apartado y que intentaremos resolver en el transcurso del mismo.

1.2. PROFESIÓN PARA MIRAR LA IDENTIDAD PROFESIONAL

En la configuración de la identidad profesional influyen aspectos tanto personales como contextuales que nos llevan a analizar el impacto que tiene el interés del individuo que ingresa a estudiar una determinada carrera, surgiendo entonces la pregunta de cómo impacta la vocación en la identidad profesional. Para comenzar el análisis, debemos centrarnos en clarificar qué se entiende por profesión, ya que en los párrafos anteriores

nos referimos a la configuración de la identidad profesional como tal, sin ahondar en su definición.

El vocablo profesión tiene un uso amplio en la sociedad, en la teoría y en la práctica puede constatarse que diversas esferas del conocimiento han teorizado sobre las profesiones, encontrándose vasta información desde las ciencias sociales. Como punto de partida, se considerará la definición de la RAE que nos plantea tres definiciones: ‘acción y acto de profesar’/ ‘Ceremonia eclesiástica en que alguien profesa en una orden religiosa’/ ‘Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución’.

Conill (2010), señala que hoy en día la profesión se plantea como una actividad en la que debe predominar el servicio a la comunidad, por sobre el interés personal, complementado con los conocimientos y destrezas que encuentran sustento en una base teórica. En este sentido, es posible ofrecer a los otros servicios de calidad, adquiriendo así una identidad profesional, pero a la vez, se establecen códigos morales que regulan y controlan los pares. Es así como, dentro de esta configuración, se goza de un prestigio social que otorga un status. Siguiendo al mismo autor, la etimología de la raíz de la palabra “profesión” alude a una declaración o manifestación pública, por lo tanto, existe entre la profesión y el arte de hablar una estrecha relación. De esta manera, las profesiones deben poseer y dominar la retórica, entendiéndose no sólo como acumulación de recursos estilísticos, sino como la posibilidad de comunicación.

A través de la historia, las profesiones tuvieron un halo religioso que con el tiempo fueron perdiendo. Es así como la llamada vocación cambió su significado primigenio para ser reemplazado por un servicio hacia la sociedad. Sin embargo, esta situación no siempre fue así, ya que durante mucho tiempo dicho vocablo hacía mención sólo a algunas ocupaciones, como lo indica Martínez: “profesión estaba reservado a muy pocas actividades humanas: las que hoy podemos llamar ‘profesiones clásicas’, que incluían a los sacerdotes, a los médicos y a los juristas. Los demás eran oficios, pero no profesiones propiamente dichas”. Dentro de este contexto, estas profesiones clásicas iban acompañadas de algunos privilegios de valoración social e inmunidad jurídica. Aunque, por otra parte, se les pedía entregar a la sociedad, a través de un juramento público, una conducta de vida coherente con los valores y virtudes propios de su labor. Por lo tanto, existía una distinción social entre aquellas profesiones que se consideraban como una práctica más noble en detrimento de los oficios considerados actividades más plebeyas. En el caso de las actividades de noble ejercicio, si bien no se consideraban un trabajo, recibían retribuciones a través de honorarios debido a lo importante de su servicio.

Durante el transcurso de los siglos, otras actividades trataron de asimilarse al estatus que poseían esas tres clásicas profesiones, imitando lo que aquellas realizaron para lograr dicho estatus. Según Martínez, esto es lo que permanece hasta hoy: “la tendencia a la profesionalización que aparece en cada grupo de nuevos expertos en distintas parcelas de actividad social, puesto que alcanzar el estatus de profesión lleva consigo un reconocimiento público y de prestigio social del que carecen otros

quehaceres humanos”. Aunque a lo largo de la historia, múltiples actividades comenzaron a adquirir el reconocimiento de profesión, paralelamente se fueron disminuyendo los privilegios que poseían y las actividades sociales se van igualando progresivamente.

Para efectos de la presente investigación, que busca responder la interrogante ¿quiénes somos?, tal como se menciona al inicio del texto, hemos dado una mirada general a los conceptos de identidad y profesión con el propósito de introducir el análisis aplicado a la fonoaudiología. Es por esta razón, que se vuelve imperativo revisar los antecedentes históricos que han marcado hitos en la construcción de la identidad profesional fonoaudiológica. A continuación ahondaremos en algunos sucesos históricos relevantes.

1.3. ANTECEDENTES DE LA FONOAUDIOLOGÍA EN LATINOAMERICA

El fonoaudiólogo es un profesional especialista en alteraciones de la voz, habla, audición, lenguaje, motricidad orofacial y deglución, que se dedica a la prevención, habilitación, evaluación y rehabilitación de niños y adultos; dependiendo del país, las denominaciones cambian. En países anglosajones (Gran Bretaña y EE.UU.) existe, por un lado, el *speech therapist*, encargado del habla y lenguaje y, por otro, el *audiologist*, encargado de la audición, teniendo que optarse por una u otra especialidad desde el pregrado, como en el caso de Gran Bretaña. En España, es nombrado como logopeda el encargado de dificultades de lenguaje y comunicación en general. En Latinoamérica, si bien no existe una denominación uniforme, varios países sudamericanos lo denominan fonoaudiólogo, englobando así a las esferas tanto de la comunicación como de la audición.

Para acercarnos a definir de manera concreta fonoaudiología, se hace necesario presentar una propuesta que sirva de base para la posterior discusión en torno a la configuración de identidad profesional. Según García, Herrera & Sandoval (2020), la Fonoaudiología puede definirse como:

“Disciplina que construye su conocimiento desde la convergencia de múltiples áreas del saber: lingüística, psicología, medicina y biología; constituyéndose, así, su carácter interdisciplinario. Su quehacer está centrado en la comunicación del ser humano y en sus diversas alteraciones a lo largo del ciclo de la vida. Por tratarse de una disciplina que analiza la comunicación humana, debe considerar distintas dimensiones que entreguen una perspectiva integradora de la realidad. De este modo, se debería recurrir a la sociología, política y ética, para entender el rol que desempeña la comunicación en la construcción del ser humano y en la sociedad. A quien la ejerce, en algunos países latinoamericanos, como Colombia, Chile, Argentina y Brasil, se le denomina fonoaudiólogo/a, en otros se le conoce como terapeuta del lenguaje, logopeda, ortofonista. A este profesional, en su labor de terapeuta de la comunicación, se le exige una visión amplia, que incorpore múltiples dimensiones sobre su rol en las diferentes áreas, incluido lo político

e investigativo. La identidad y carácter de la fonoaudiología (êthos) es un trabajo pendiente en cuanto a la consolidación de las bases ético- filosóficas de la profesión, ya que, en términos generales, la tendencia es encontrar su definición desde el Hacer más que desde el Ser” (García et al, 2020, pág. 65).

Asimismo, según el trabajo realizado en diferentes países de Latinoamérica, Martínez, Cabezas, Labra, Hernández, Martínez, Cerutti y Malebrán (2006), concluyeron que: “la fonoaudiología nace con un carácter técnico, subordinada a la labor del médico,”. Sin embargo, en los últimos años, el fonoaudiólogo ha ido ganando independencia y creando nuevos ámbitos de acción. En la mayoría de los países hay consenso en que las funciones o competencias del fonoaudiólogo se relacionan fundamentalmente con la evaluación/diagnóstico e intervención (promoción, prevención, rehabilitación y habilitación) de sujetos de distinta edad con y sin alteraciones de la comunicación oral. El fonoaudiólogo trabaja en salud y educación preferentemente, pero están surgiendo nuevos ámbitos (ej. legal y laboral), donde puede realizar consultoría o asesoría.

A continuación, se presentarán antecedentes históricos en torno al origen de la profesión en algunos países latinoamericanos que han aportado a la configuración profesional. Se mencionará el caso de Argentina y Brasil, para concluir con la situación de Chile:

• **Argentina:** La fonoaudiología nace como una disciplina auxiliar de la otorrinolaringología, colaborando con la necesidad de los médicos de completar su tarea: evaluativa, rehabilitadora de patologías de la voz, habla o lenguaje. Las primeras colaboradoras fueron profesoras de sordos, que posteriormente se transformarían en las primeras fonoaudiólogas. Durante el siglo XX, con profesionales extranjeros y en conjunto con médicos, se fueron abriendo en distintas instituciones cursos y formación en foniatría. Por mencionar a algunos, se encuentran en el año 1937 la Escuela Municipal de Fonación y en el año 1939 la Escuela Municipal de Foniatría, potenciando la especialización de profesoras para atender personas con patologías de voz, audición y lenguaje. Entre el '47 y el '48, se crea el Instituto de Foniatría en Buenos Aires y se inicia un curso de Reeducadores Fonéticos. Además, se crea un curso para la formación de Técnicos de Audiometría en el Hospital Rivadavia, destinado a profesores de sordos, y se organizan cursos de audiología y foniatría. Estos cursos creados por médicos fueron fusionados en un Curso de Fonoaudiología, de dos años de duración, realizado en la Universidad de Buenos Aires (UBA), que otorgaba el título de técnico en Fonoaudiología, naciendo así el término que sería adoptado en varias partes de Sudamérica. Este término fue acuñado por el Dr. Tato en 1951. Entre 1959 y 1962, se crea la Carrera de Fonoaudiología con una duración de tres años y se abren los postgrados de Licenciatura y Doctorado en Fonoaudiología. Inicialmente, los programas de estudio contemplaban tres años para la formación, pero cuando se amplían a licenciatura se extienden a cinco años.

Para finalizar este apartado en torno al caso de Argentina, en relación a las facultades del fonoaudiólogo, este profesional está habilitado para

atender alteraciones de voz, audición, lenguaje y deglución en niños y adultos, realizando diagnósticos y diseñando estrategias terapéuticas. También presta atención a niños con problemas de aprendizaje escolar que tienen como causa un lenguaje alterado. No puede realizar diagnósticos médicos, ni prescribir fármacos. La Fonoaudiología, que es estudiada en la Facultad de Medicina, no es considerada pedagógica, aunque su carácter interdisciplinario la lleva a participar en diversos equipos, tanto en educación, como en salud e instituciones de diversa índole, así como a participar en esferas de prevención y rehabilitación o habilitación de discapacidades producto de alguna patología.

- **Brasil:** Desde comienzos del siglo XX, producto de la inmigración, comenzaron a aparecer dificultades para la adquisición del portugués, mezclado con los extranjerismos, por lo que se comenzó a vislumbrar la necesidad de un profesional a cargo de los trastornos del lenguaje. En la década del '60, se crean dos cursos de tecnólogos en Fonoaudiología, ambos en Sao Paulo. En los '80, se firman las leyes que determinan al profesional fonoaudiólogo. Con dicha legislación se crean los Concejos Federales y Regionales que regulan la Fonoaudiología y en el año 1984 aprueban su primer código de ética, experimentando una revisión en el año 1995, producto de los cambios y crecimiento de la profesión. En su génesis, la Fonoaudiología estuvo vinculada a dos grandes áreas: la salud y la educación, que han marcado los currículos de la disciplina, pero con el transcurso del tiempo se han ido realizando diversas modificaciones a los contenidos para responder a la variedad de contextos en los que puede desempeñarse el fonoaudiólogo, que van desde un consultorio, hospital, escuelas, escuelas especiales, ONG y centros artísticos. El año 2002 se establecen directrices nacionales sobre lo que debería contemplar la formación de fonoaudiólogos, incluyendo un desarrollo en múltiples áreas, como formación humanista, crítica, reflexiva, ético-filosófica, de naturaleza epistemológica, ético-política, acorde con principios y valores del ejercicio profesional, acompañadas de competencias generales de atención. Dentro de Brasil, existen aproximadamente 20.000 profesionales registrados y en áreas como Sao Paulo el 99,8% son mujeres.

- **Chile:** durante el año 1955, el Ministerio de Educación, en conjunto con un grupo de médicos, decide crear un profesional para la rehabilitación fonoaudiológica. Fueron seleccionadas 21 mujeres, prácticamente todas profesoras, porque se pensaba que el trabajo fonoaudiológico y de rehabilitación tenía mucho de educación y las profesoras podían ser las personas idóneas. Así, su formación estuvo a cargo de fonoaudiólogas provenientes de Argentina, durante un período de dos años. Posterior a esta primera generación, tuvieron que pasar varios años antes de que se pudiera abrir la carrera oficialmente en la Universidad de Chile; esto ocurriría por el Decreto del año 1971, abriendo sus postulaciones para ingreso al año siguiente. La Carrera fue creada con un fuerte foco de compromiso social, parte también de la contingencia de aquellos años, en la que se buscaba formar no sólo profesionales, sino ciudadanos responsables.

La Fonoaudiología trae también una fuerte presencia femenina, tal como es planteado por Lira: "No sólo en Francia, sino también en Argentina,

bullía el estudio de la comunicación. Se educaba a legiones de excelentes fonoaudiólogas (uso el femenino porque, de hecho, casi todas mujeres) y surgía un notable cuerpo médico y de profesores afines, fuertemente interdisciplinario". Además, la génesis de la Fonoaudiología tuvo un gran componente de soporte al médico y de dar respuesta a esferas de trabajo que manifestó la disciplina otorrinolaringológica, similar al caso argentino. Posterior a su apertura en el año 1972, fue cerrada durante el siguiente año, para reabrir de forma definitiva en el año 1974. En el año 1983, se crea el código de la profesión y el año 1995 se establece la licenciatura, agregando un quinto año. La Universidad de Chile será la única casa de estudios en impartir la Carrera, hasta el año 1996 en que la Universidad de Valparaíso abre la segunda escuela de Fonoaudiología.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA EN CHILE

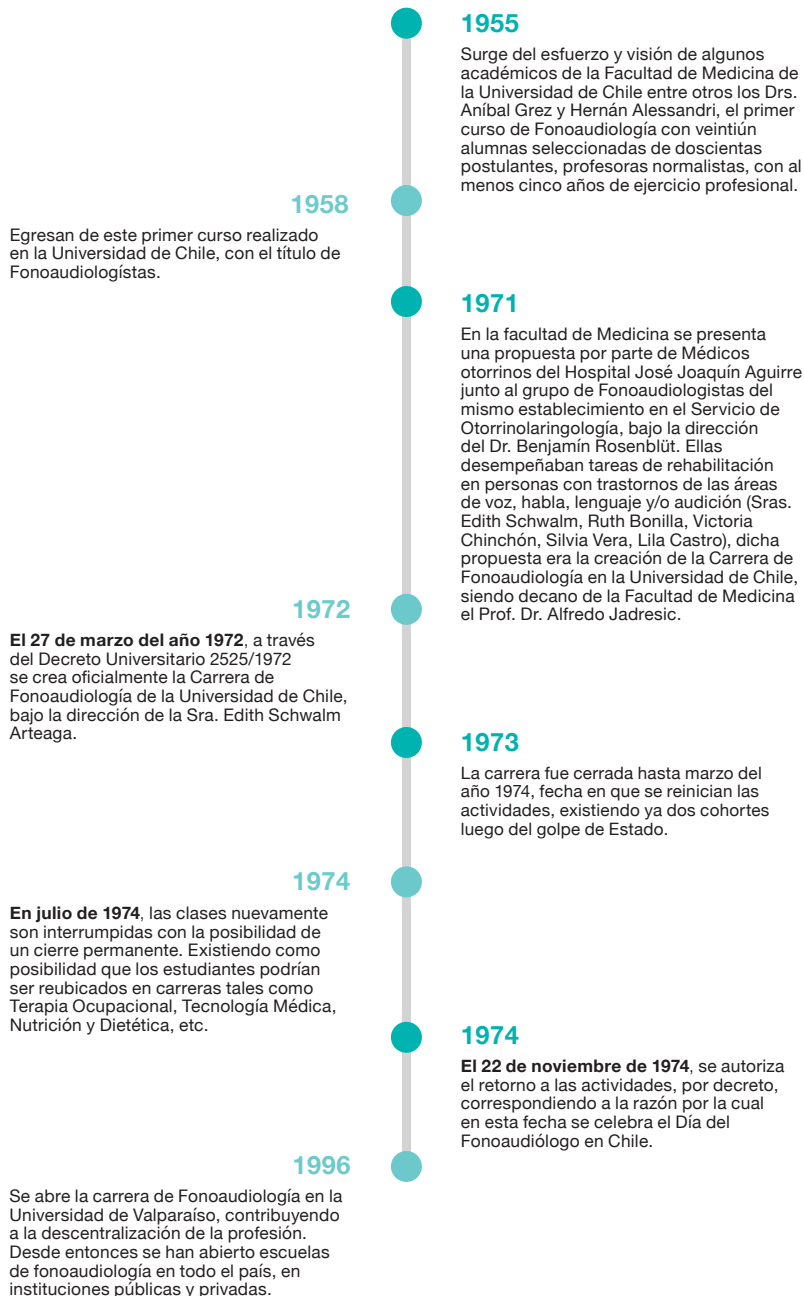


Figura 2. Evolución histórica de la carrera de fonoaudiología en Chile. Elaboración propia para los propósitos del presente capítulo.

Dentro de la esfera profesional, el fonoaudiólogo se desempeña principalmente en ámbitos de educación y salud, mientras un porcentaje menor trabaja en el sector artístico. También se ha incrementado la cantidad de fonoaudiólogos que se dedican al área académica, producto del aumento de universidades. En el área de la salud, su presencia en el nivel primario es bajo, pues la mayoría ejerce en esferas secundarias y terciarias, en particular en otorrinolaringología y neurología. Una de las principales fuentes laborales se encuentra en el ámbito educativo, concentrado en las escuelas de lenguaje que reciben niños entre 3 y 6 años con diagnóstico de trastorno específico del lenguaje y en programas de integración escolar en la educación parvularia, básica y educación media. Chile cuenta con una especialidad en el área adulto, impartida en la Universidad de Chile, de reciente creación, pero no existen especializaciones como en el caso de Brasil, aunque se ha ido incrementando el número de magísteres en Fonoaudiología. Dentro de la comunicación oral, la Fonoaudiología se subdivide en diversas áreas de trabajo que conllevan nichos profesionales diferentes. En Chile, se pueden encontrar las áreas de Voz, Lenguaje, Habla, Deglución y Audición como las mencionadas dentro de los currículos y algunas casas de estudios incorporan como otra gran área la motricidad orofacial. En una próxima sección esta temática será abordada con mayor profundidad.

En síntesis, la identidad profesional como aquella basada en la percepción personal de su auto-imagen en relación con su contexto de trabajo, considera central el sentimiento individual de pertenencia, el cual se desarrolla a través de las interacciones con otros en el contexto laboral. Tal sentido de pertenencia implica tres elementos: los valores profesionales, la ubicación profesional y el rol profesional. Muchas definiciones de identidad profesional están ligadas a la auto-percepción de rol. Es decir, es la percepción del sujeto como profesional integrando atributos, creencias, valores y experiencias que desarrollan los individuos en un rol. Desde esta perspectiva, creemos que actualmente los fonoaudiólogos sufren de un grado deficiente de socialización, lo cual se traduce en la falta de identidad común entre ellos, que los obliga a adaptarse para resistir en un mercado laboral competitivo. La exposición a las críticas, los conflictos internos y externos de la actividad laboral, así como los valores atribuidos a su trabajo son considerados factores que influyen en el ejercicio profesional.

Otra problemática que experimenta la fonoaudiología es que se encuentra aún muy fragmentada y poco regulada institucional y jurídicamente, lo que podría deberse al crecimiento exponencial de casas de estudios que ofrecen la carrera, así como áreas que se desarrollan actualmente como sub-especialidades. Ahora bien, la expansión y diversificación implican nuevas exigencias para los profesionales fonoaudiólogos, reflejada en un grado más alto de especialización y mayor competencia. Asimismo, aumentan los estándares de demanda y calidad, surgen nuevos roles, niveles más altos de exposición y crítica por profesionales de la misma profesión y ajenos a esta. Estas son algunas de las razones que hacen imprescindible discutir sobre fundamentos éticos en cuanto a identidad profesional.

1.4. BASES ÉTICAS PARA LA FONOAUDIOLOGÍA

En este apartado se abordará la conceptualización de ética/*êthos*, como base para entender su aplicación a la Fonoaudiología. Sobre esta temática existen pocos trabajos investigativos que den cuenta de que existe un *êthos* fonoaudiológico consolidado. Sandoval & Bratz (2017), plantean que en relación a la representación social del *êthos* de la fonoaudiología, las habilidades personales del profesional consideradas como importantes son: la comunicación, la empatía y responsabilidad social, entendidas como ejes de la atención que brindan. Del mismo modo, al individualizar valores y creencias representadas en torno al quehacer fonoaudiológico, señalan que se evidencia la idea de que no hay una base común entre los entrevistados, lo que se traduce en la dificultad para construir el rol profesional en las diferentes áreas de desempeño laboral. Asimismo, los autores manifiestan que, en relación a los valores, no hay consenso que fundamente si son necesarios valores específicos, o cómo éstos surgen o se desarrollan. Finalmente, concluyen que es necesario continuar analizando las bases reflexivas de la fonoaudiología y enriquecer así el *êthos* de la disciplina.

Si pensamos en la palabra Ética y la formación en Fonoaudiología, es inevitable que aparezca en diversos perfiles de egreso de la carrera en diferentes casas de estudio, con frases como: “un comportamiento ético”, “acorde la ética”, “con perspectiva ética”, “de acuerdo a la normativa ética”. Y así podríamos continuar, con muchas frases que el estudiante, académico o licenciado en Fonoaudiología, suele utilizar como lo que se tiene que decir o lo “esperado” como correcto. Pero estas frases elaboradas y recursivamente usadas en distintos planes curriculares, muchas veces vienen acompañadas de ideas y preconceitos, que en ocasiones distan mucho de su definición real, pues la ‘ética’ está constantemente expuesta al relativismo, ya que cada uno tiene “su verdad” y bajo ese prisma, la tan nombrada ética, queda paradójicamente sin asidero, al ser relegada a un terreno de subjetividades. Este vacío conceptual es lo primero que se debe trabajar en cualquier profesión que aspira a consolidar su identidad, ya que en el amparo teórico-reflexivo que nos entrega la disciplina ética, puede estar la clave para dilucidar muchas cuestiones que aquejan a una profesión en construcción disciplinar.

Ética

De acuerdo a Cortina y Martínez (2008), se define como: “aquella parte de la filosofía que se dedica a la reflexión sobre la moral. Como parte de la filosofía, la ética es un tipo de saber que intenta construirse racionalmente, utilizando para ello el rigor conceptual y los métodos de análisis y explicación propios de la Filosofía”.

La ética nos entregará la posibilidad de realizar un análisis racional a las diferentes problemáticas morales, entregándonos argumentos que permiten analizar la experiencia del ser humano. Es decir, ética y moral se relacionan, ya que la primera permite analizar a la segunda, e incluso

en ocasiones se utilizan como sinónimos aun cuando no lo son, o son definidas de forma inversa. Cortina y Martínez (2008), plantean que la ética, como Filosofía moral “da cuenta racionalmente de la dimensión moral humana, de modo que habremos crecido en saber acerca de nosotros mismos, y, por tanto, habremos alcanzado mayor grado de libertad. En definitiva, filosofamos para encontrar sentido a lo que somos y hacemos; y buscamos sentido para colmar nuestras ansias de libertad, dado que la falta de sentido la experimentamos como cierto tipo de esclavitud”.

Complementando lo anterior, es preciso entonces referirnos a “la moral”, que puede entenderse como un conjunto de normas, patrones de conductas, lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y lo rechazado, propios de un colectivo histórico, acorde a un contexto determinado, permitiendo formar un sistema que intenta ser coherente. No implica que todos los miembros de ese grupo adhieran a todos los preceptos establecidos en el mismo, pero intenta plasmar una forma de vida (Cortina y Martínez, 2008). De esta forma, se establece como un modelo ideal de conducta para un grupo en un contexto y época determinada.

Si bien ética y moral comparten una estrecha relación, es importante entender los límites que cada una tiene en relación a la otra, y cómo es la disciplina ética la que permite realizar las reflexiones morales y no al revés. Al remontarnos a la Grecia clásica, la Ética era un saber práctico y en cierta forma normativo, ya que buscaba orientar las acciones de los seres humanos. Si bien la moral también podría dar claves para orientar la acción, la diferencia radica en que esta última lo hace de forma mucho más concreta. En cambio la Ética, como Filosofía moral, nos llevará a la reflexión sobre los distintos sistemas. Esa forma de guiar el proceso reflexivo es lo que entenderemos como indirectamente normativo, porque en realidad no nos dirá exactamente ¡has aquello!, sino más bien nos llevará a preguntarnos ¿por qué hacemos tal o cual cosa de determinada forma?, ¿esa forma es mejor que la otra?

En esta operación reflexiva es donde radica la naturaleza práctica de la Ética, tal como fue conocida por los griegos. Aristóteles nos entregaba definiciones para tres tipos de saberes: teóricos, poiéticos y prácticos. Si bien no es objetivo de la presente obra adentrarse en la filosofía clásica, sólo de forma muy simple y general, podremos definir que un saber teórico puede ser entendido como un saber descriptivo, que recaba información sobre el mundo y sus fenómenos. En esta esfera entran ciencias como la biología, química, física, entre otras. En cambio, los saberes poiéticos son los que permiten guiar un proceso y entregar las directrices concretas para elaborar o construir algún producto, desde algo plenamente útil hasta algún objeto sólo para la contemplación estética. Lo que hoy conocemos como tecnología entraría en la definición de un saber poiético.

Finalmente, los saberes prácticos son los que buscan darnos guías y derroteros para conducir la existencia hacia lo justo, llevándonos a cuestiones sobre cómo nos deberíamos comportar, cuál sería la mejor decisión en determinada circunstancia. Nos ponen a reflexionar sobre lo que es, debería ser o ha sido. En estos saberes prácticos es donde Aristóteles ubicaba a la Ética, que siempre busca que nos planteemos la

decisión más prudente para las circunstancias, pero además de la Ética, en los saberes prácticos los griegos tenían a la Política y la Economía, que permitían el gobierno adecuado de la polis y orientaban sobre la correcta administración de los bienes de la ciudad.

El carácter práctico de la Ética y la distinción que haremos con 'la moral', será una línea argumental que acompañará el presente trabajo, donde volveremos en distintos puntos para remarcar sus aplicaciones y vinculaciones con la práctica fonoaudiológica. También se hace preciso enfatizar por qué la reflexión moral se convierte en un punto clave para la disciplina fonoaudiológica, ya que permitirá elaborar preguntas como: ¿por qué siempre realizamos aquello de tal forma?, ¿podemos hacerlo de otra manera?, ¿cómo es la ética profesional de la Fonoaudiología? y ¿cuáles son nuestros sustentos éticos? Asimismo, muchos otros cuestionamientos pueden ser realizados, por lo tanto, la reflexión moral y la necesidad de trabajar e incorporarla en el currículum de pre y post grado, será otra de las líneas argumentales que se seguirán desarrollando en la presente investigación.

De esta manera, sobre ética no sólo se puede discutir, sino que **se debe** estudiar y, por consiguiente, aplicar sus herramientas, entregándole el estatus que le corresponde, quitándole la relativización a la que ha sido expuesta al ser sólo mencionada, mas no trabajada concretamente en la disciplina fonoaudiológica. Así, es importante destacar que posee una riqueza analítica mucho más grande que sólo la de dictar normas que se puedan anotar o seguir sin mayor cuestionamiento, como se la ha presentado en diferentes contextos formativos.

Se puede afirmar, entonces, que al entrar en las profundidades de la ética, es que también una profesión puede encontrarse y avanzar hacia la configuración de su identidad y, por lo tanto, en el trabajo de su *êthos*. Un trabajo, que en el caso de la disciplina fonoaudiológica en Chile, está pendiente por parte de su comunidad, en la que la profundización de su Ser ha ido en desmedro en relación a la vertiginosa crecida de su despliegue en el Hacer.

Para reforzar una de las distinciones que hemos precisado en líneas anteriores, es que nos ayudaremos de la etimología, para esclarecer por qué se han entrelazado estrechamente ética y moral. Por una parte, la palabra ética proviene del griego, que significaba originariamente morada, lugar en que vivimos. También, se ha entendido como carácter o modo de ser que una persona o grupo va adquiriendo a lo largo de su vida. Por otro lado, moral proviene del latín "mos, moris", que en sus orígenes significaba costumbre, pero que derivó en algunos textos en carácter o modo de ser, provocando que ética y moral se hayan superpuesto semánticamente, ya que se referían a todo lo relacionado a un modo de ser o carácter. Esto explica que en muchos contextos podamos escuchar frases donde una persona ocupa la palabra ética, cuando en realidad está haciendo alusión a la moral o a un sistema moral. Por ejemplo, cuando se dice: el fonoaudiólogo fue poco ético, en realidad se está haciendo alusión a la ruptura de algún código moral, o que su comportamiento no se ajustó a los patrones conductuales esperados.

En consecuencia, seguiremos haciendo énfasis en separar ambos conceptos, porque esto permitirá generar aplicaciones pedagógicas y evitar que ética-moral se transformen en un binomio polisémico. Así, queremos destacar la distinción que realizan Cortina y Martínez (2008), para quienes Ética será la Filosofía moral, el saber práctico, mientras que la moral corresponde a los distintos códigos de conducta concretos asociados a un tiempo, lugar y circunstancia. Mantener y reforzar esta distinción, aunque al lector le pueda parecer innecesaria, tiene el objetivo de profundizar en dos niveles reflexivos diferentes, que Adela Cortina ejemplifica muy bien en dos preguntas, la moral será la operación reflexiva que nos dice ¿qué debemos hacer?, mientras que la Ética sería ¿por qué debemos hacer? Estos dos niveles son claves cuando se trata de trabajar en el *êthos* de una profesión, sobretodo en una disciplina como la fonoaudiológica, en que la configuración de su Ser ha quedado vinculada solo hacia el Hacer.

Pues bien, para enriquecer la visión sobre la etimología de ética y su origen en la palabra *êthos*, es que dedicaremos unas líneas a abordar la conceptualización que se ha hecho sobre *êthos*. Si queremos hacer un puente y hablar del *êthos* de una profesión, Risco (2009), nos plantea que: “el *êthos* viene a ser algo así como el fundamento ontológico de una profesión y el elemento esencial que dictamina cómo ha de disponerse la persona para ejercer esa profesión, y cómo las personas que ejercen esa profesión, deben comportarse con el fin de alcanzar la plenitud de la expresión del arte o ciencia que profesan”

Por su parte, Maliandi (2004) sostiene que el *êthos* es: “un conglomerado de creencias, actitudes, códigos de normas y costumbres” y establece diferentes procesos de operación reflexiva para comprenderlo. A continuación, se detallarán los aspectos que el autor considera relevantes cuando se refiere a *êthos*, junto a los componentes de dicho proceso analítico.

Una de las cosas que resulta necesaria de explicar es que para adentrarse en la perspectiva de Maliandi, debemos comprender primero qué entiende por reflexión, es decir, la sustantivación del verbo reflexionar. Si queremos definir de forma sencilla, podríamos comenzar con lo que nos entrega la RAE: “pensar atenta y detenidamente sobre algo”. Es decir, la operación reflexiva es un ejercicio activo y de mucha observación. Para Maliandi la reflexión: “es un acto por el que el sujeto se convierte en objeto de sí mismo, como en un espejo se refleja (y tal es en el sentido etimológico del término)”. Por lo tanto, a la luz de sus palabras, podemos concluir que la reflexión es un proceso que involucra un nivel importante de autoobservación que nos lleva a un autoconocimiento. A diferencia de otras especies, el ser humano cuando reflexiona se convierte simultáneamente en el observador y el observado, es decir co-existen en una misma persona el observado y observante. O al menos así es como debería ser acorde a lo que permite la experiencia vital y cognitiva de nuestra especie, aunque se debe motivar, practicar y promover.

Desde esta conceptualización de la reflexión y el reflexionar, es desde donde se inicia cualquier discusión que podamos tener sobre el *êthos*, en especial si nos referimos al de una profesión, como por ejemplo

la Fonoaudiología que requiere diferentes niveles de observación (en el profesional) por parte de este observado/observante. Es en este ejercicio en el que podremos modificar prácticas, fundamentarlas, reformularlas y así sustentar el análisis sobre el *êthos*, que inevitablemente nos debería hacer pensar en cómo estos aspectos están siendo trabajados en la formación de futuros profesionales de Fonoaudiología. Ya que no podremos entrar al terreno del *êthos*, sin antes establecer el cómo y de qué forma se trabaja la reflexión, para el profesional de Fonoaudiología no es suficiente aprender las mejores y modernas técnicas, ya que no implica necesariamente realizar una operación reflexiva, que propenda al autoconocimiento, al cuestionamiento del quién soy, mientras realizo determinada acción o el por qué soy de determinada forma al realizar terapia a las personas. Este punto será una constante en las líneas argumentales del presente texto (Sandoval y Bratz, 2017).

Retomando la conceptualización sobre el *êthos*, Maliandi establece que existen diferentes niveles de reflexión, y dependiendo de dichos niveles es como se puede dar el análisis. Así, establece un nivel inicial o pre-reflexivo, sobre el que se cimientan los siguientes niveles, aclarando que no existe una superioridad entre pre y reflexivo. Lo plantea de la siguiente forma: “las diferencias de nivel de reflexión no deben interpretarse como diferencias axiológicas: no se trata de que unos niveles sean “mejores” que otros. Las diferencias aluden a las maneras de operación reflexiva, a lo que se busca con ellas y, particularmente ahora en el caso de lo ético, al grado de *normatividad* presente en la reflexión” (Maliandi, 2004). Lo que denomina como *êthos* pre-reflexivo corresponde al nivel en el que las conductas se ajustan al sistema normativo y también la forma de juzgar dichas conductas cuando se escapan de lo planteado por la norma sin mayor cuestionamiento, es decir, está el conjunto no cuestionado de creencias morales, actitudes morales, código de normas, costumbres. Es así como en tal estado de “pureza” (en el sentido de ausencia de toda reflexión), sólo puede corresponder a un sector diminuto en el complejo conglomerado del *êthos*.

Ahora, el paso de una etapa pre-reflexiva hacia el denominado *êthos* reflexivo en su estadio inicial, comienza en cuanto se hace necesario consultar sobre la aplicación de una norma o luego del surgimiento de dudas que pueden ocurrir en los juicios morales propios. En ese tránsito de forma casi “insensible”, en palabras de Maliandi, se pasa al primer estadio del *êthos* reflexivo, que viene acompañado de la reflexión moral y se hace necesario comenzar a mirar la norma, su aplicación y si surgen dudas sobre aquella, se pide consejo a otro. De acuerdo a Maliandi “es el tipo de reflexión que va adosado a la toma de conciencia de que el otro no juzga exactamente como yo. En el *êthos* hay certezas, pero también hay dudas”. Cuando se manifiestan dudas y la necesidad de dar un consejo, se debe reflexionar sobre cómo darlo y qué perspectiva adoptar. En ese ejercicio se materializa la denominada reflexión moral, constituyente inicial del *êthos* reflexivo.

Posterior a ese momento reflexivo inicial, que se manifiesta con la reflexión moral, comienza un escalamiento que prosigue con lo que

Maliandi denomina el segundo momento, en el que una vez que se tiene conocimiento de una norma, el ejercicio reflexivo lleva a cuestionarla. Por lo tanto, “un segundo nivel está constituido por las reflexiones que es necesario desarrollar cuando no nos conformamos ya con saber, o con decir, *qué* se debe hacer, sino que nos planteamos la pregunta “por qué”, y tratamos de responderla” (Maliandi, 2004). En el segundo nivel siguen teniendo preponderancia las normas y valores, aunque Maliandi plantea que ya no hay aceptación de normas sin cuestionamiento, por lo que el momento reflexivo implica la necesidad de establecer sistemáticamente el proceso de razonamiento. Cuando se empieza a establecer esta tematización y construcción de fundamentos de las normas y críticas de las mismas, consciente o inconscientemente, se aplica una filosofía práctica, es decir, se apela a la razón con argumentos en contra o a favor. Este nivel se denomina “ética normativa”.

Cuando se pasa a un tercer nivel, se denomina “metaética”, en el que se establece la discusión y el análisis sobre los términos morales. En palabras del autor: “la metaética constituye un metalenguaje con respecto al lenguaje normativo. En principio, pues, pretende ser ya una reflexión no normativa sino neutral” (Maliandi, 2004). En este nivel no se desconoce la dificultad de la reflexión considerada neutral, pero no puede predominar el nivel de normatividad que se encuentra en niveles anteriores. El cuarto nivel de este *êthos* reflexivo lo constituye la reflexión ética, en el que se espera alcanzar la neutralidad y poder observar los fenómenos morales desde una posición distante del objetivo. Con respecto a lo anterior, Maliandi plantea que: “no se toma posición respecto de si algo está bien o mal, ni si “se debe” o “no se debe” hacer. Sólo se dice cómo es, se investiga qué se cree que se debe hacer, se comprueba cómo se comportan los seres humanos”. A este nivel se le denomina “ética descriptiva”, generando un distanciamiento entre el observador y observado. Este momento se escapa de la filosofía y es parte de las ciencias que quieran investigar.

Finalmente, Maliandi atribuye ciertas preguntas para cada nivel que permiten clarificar la esfera reflexiva que les compete:

- El nivel 1 de reflexión moral se puede graficar en la pregunta ¿debo hacer?
- El nivel 2 de ética normativa puede plantearse como ¿por qué debo hacer?
- Cuando se pasa al nivel 3, denominado metaética, se le atribuyen preguntas como: ¿está bien planteada la pregunta anterior?; ¿y por qué sí o por qué no?; ¿qué carácter tiene una expresión lingüística que debo hacer?; ¿es cognoscitiva o no?
- En el cuarto nivel, se sostiene ¿cree que A debe hacer X? A puede ser un agente individual, un pueblo cultura, etc.

MALIANDI ATRIBUYE PREGUNTAS PARA CADA NIVEL QUE PERMITE CLARIFICAR LA ESFERA REFLEXIVA QUE LES COMPETE:



Figura 3. Preguntas para clarificar el *êthos* reflexivo. Elaboración propia para los propósitos del presente capítulo.

“Podríamos decir, siempre en sentido muy general, que las preguntas del primer tipo solicitan un *consejo*; las del tipo 2 piden justificación, o sea, fundamentos normativos; las del tipo 3 demandan aclaraciones sobre significados y usos de los términos normativos, y las del tipo 4 reclaman concretas informaciones descriptivas”.

Para finalizar este apartado, es importante mencionar que el trabajo del *êthos* es clave para la configuración profesional. En el caso de la disciplina fonoaudiológica, a diferencia de otras que también trabajan con personas, esta es un área que ha quedado subdesarrollada en relación con el rápido crecimiento de diferentes áreas disciplinares que intentan especializar y llevar el hacer fonoaudiológico a mayor precisión. Hacerse cargo de esta esfera es una tarea que han observado otras profesiones, ya que si sólo mejora el hacer no se construye una profesión, ni mucho menos podremos formar futuros profesionales. De esta manera, el análisis del *êthos* permitirá la capacidad de autobservación al interactuar en el contexto terapéutico, así como incorporar al otro como un interlocutor válido y no necesariamente vislumbrar al par como una competencia. Lo anterior sólo surgirá en la medida que trabajemos nuestra capacidad reflexiva en el trabajo sobre la representación social del *êthos* de fonoaudiólogos (Sandoval/Bratz 2016). Por lo tanto, esta es una responsabilidad colectiva, de licenciados, casas de estudio y colegio profesional, pues corresponde a todos construir y consolidar bases reflexivas para una práctica que crece a pasos gigantes, pero que lamentablemente no podemos decir que lo ha hecho de igual forma en cuanto a la reflexión sobre sí misma.

1.5. ¿SOMOS COMPETENTES O EXCELENTES?: FONOAUDIOLOGÍA Y PERFILES DE EGRESO

Dentro de un colectivo profesional, se asumen responsabilidades hacia la sociedad que requiere que exista determinada profesión. Por lo tanto, el profesional se debe al colectivo social, pues la ética de las profesiones está enmarcada dentro de una ética cívica (Martínez, 2010). Ahora bien, es imperativo que los colectivos trabajen reflexivamente el *êthos* profesional, porque precisan asumir la responsabilidad individual y consciente dentro del proceso propio de volverse y conformarse como profesional, y no sólo en lo que el colectivo entrega hacia el individuo (Sandoval y Bratz, 2017). Conill y Arenas-Dolz (2010), plantean que “las profesiones son actividades que se legitiman para sus fines. Para alcanzar estas metas, los sujetos han de adquirir unas virtudes, de forma que cada actividad profesional genera su propio *êthos*, que debe asumir quien se inserta en esa profesión”. Esto permite que aquel que ingresa a un colectivo sepa a lo que tiene que aspirar o, en otras palabras, ha de guiarse por esos valores específicos que fundamentan el ejercicio de la profesión, para así alcanzar el desarrollo del *êthos*.

Entonces, la pregunta que puede surgir en el lector es dónde podemos posicionar a la Fonoaudiología en esta situación, ¿cumplen las casas formadoras con entregar a los futuros profesionales una base orientadora que sea transversal y trascienda a las casas de estudios? Dicho de otra manera, ¿es algo que le pertenece a la Fonoaudiología y no a un perfil de egreso que esté más o menos de moda entre una determinada Universidad? Nos atrevemos a responder que no, pues pareciera que no existe una estructura del *êthos* de la Fonoaudiología que sea claro y se transforme en un común denominador a la profesión. Haciendo un análisis a las mallas curriculares que imparten Fonoaudiología y a sus perfiles de egreso, es posible observar cómo los cambios en la carrera, los nombres de las asignaturas e incluso sus perfiles de egreso, se vuelven recursivos y van respondiendo a tendencias que impone una determinada casa de estudios. Tienen en general una marcada tendencia a ser formaciones muy centradas en las áreas de especialización, enfocadas en el Hacer y que no reflejan explícitamente cómo se trabaja el *êthos* de la Fonoaudiología.

El *êthos* profesional es un potencial objeto de representación por parte de los sujetos que conforman una comunidad profesional, entendiendo que la representación social es una construcción simbólica y a la vez dinámica, producto de las interacciones que generamos. A partir de la comunicación, establecemos comunidades, creencias, ideas y, por tanto, la representación social es una entidad que se manifiesta y que se materializa a través de gestos, palabras y/o encuentros. Desde la perspectiva de Moscovici (1979): “la mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas (representaciones sociales). Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia”.

Los êthos profesionales tienen la posibilidad de ser representados y co-construidos por los participantes de una disciplina profesional, para así dar directrices a dicha profesión, es decir, que se asuma la responsabilidad de un desempeño de excelencia, ya que en la misma co-construcción se nutre el aspecto moral. Esto requiere un trabajo diferente al que usualmente se espera de la formación centrada en lo técnico. En las profesiones sanitarias, el conocimiento técnico no basta, ya que el intercambio humano requiere más aristas. Como menciona Camps (2007): “en la actividad real, la excelencia científica no siempre va acompañada de la excelencia ética porque, en el orden de las prioridades, el interés particular priva sobre el general o el interés del otro”.

El desarrollo de la excelencia no puede aparecer sólo por el dominio técnico, la excelencia se manifiesta en la conjunción de lo técnico con el soporte del êthos que entrega la base para trabajar y alcanzar la excelencia. Martínez (2010), plantea la dicotomía entre profesional competente y profesional excelente: el competente será aquel que conoce y maneja los conocimientos técnicos de su profesión y que además puede tomar decisiones sobre su quehacer en base a su información; en tanto, el excelente también ha desarrollado dichas competencias, pero además manifiesta sentimientos morales que se articulan con lo técnico. En palabras del autor: “ser un profesional excelente significa ser al mismo tiempo competente e íntegro, y para ello es preciso asumir tres requisitos básicos: estar bien informado en el ámbito de su profesión, tomar decisiones sensatas en el ejercicio de la misma y mostrar los sentimientos morales congruentes con la actividad de que se trate”.

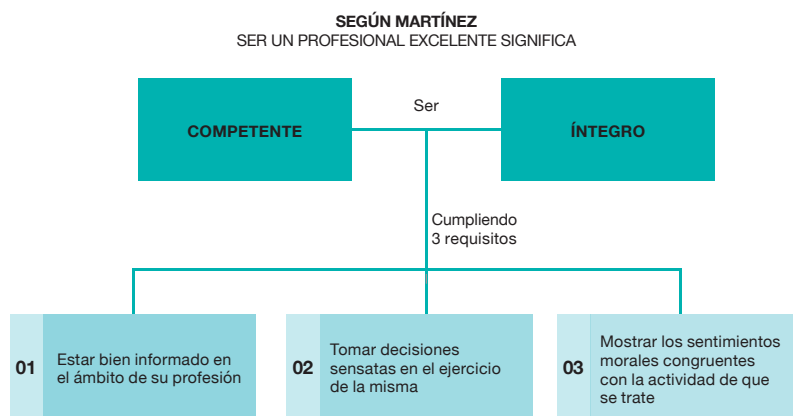


Figura 4. Características de un profesional excelente. Elaboración propia para los propósitos del presente capítulo.

Este trabajo en torno al *êthos* permite integrar, conocer y reflexionar sobre los sentimientos morales que deben acompañar al conocimiento técnico que desempeña una profesión sanitaria, porque el proceso de excelencia lleva trabajo, cultivo de virtudes y valores asociados. Camps (2007), problematiza lo valorado como excelente, pues hoy en día no responde a lo que éticamente es excelente: “hoy las profesiones son, en definitiva, ‘carreras’ mejor o peor ejecutadas. Hacer una buena carrera profesional es sinónimo de triunfar en la profesión, sinónimo a su vez de haber alcanzado la excelencia que, en muchas ocasiones, equivale asimismo a haber sabido enriquecerse”. Esto ha limitado el *êthos* de las profesiones sanitarias, pues se ha reducido su integridad, situándonos en una problemática de la que hay que responsabilizarse. Continuando en la línea teórica de Camps, la autora nos lleva a reflexionar que “el *êthos* profesional reducido a un *êthos* mercantilista y burocrático no atiende al cultivo de los valores o virtudes que debería exhibir la práctica sanitaria” (Camps, 2007).

Si volvemos nuestra mirada hacia la Fonoaudiología, encontraremos la palabra profesional de excelencia en muchos perfiles de egreso. Lo interesante de relevar es que muchas veces se confunde competente con excelente, ya que en realidad lo que encontramos en dichos perfiles y mallas curriculares es una formación competente, con asignaturas orientadas a la técnica y que intentan desde mallas, re-hechas sobre sí mismas, distinguirse de otras usando los mismos recursos. Entonces, el resultado es muchas veces similar en cuanto a lo técnico, pero no en el carácter del fonoaudiólogo.

Excelencia, en su etimología, nos conecta nuevamente con Grecia y se refiere a la *areté* o perfección de algo. Dicha perfección se obtenía por el cultivo de las virtudes, pero una virtud no aparece porque se declara. Situémonos desde un ejemplo: no serán profesionales justos, porque se dice o declara que deben serlo, si durante los cinco años de pregrado no se practicó, enseñó y realizó la justicia, es imposible que se encuentre presente. Por lo tanto, nadie será excelente por resolver casos clínicos, aprobar las prácticas profesionales o todas las asignaturas. Si el carácter no fue trabajado en torno a la excelencia desde que se ingresó a la Universidad, no puede ser asumido que aparecerá al titularse. Tampoco puede atribuirse a una responsabilidad del lugar de procedencia del estudiante, es decir, que viene desde la formación del hogar, generando un discurso falaz en el que los académicos suelen argumentar que dicha formación debe venir desde el hogar e ingresar a Fonoaudiología con esa dimensión formada. La contradicción en esa aseveración es evidente, pues si bien se menciona que el Fonoaudiólogo al trabajar con personas requiere de otras características que no son sólo dominar una técnica, simultáneamente no se enseñan (Sandoval, Bratz 2016).

Lo anterior trae una doble exigencia: el cultivo del *êthos* del estudiante por una parte y el cultivo del talante moral en el formador. De esta manera, no se puede omitir ni pasar por alto que la formación de un futuro fonoaudiólogo/a tiene un modelado moral y ese modelado es responsabilidad de los formadores. Contextualicemos a través de un

ejemplo: al iniciar la práctica profesional, podríamos tener una brecha entre lo que intentó entregarse en la formación teórica (en cuanto al carácter) y al momento de enfrentar sus procesos prácticos, ya que las/os estudiantes se encuentran con una situación completamente opuesta, respecto a cómo /ser/ en relación a los consultantes. El estudiante se verá enfrentando a una incongruencia moral que puede ser muy deformadora del carácter profesional. Por lo tanto, este trabajo no es sólo para el estudiante, es un imperativo para todos los formadores. Esto puede ser muy sencillo de observar si, por ejemplo, tenemos un tutor de práctica que orienta sus acciones por obediencia y castigo (estadio moral equivalente a un pre- escolar). Este formador modelará esta conducta en el estudiante y tendremos un futuro profesional que operará con la misma operación mental, pero la diferencia es que al que castigará será a un futuro consultante y se podrá reflejar en frases como: “Si usted no me hace caso, no lo podremos seguir atendiendo”, “Usted es desobediente, me tiene que hacer caso”.

Entonces, el desafío está en cambiar la operación mental de cómo estamos formando, y para eso es necesario en primera instancia cambiar la orientación curricular que se enfoca sólo en el profesional competente, y así recuperar el significado de excelencia profesional. Lo anterior debe verse reflejado en las propuestas curriculares, que deben tener como eje transversal la formación del *êthos*, para de esta manera no seguir cometiendo el error de responder a modas o tendencias curriculares, repitiendo nombres o redactando perfiles de egreso polisémicos, que muchas veces nos dicen todo y nada.

1.6. VALORES Y FONOAUDIOLOGÍA: UNA PROPUESTA PARA EL ÊTHOS

De acuerdo a lo planteado por Camps (2007), los valores son aspectos constituyentes del *êthos*. A continuación se revisará la conceptualización de valores desde la perspectiva de dos autores. Por una parte, se abordará la propuesta de Frondizi, quien aporta una visión general sobre esta amplia temática; y por otra, la línea teórica de Gracia (2011), que ofrece lineamientos prácticos sobre cómo aproximarse a la cuestión del valor y, a su vez, reflexionar sobre su construcción.

El presente capítulo intenta precisar qué son los valores, pues suelen ser homologados con estados psicológicos, ideales y abstracciones, entre otras cosas. Uno de los puntos que destaca Frondizi (1958), es la distinción de la naturaleza del valor, ya que se debe asumir que no existen en la realidad y que su existencia se manifiesta a través de un depositario de dicho valor. Junto con esto, tampoco son bienes materiales, el autor explica: “la necesidad de descansar en un depositario da al valor un carácter peculiar, le condena a una vida “parasitaria”, pero tal idiosincrasia no puede justificar la confusión del sostén con lo sostenido” (Frondizi, 1958). De esta forma, los bienes son las cosas valiosas, es decir, la cosa más el valor incorporado. Ahora, como la existencia del valor aparece como una cualidad en relación al depositario, Frondizi profundiza en dicha definición, explicitando que: “más apropiado sería afirmar que los valores son cualidades

irreales aunque no ideales, pues no agregan realidad o ser a los objetos, sino tan sólo valor. Cualquiera que sea la denominación, lo cierto es que los valores no son cosas ni elementos de cosas sino propiedades, cualidades sui generis, que poseen ciertos objetos llamados bienes”.

Otra de las disputas que se han generado en torno a los valores es si son objetivos o subjetivos. Por un lado, si se acoge la perspectiva objetiva, el valor tendrá existencia independiente del sujeto que valora. Por su parte, si se lo considera subjetivo, el valor depende del sujeto que realiza la valoración. Esta lucha entre objetivismo y subjetivismo podría ser interminable, porque podría no lograrse el consenso si las posiciones se vuelven polarizadas. Frente a esto, Frondizi (1958) plantea que: “esta vuelta en círculo, de una posición a la contraria y de ésta a la primera, nos hace pensar que quizás la dificultad se derive de que el problema ha sido mal planteado. ¿No estaremos ofuscados por el afán de reducir el todo a uno de sus elementos constitutivos? Esto es que el valor sea el resultado de una tensión entre el sujeto y el objeto, y ofrezca, por tal razón, una cara subjetiva y otra objetiva, engañando a quienes se atienen a una sola faz”.

Frente a las características de los valores, el autor sostiene: “la estimación no es intuitiva, sino resultado de una construcción, y los valores son constructos respectivos a la vida humana, cosas-sentido”. La estimación es considerada producto del aspecto emocional, así como análogamente la percepción es de lo cognitivo. De todas formas, existe una relación entre lo percibido y lo estimado, porque lo que se percibe es lo que se estima; de esta estimación surgen los valores, producto de la percepción emocional y con esto se realizan juicios de valor que van acompañados de conceptualizaciones. Resumiendo, en palabras de Gracia “la estimación, en tanto que tal, no se constituye por vía conceptual, sino emocional. Aquí no hay juicios en sentido propio, sino algo previo: percepciones emocionales, estimaciones, su correlato noemático son los valores. Y, precisamente porque el término de la estimación son los valores, pueden hacerse a partir de ella juicios de valor, es decir, afirmaciones sobre las cosas. En los juicios de valor intervienen no sólo estimaciones, sino también conceptos”.

Esta línea construccionista es la que también se escoge para este capítulo en relación al trabajo de la manifestación de los valores en el *êthos* profesional. En este sentido, podría pensarse que, al ser productos de una construcción, los valores entran al mundo del relativismo, pero Gracia no lo considera así, ya que su construcción proviene de la realidad, enriqueciendo a la misma. Los valores, al ser un proceso de co-construcción, se realizan a través del intercambio reflexivo, por lo que pueden ser potencialmente universalizables, es decir, no son a priori universales, aunque no todos los valores podrán serlo. Esta realización construccionista del valor no se opone a la universalización, ni al reconocimiento de valores intrínsecos e instrumentales. La diferencia entre intrínsecos e instrumentales, según Gracia es: “si decimos que las características básicas de los valores instrumentales son que sus soportes pueden permutarse y que su unidad de medida es monetaria, de modo que pueden comprarse y venderse, en el caso de los valores intrínsecos hemos de afirmar exactamente lo contrario. Y ello por

la razón obvia de que cada valor intrínseco es valioso en sí, de modo que el valor intrínseco que soporta una realidad es individual e intransferible”.

Pueden existir situaciones en las que un valor intrínseco sea comercializado por el valor instrumental que se puede desprender de él. Ahora bien, en el caso de los seres humanos, éstos son poseedores de valores intrínsecos, y si bien también poseen valores instrumentales, su condición intrínseca es la que permite su no comercialización. El autor señala que: “en cualquier caso, la distinción entre valores instrumentales e intrínsecos está en la base de toda teoría ética. Los valores más importantes para el ser humano son los intrínsecos o por sí mismos, dado que los otros no pueden contemplarse más que como meros medios para el logro de aquéllos, razón por la cual siempre han de estar a su servicio”.

Como se señaló, los valores son construidos al realizarlos y en su realización también se realiza el ser humano. Esto le otorga al valor realidad, porque su realización podría considerarse contraria a la perspectiva planteada por Frondizi (1958), que defiende su irrealidad. Según nuestro parecer, pueden resultar complementarias, pues asumiendo la perspectiva de Diego Gracia, los valores también tienen depositarios, similar a lo dicho por Frondizi, pero es en su realización donde encuentran realidad, tal como refuerza Gracia. Por lo tanto, es una realidad simultáneamente irreal, que se encuentra en esa condición mientras no se realice.

Como se ha precisado anteriormente, con los valores se puede incurrir en el razonamiento de que cualquier emoción finaliza en un valor, pero esto no es así, pues sólo sucede con los actos conscientes, con conocimiento y libremente realizados. Gracia señala: “los valores no son el término de cualquier tipo de afecto o emoción, sino sólo de aquellos que se sitúan dentro de un proyecto, en su triple momento cognitivo, emocional o valorativo y práctico o activo. Ahora bien, si esto es así, entonces resulta que el valor es inseparable de la praxis, de la realización. Los valores se proyectan emocionalmente y se realizan prácticamente” (Gracia, 2011).

La ética es la realización de valores y en la realización entre los momentos objetivos y subjetivos existe interdependencia, en otras palabras, se influyen mutuamente. Por lo tanto, se deben volver el objeto de nuestra actividad individual y colectiva, usando la deliberación para su realización. Al respecto, Gracia plantea que “la deliberación es un proceso intelectual, pero también emocional. Este momento, el emocional, es de particular importancia en este tema, dado que los valores se aprehenden emocionalmente. De ahí que la construcción de los valores necesite de una cierta educación emocional”.

La educación sentimental es una parte esencial de cualquier proceso de deliberación; actualmente, esto es lo que falta en los sistemas educativos, que sistemáticamente se eduque y trabaje en la construcción de valores, dejando atrás el polo relativista en el que fueron enmarcados (Gracia, 2011). Es una tarea, además de una responsabilidad personal y colectiva, trabajar nuestra autonomía, porque sin ella no puede existir deliberación. Formar en autonomía moral y construcción de valores es lo que debe ser el derrotero educativo de las casas de estudio. Las universidades deben tomar parte activa de dicho proceso, no relegando toda la responsabilidad

en la historia previa de su estudiantado. Finalmente, Gracia considera que: “de ahí la importancia de la deliberación moral. Y de ahí también que la deliberación deba de ser el objetivo de todo el proceso formativo, desde la más tierna infancia hasta sus grados más altos. De lo que se trata es de crear personalidades deliberativas, que son las opuestas de aquellas que buscan el éxito personal, el triunfo a toda costa, caiga quien caiga, la imposición del propio criterio por encima de todo, el ganar la batalla y salir victorioso en la vida, entendida como una lucha sin cuartel por la propia supervivencia. Desdichadamente, nuestro actual sistema educativo tiende más a formar en esto último que en la deliberación”.

En síntesis, la perspectiva construccionista de Diego Gracia nos entrega los pasos que se requieren para construir un valor, ya que comienza con el momento emocional o estimativo, para posteriormente seguir hacia lo cognitivo/valorativo y con los argumentos elaborados, llevarlos a su realización o momento práctico. Tal vez pueden surgir preguntas como: ¿cuál es su utilidad? ¿cuál es el sentido de los valores? Y tal como se ha mencionado en apartados anteriores, dentro de los constituyentes del *êthos* se encuentran los valores, y el hecho de que estos sean parte esencial de un *êthos* (sea una persona o profesión), tiene alcances en la vida diaria. La existencia de un sistema de valores claro, consolidado y argumentado, permite al ser humano sostener sus decisiones, avanzar en el desarrollo de su autonomía moral, enfrentar y resolver conflictos a través del diálogo. Por el contrario, cuando el sistema de valores está a medio construir, expone a la persona a la duda, y con esto a una moral heterónoma, que impide el avance hacia estadios superiores de autonomía moral.

El autor Lind (2016), plantea que el trabajo en valores y deliberación debe comenzar desde la etapa escolar, ya que así los jóvenes comienzan a encontrar los argumentos que pueden sostener sus decisiones y les permite avanzar hacia el desarrollo de la competencia moral democrática, que en palabras de Lind corresponde a la habilidad para resolver conflictos morales a través del diálogo y la argumentación, sin hacer uso del poder, persuasión o violencia, incluso permitiendo reconocer un buen argumento en otra persona, aun cuando no lo comparta. El desarrollo de la competencia moral democrática es clave para tener sociedades democráticas, que respeten los derechos humanos y sepan resolver conflictos a través del diálogo. La competencia moral democrática no aparece sola, debe ser trabajada, y si pensamos en la responsabilidad que se tiene como fonoaudiólogos, es una habilidad que debería ser trabajada en docentes y estudiantes, ya que esto permitirá evitar la orientación moral por obediencia/castigo, que es solo esperable en niños pre-escolares (Kohlberg, 2009).

A través de lo planteado, se comprueba que hablar sobre valores y profesión no puede ser un tema que quede en algo relativo, o que quede a la suerte de lo que venga desde el hogar del estudiante. Debe ser considerado parte del carácter constitutivo de una profesión y de eso no se escapa la Fonoaudiología. Por último, es importante mencionar que el ser humano es un proyecto inacabado, dicho en otras palabras, siempre está llamado a construir un nuevo valor y sumar a los que ya posee, para así avanzar en su propia autonomía. De igual forma, esto aplica para la Fonoaudiología.

1.7. PROPUESTA AXIOLÓGICA

En el apartado anterior, se relacionó el *êthos* con valores para construir una base teórica que de cimiento a la discusión que proseguirá a continuación, que pretende entregar una propuesta que sea aplicable a la disciplina fonoaudiológica.

Previamente se mencionó que para el presente trabajo se acoge la perspectiva construccionista para comprender el valor. Por lo tanto, nuestra propuesta axiológica para la Fonoaudiología está lejos de ser planteada como una verdad apodíctica, por el contrario, busca ser sólo un punto de inicio para un proceso de construcción que puede comenzar a crecer en colaboración con toda la comunidad fonoaudiológica. En el siguiente esquema se muestra una propuesta sobre la dimensión valórica que se contempla para nutrir el carácter de la disciplina fonoaudiológica. En las próximas líneas se procederá a explicar dicho esquema y definirlos conceptos que en él se encuentran.

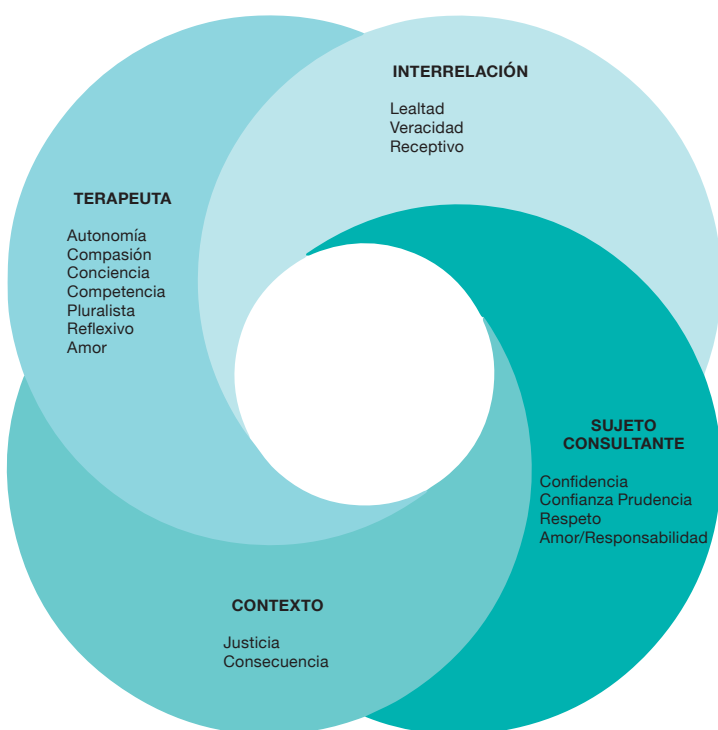


Figura 5. Dimensiones axiológicas. Elaboración propia para los propósitos del presente capítulo.

Es importante entender que la circularidad del presente esquema, intenta graficar el hecho de que cuando hablamos de un sistema axiológico, no podemos separarlo en gavetas que sean completamente independientes unas de otras. Por el contrario, desde la circularidad es más gráfico comprender la interdependencia entre cada uno de los valores propuestos y como cada uno aporta a la formación del carácter. Si bien se realiza una agrupación en cuatro dominios para poder explicar de mejor forma a qué tributan, se encuentran inter-relaciones y, al mismo tiempo, configuran el corazón simbólico de los valores fonoaudiológicos.

Las cuatro grandes áreas serán llamadas dimensiones axiológicas y cada una de ellas estará compuesta por valores participantes. Es necesario mencionar, que esta propuesta pretende visualizar transversalmente al profesional de la fonoaudiología, planteándose como un eje central del *êthos* en sí, por lo tanto, la propuesta no se relaciona con las áreas de desempeño (promoción, prevención, evaluación, habitación y rehabilitación).

1.8. DIMENSIONES AXIOLÓGICAS

1. **Dimensión del Ser:** esta dimensión corresponde al aspecto que configura las características axiológicas que debe desarrollar o poseer el terapeuta fonoaudiólogo. En otras palabras, corresponde a la base necesaria para desarrollar una profesión y en ningún caso son elementos que el estudiante debería o no traer de la casa. Es lo que la casa de estudio, independiente de su sello, debería trabajar como derrotero común al Ser del terapeuta y, por lo tanto, es la observación de sí mismo en relación a la Fonoaudiología.

Para construir esta dimensión, deben desarrollarse prácticas pedagógicas, mediadas por la deliberación desde que se ingresa en primer año hasta el egreso.

Los constituyentes de esta primera dimensión serán definidos a continuación:

- **Autonomía:** Al incorporarse la autonomía como un valor, lo primero que se precisa aclarar, es que no nos estamos refiriendo a una autonomía vinculada a actividades de la vida diaria o de desplazamiento. La propuesta hace alusión a la autonomía moral, entendida como la capacidad reflexiva que demuestra la evolución en los estadios de desarrollo moral que ha alcanzado un individuo y que le permite ser capaz de autolegislar, darle contenido a su propia acción, actuar sin coacciones externas ni internas, así como reconocer que existen principios universales que aplican para todos, asumiendo la responsabilidad ante la propia existencia y experimentando la libertad. Esta autonomía sitúa al individuo en la posición de comprender que, tal como él experimenta ese sentimiento en relación a sí mismo, también lo reconoce en otros. Por lo tanto, reconoce en los demás a interlocutores tan válidos como lo es él mismo, permitiendo así otorgar un trato que en la atención terapéutica potencie el crecimiento y despliegue de la autonomía del consultante, eliminando el paternalismo y la heteronomía en sus procesos terapéuticos.

- **Compasión:** Este valor corresponde a una de las virtudes en el proceso del cuidar, clave para el establecimiento de la relación terapéutica. En palabras de Torralba (2000), es la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Debe ser dinámica, no estática y convertirse en una acción solidaria hacia el otro: tratar de hacer todo lo que está al alcance para mejorar su situación. No debe contraponerse a la autonomía; por el contrario, la auténtica compasión tiende al desarrollo de la autonomía ajena y no a su servidumbre y empequeñecimiento. Aplicado a la relación terapéutica fonoaudiológica, se distingue de la empatía en que ésta última solo consiste en identificar en el otro alguna condición que padece. En cambio, esta compasión lleva a la acción de potenciar la autonomía, no a la lástima por la condición del otro. De esta manera, podemos establecer que es el sentimiento moral que permite en el terapeuta hacer algo más que solo prescribir una técnica, es la esencia para fundamentar el establecimiento de una relación terapéutica. Es importante destacar que no emerge sola, ni por la aprobación de asignaturas, ya que, al ser considerada una virtud, debe ir trabajándose a través de actividades pedagógicas que permitan su desarrollo durante el proceso académico, por ejemplo: trabajar primero en la esfera cognitiva a través de su fundamentación en clases, posteriormente reconocerla, observarla y tener una bitácora que permita en su práctica profesional analizar qué implica.

- **Conciencia:** La conciencia es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. Ser consciente de algo es asumirlo, es reflexionar en relación a lo que acontece y me ocurre durante el establecimiento de una relación terapéutica. Para Torralba (2000), también es considerada una virtud, por lo tanto, solo se logra la perfección (excelencia), si es trabajada sistemáticamente. La conciencia como virtud significa reflexión, prudencia, cautela y conocimiento. Aplicado a la relación terapéutica fonoaudiológica, será la que nos permite darnos cuenta y evitar cursos extremos de acción, decisiones dicotómicas y apresuradas. Asimismo, nos permitirá reflexionar si lo que técnicamente es posible, es lo éticamente adecuado para la persona y, de esta manera, será la guía para fundamentar las decisiones no solo en la técnica, sino contemplando el contexto y, por consiguiente, permitiendo que el fonoaudiólogo pueda darse cuenta del impacto que genera el despliegue del proceso terapéutico y el devenir de la persona con la que está construyendo la relación terapéutica.

- **Competencia:** Ser competente en un determinado ámbito profesional significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. Requiere el conocimiento del ser humano desde una perspectiva global. Torralba (2000), nos dice que corresponde a una de las virtudes básicas de la perspectiva deontológica. La competencia como valor se materializa en el fonoaudiólogo en su faceta inquisitiva, ya que busca las mejores estrategias terapéuticas que puedan existir para la persona que está tratando. Permite tener un compromiso con la actualización constante, como una cuestión de deber para el espacio terapéutico y no por una cuestión de orgullo personal. Requiere también sinceridad,

permitiendo saber derivar cuando se reconoce el desconocimiento en un área determinada.

- **Pluralismo/ista:** El pluralismo será la capacidad para reconocer que nos encontramos en una sociedad de pluralismo axiológico, en la que co-existen diferentes ideas de buena vida, pero que eso no implica que algunas de estas ideas se encuentren por encima de otras. Por lo tanto, el terapeuta estará capacitado para no imponer su forma de buena vida al espacio terapéutico, permitirá reconocer en el consultante argumentos bien elaborados, aun cuando no los comparta. Podrá, entonces, estar capacitado para brindar un espacio terapéutico a diferentes ideologías, visiones y personas que puedan consultar y pedir su ayuda, reconociendo a la diversidad como un carácter constitutivo de la especie humana. Es importante mencionar que el pluralismo no emerge por generación espontánea o porque está descrito en el perfil de una universidad. Si una persona no tiene trabajado su sistema valórico ni tiene desarrollada la competencia moral democrática, podrá decir que respeta o que es pluralista, pero en el interior no lo sentirá así. La deliberación de situaciones cívicas diversas, es una herramienta para desarrollar el pluralismo, clave para establecer sociedades democráticas.

- **Reflexividad/ivo:** La reflexividad como un valor y el ser reflexivo como la realización del mismo, se encuentra plenamente vinculado a la conciencia. La reflexión levantada como un valor permitirá desarrollar el compromiso en el fomento de esta acción, que tiene diferentes niveles de operación, tal como se expuso en apartados anteriores al mencionar la perspectiva de Maliandi en torno a los niveles de reflexión. Los niveles de esta operación consistirán en la capacidad de observación e introspección que permiten analizar un suceso, acción o efecto de la misma en la persona atendida, en el espacio terapéutico y en niveles más avanzados de reflexión, observar toda la interacción terapéutica desde una óptica ajena, donde el observador se vuelve observante y observado. Este nivel será el más difícil de cultivar, porque es el que permitirá que el terapeuta pueda cuestionar su práctica, modo de ser e, incluso, las prácticas que han estado instauradas en su lugar de trabajo por mucho tiempo. Al igual que los otros valores, esto debe ser trabajado, no aparecerá solo por resolver casos clínicos, que si bien permiten niveles de reflexión en torno a la persona que es atendida, no progresa hacia niveles más complejos.

- **Amor:** Expresado como el sentimiento afectivo y de entrega con el que se realiza el ejercicio profesional, es inmotivado y surge como una entrega hacia la otredad, sin ser intervenido por la necesidad de una reciprocidad de la otra parte. Permite al terapeuta entregar algo más que solo la técnica que maneja, pero que no queda condicionado hacia cuanto responde el otro. Es un sentimiento que exige desapego, para así no demandar en el sujeto que participa del proceso terapéutico una entrega similar a la desarrollada por el terapeuta, liberando del egoísmo al vínculo terapéutico, permitiendo consolidar un relacionamiento de cuidado desinteresado.

2. Dimensión persona /comunicando/ otredad/ sujeto/ consultante/ agente comunicativo:

esta dimensión axiológica se relaciona con el vínculo que se establece entre terapeuta y la persona. Si bien, por una parte, en paralelo se trabaja el Ser, es en esta dimensión donde aquello tiene un decantamiento. Pero que, a su vez, requiere de otros valores complementarios en función de la mirada de la persona.

- **Confidencia:** La confidencialidad es la virtud que protege a otro de su exhibición. Según Torralba (2000), se vincula con el respeto y la práctica del silencio, cuando corresponde, manifestando capacidad para preservar la vida íntima del otro, su privacidad y su universo interior. En la relación terapéutica, genera el espacio de protección durante la terapia, que permite la expresión de deseos, aspiraciones y anhelos, sin correr el riesgo de la exposición. También permite resguardar la vida comunicativa y el cuerpo de la persona que recibe terapia, tanto en el momento en que ocurre el proceso terapéutico como en material audiovisual. Es la virtud que permite proteger a la persona, que su historia sea contada, utilizada o incluso ironizada frente a otros colegas, estudiantes o familiares del terapeuta.

- **Confianza:** La confianza se encuentra relacionada con la confidencia y se convierte en un elemento clave en la atención de las personas, pues es el vínculo que genera la fidelidad, manifestada en la confianza depositada en quien me atiende y la creencia de que maneja el arte que dice profesar, es decir, es un acto de fe que se tiene hacia el que me brinda atención. Al confiar en el terapeuta, la persona está creyendo en él, se pone en sus manos. Es importante mencionar que la relación terapéutica es un momento de vulnerabilidad, cualquier atención de salud lo es, porque en ese momento, estamos dispuestos frente a un extraño a responder preguntas íntimas, que nuestro cuerpo sea observado, examinado y categorizado. Por lo tanto, el terapeuta fonoaudiólogo, debe recordar que vulnerar dicho espacio, puede generar un sentimiento moral de agresión e impotencia, tan solo basta con que no se haya escuchado o brindado una mirada que acoja, o falta de una escucha activa, para que esa otredad que ha ingresado al espacio terapéutico, sienta mermada la confianza puesta en un profesional al que se está entregando y dando un voto de fe.

- **Prudencia:** Se manifiesta en el terapeuta a través de la capacidad de discernir y distinguir los mejores cursos de acción para una situación terapéutica, siendo capaz de observar detenidamente y explicarlos a la persona que consulta. Es a través de este valor que el terapeuta puede moderar sus impulsos y evitar decisiones apresuradas, mediante el uso de la cautela. Desarrollar y aplicar prudencia dentro del espacio terapéutico fonoaudiológico es muy necesario, considerando al tipo de consultante que puede visitar al terapeuta. Este consultante puede manifestar distintos tipos de dificultades que se relacionan con la narrativa vital y el rol que juega la comunicación en dicha narrativa. Es así como regular y sopesar, además de entregar consejos podrá ser una tarea necesaria en el trabajo con personas en cualquier momento del ciclo de la vida, sea a través de la familia, en el caso de la primera infancia, o con la misma persona

desde la adolescencia hacia adelante. Al igual que todos los otros valores mencionados hasta aquí, la prudencia no aparecerá por aprobar con excelencia anatomía de cabeza y cuello o cualquier otra asignatura técnica, por lo tanto, la prudencia requiere cultivo en la dimensión personal del futuro terapeuta, que no se obtiene solo por adquirir el dominio técnico.

- **Respeto:** Reconocimiento que hace el terapeuta a la persona que ingresa al espacio terapéutico, al considerarla un interlocutor válido, permitiendo generar un espacio de intersubjetividad en el que, simultáneamente, se reconoce a sí mismo como entidad única y, por dicha razón, considera y valora esta cualidad en los otros seres humanos. Es este valor el que permite reconocer la autonomía y dignidad intrínseca del ser humano, otorgando un trato que promueve el engrandecimiento del consultante. La falta de desarrollo de esta dimensión puede llevar al trato heterónomo, que se manifiesta en el paternalismo y se podría ejemplificar con un profesional fonoaudiólogo que se dirige al consultante diciéndole: “Yo sé lo que es mejor para usted y su vida”, “yo sé lo que es calidad de vida para usted”. En otras palabras, será el terapeuta quien tome el control total del vínculo terapéutico y no permitirá la co-construcción de objetivos con la persona, aun cuando en lo lingüístico no sea grosero con el consultante. No admitirá a otro que controle dicho espacio y el paternalismo será su forma de operar o guiar la terapia. En esa manifestación no hay reconocimiento de la autonomía ni trato digno, porque no se manifiesta el principio de reciprocidad, que solo puede existir cuando el terapeuta ha trabajado el respeto dentro de su carácter.

- **Responsabilidad:** Hablar de responsabilidad implica la asunción consciente de las decisiones que se toman en torno al espacio terapéutico, pero junto con esto, también es responder por los efectos de dichas acciones. No puede emerger la responsabilidad si no se ha avanzado en los estadios de desarrollo moral, es decir, llegar a niveles superiores de autonomía moral es lo que permite en un sujeto asumir la responsabilidad ante la propia existencia. Pero si tenemos a una persona que todavía persiste en un desarrollo moral orientado a la obediencia/castigo, será muy difícil que pueda desarrollar la responsabilidad. Esto se puede ejemplificar con un niño pre-escolar, al que no se puede exigir responsabilidad por las acciones que realiza, ya que todavía no hay una conciencia por sus actos y cuando llega un castigo por alguna mala acción, ya se siente liberado. De igual forma, el profesional que persista en un estadio de obediencia/castigo, corresponderá a una orientación moral heterónoma, que se traduce en hetero-responsabilidad, la autonomía de responsabilidad, en el que siempre habrá un “culpable” diferente a él. Por lo tanto, en sus prácticas terapéuticas también replicará la modalidad de obediencia y castigo, transformándose en un terapeuta castigador con los otros, con poca capacidad dialógica, teniendo grandes dificultades para dialogar cuando alguien piense diferente a él y experimentando un sentimiento de ofensa cuando alguien no comparta su misma opinión. Esto implicará que frente a sus actos y las consecuencias de los mismos, no puede asumir responsabilidad, solo sentirá que si comete un error y es sancionado por ello, eso ya es suficiente. Se traducirá en un discurso de: “¿Qué más quieren? ¡Me hicieron un sumario!, ¡Me llamaron la atención!”.

Desde el punto de vista del desarrollo moral, Kohlberg (2010) señala que todas estas frases son reflejos de hetero-responsabilidad y heteronomía, el problema es cuando alguien de estas características comienza a atender personas o incluso formar a otras personas, ya que, probablemente, las personas que estén bajo su cargo no podrán manifestar un disenso, ni será posible dialogar, así como tampoco este terapeuta será capaz de responsabilizarse por sus prácticas, porque su desarrollo moral no le permite el ejercicio reflexivo, aunque evidentemente no lo eximirá de las consecuencias de sus actos. Finalmente, queda de manifiesto que trabajar la responsabilidad no es algo tan sencillo como escribirla en el perfil de egreso porque suena bien, sino que es un trabajo muy vinculado al desarrollo moral y que, además, requiere analizar a los formadores, porque si éstos son heterónomos y hetero-responsables moldearán profesionales así, que orienten sus acciones desde la obediencia y el castigo, con poco o nulo desarrollo de la competencia moral democrática, pobre capacidad dialógica y donde siempre algo o alguien tendrá la “culpa” por lo que no resultó bien.

3. Dimensión inter-relación: Este apartado hace referencia al cultivo de valores que permitan al terapeuta fonoaudiólogo relacionarse con otros colegas, mediante un intercambio dialógico en el que se construye la comunidad disciplinar basada en la colaboración y no en pensar al par como una competencia, sino como un potencial agente cooperador.

- **Lealtad:** Valor que se cultiva en la interacción con otros pares, plasmado en la fidelidad hacia el otro colega, que se manifiesta en el respeto, protección y evitar el descrédito entre miembros del colectivo profesional, hablando mal de ellos frente a otras personas o profesionales de otros gremios, manifestando un compromiso con los integrantes del colectivo profesional fonoaudiológico, a través del reconocimiento de la labor que realizan colegas de la misma área.

- **Veracidad:** Valor que se concreta a través de la interacción con otros profesionales, entregando información verídica, manifestando hacia los otros un trato honesto, sincero y franco, evitando las duplicidades e hipocresías. Lo principal es ser capaz de utilizar el diálogo, poder manifestar los puntos de disenso y no ocultar información, o tergiversar la misma en función de intereses personales. Requiere un absoluto desarrollo de la responsabilidad y la autonomía moral, ya que en un sistema moral heterónimo, la veracidad no podría manifestarse si todo es visto en función del miedo al castigo. En la formación del estudiante se traduce en un compromiso con la sinceridad de su proceso de aprendizaje y responsabilidad con lo que sabe y lo que no, evitando exponer a riesgos a personas que se encuentren bajo su atención, hasta incluso adulterar, falsificar u omitir información relevante para un contexto clínico/educativo.

- **Receptividad:** valor que permite desarrollar una predisposición balanceada a las opiniones que otros colegas puedan realizar de nuestro desempeño y que conlleve enriquecer la práctica personal. Esta receptividad permitirá reconocer la calidad de los argumentos de otros colegas, promover una capacidad dialógica, evitar conflictos de poder y rivalidad, así como abrirse a experiencias de intercambio en donde las opiniones divergentes no impliquen un sentimiento moral de agresión cuando no son compartidas.

4. Dimensión entorno: Esta área corresponde a los contextos sociopolíticos y ambientales en los que se desempeña la profesión, que implican no solo desplegar el manejo técnico, sino reflexionar sobre el impacto que tiene trabajar en uno de los constituyentes identitarios de la especie humana, como lo es la facultad del intercambio comunicativo. Dentro de esta dimensión, no solo aplica el contexto inmediato del agente comunicativo que participa en la terapia, sino que también el medio ambiente, entendido como el entorno próximo rural o urbano y las incidencias en los sujetos. Las circunstancias sociopolíticas se plasman en el acontecer territorial, cambios legislativos, participación social, por nombrar a algunos. La sub-área cultural e histórica, permite comprender el devenir de una nación y las características estilísticas que se han desarrollado para interactuar comunicativamente, comprendiendo los impactos de los procesos de intercambio cultural, desarrollando una mirada que reconoce el dinamismo de la misma y la imbricada red que se establece entre los diferentes sectores de una realidad cultural diversa.

- Justicia: Una virtud que implica una voluntad firme y sincera de promover y proteger lo que a cada uno le corresponde, buscando desarrollar y promover espacios dialógicos, que incentiven un trato justo y reconocimiento de los seres humanos en sus condiciones diversas, evitando, asimismo, que las distintas condiciones sociales, culturales, identitarias, impliquen un menoscabo en las personas. De esta manera, resulta vital promover el desarrollo de la competencia moral democrática y el reconocimiento de los derechos humanos como un derrotero en la práctica terapéutica.

- Compromiso: Se manifiesta en el desarrollo de una responsabilidad ampliada al contexto en el que se inserta el ejercicio profesional, donde el fonoaudiólogo es un agente activo en que su aporte radica en algo más que solo entregar una determinada técnica terapéutica. Se trata de hacer expansivo su quehacer, entendiendo el trascendente rol que ocupa la comunicación en el desarrollo humano.

1.9. COMUNICACIÓN: REFLEXIONES PARA LA FONOAUDIOLOGÍA

Pensar en un subtítulo de este estilo, puede parecer innecesario para una profesión que declama habilidad y experiencia en la comunicación humana. Pero, es sobre este asunto, que hemos decidido plantear y aventurarnos con la siguiente afirmación: la disciplina fonoaudiológica, respecto a la comunicación, tiene una relación paradójica. El fundamento de esta paradoja es que, en realidad, los que profesamos la disciplina no sabemos realmente de comunicación, aunque declaramos ser los expertos en la misma.

A continuación, presentaremos una fundamentación con referentes teóricos filosóficos sobre lo que se entiende por comunicación, para luego plantear una propuesta reflexiva sobre la relación entre Fonoaudiología y Comunicación, y así atravesar y explicar el por qué de la paradoja con la que hemos comenzado este apartado.

Comunicación y Paradoja

Todas las declaraciones de perfil de egreso o profesional atribuyen a la Fonoaudiología desarrollar competencias en torno a la comunicación humana, para específicamente poder tratarla, habilitarla, promoverla o evaluarla. Sin embargo, cómo comprendemos y fundamentos la profundidad de la comunicación, no es un asunto muy desarrollado. Esto nos lleva a mencionar el primer fenómeno que tiene vinculación con la paradoja mencionada en párrafos anteriores: la tecnificación de la comunicación.

El atentado a la comunicación: La técnica de la Fonoaudiología

A medida que la profesión ha ido profundizando su quehacer y sus áreas de desempeño (que cada vez son más), por una parte, se ha permitido la visibilización de la profesión (algo positivo), pero también, se ha puesto en una camisa de fuerza técnica a la comunicación. Esta camisa de fuerza ha tenido en parte vinculación con el fraccionamiento en nuestras áreas de desempeño muy bien conocidas (lenguaje, habla, voz, audición, sumadas también la motricidad orofacial y la deglución). Esto ha llevado a un punto en que la comunicación ha sido desprovista de todo fundamento reflexivo, quedando asociada a un sector del aparato cognitivo o estomatognático, sometándose a las tendencias de moda, y así, la hemos transformado en uno de los decorados que requieren alguna técnica para su tratamiento. De esta manera, dependiendo del enfoque que decida escoger el profesional de Fonoaudiología, puede transformarse en una de las funciones neuropsicológicas a tratar. Sin embargo, realmente la pregunta es si ¿hemos aumentado en fundamentos analíticos y reflexiones sobre todas las dimensiones en las que impacta la comunicación? Entendiendo así el rol protagónico que ocupa en la existencia y trascendencia humana, la manera en que crea mundos, experiencias y, finalmente, la existencia toda. La comunicación se transforma en la fuerza transformadora de la humanidad y la potencia que posee el poder de encontrar-nos y re-conocernos. Pero ¿cómo es enseñada en la Universidad? ¿cómo aprendemos a tratarla? ¿qué espacio le damos realmente? Si desde la Fonoaudiología nos hiciéramos conscientes de lo que tenemos entre manos, nuestro desarrollo disciplinar tomaría un curso muy distinto al que ha llevado hasta ahora y entraríamos a campos muchos más amplios del desarrollo humano y dejaríamos de “descomunicar” a la comunicación de la existencia.

Sortear la paradoja de ser experto en la comunicación y, a la vez, no conocer la comunicación, implica construir una mirada para la Fonoaudiología y este es un trabajo que como colectivo debemos comenzar, porque es una de las bases que debiera sustentar la identidad profesional. Para aportar al inicio de nuestra discusión disciplinar, es interesante revisar algunos planteamientos del filósofo Humberto Giannini, que nos permite reflexionar sobre intersubjetividad, comunicación y diálogo (Giannini, 2012).

La comunicación no puede ser definida, sin antes mencionar el momento clave de la experiencia humana: el reconocimiento del otro.

Desde esta otredad es dónde simultáneamente nos reconocemos y generamos un espacio simbólico, llamado para Giannini el “entre” propio de la interacción comunicativa (La metafísica eres tú), y desde esa interacción es donde se reconocen subjetividades y se configura el mundo gracias a dicha interacción.

El mundo se construye a partir de la palabra, desde ahí surgen las experiencias, encuentros y desencuentros que atraviesan el curso de la vida. Entonces este ‘entre’ será la intersubjetividad para el filósofo. En este espacio, se construye la experiencia civil y moral, es en este ‘entre’ dónde las autonomías crecen, ya que en palabras de Giannini (2012): “toda acción comunicativa comporta cierta experiencia moral y toda experiencia moral comporta algún tipo de acción comunicativa”.

Es así como en esta acción está la ética de la vida, entonces es inevitable pensar en la disciplina fonoaudiológica, que no solo está llamada a generar espacios de intersubjetividad, sino que tiene la gran responsabilidad de habilitar o rehabilitar el constituyente clave de la experiencia moral humana: la comunicación. La acción comunicativa, en la visión del filósofo, es el eje central de la experiencia del otro, es un encuentro, en el que ‘somos recíprocamente uno ante el otro’. Es así, como la tesis de Humberto Giannini es de gran impacto para la disciplina, ya que resalta el hecho de que todas las manifestaciones de la comunicación son una experiencia moral. Pero ¿qué significa esto?, la experiencia moral es la que permite, una vez reflexionada, avanzar en estadios morales más profundos, permitiendo al sujeto abandonar operaciones mentales autorreferenciales, instrumentales, y castigadoras, que no permiten el reconocimiento del otro como un interlocutor válido y, con esto, no progresar a niveles más avanzados de autonomía moral. Por lo tanto, la comunicación, en cuanto a la acción comunicativa, es el pivote de la vivencia humana, el lugar dónde ocurren los acuerdos, se reconocen mutuamente los interlocutores, con el propósito de reaccionar ante lo propuesto por una otredad. También se puede negar la comunicación, en ese caso estaríamos frente a in-comunicación, en la que no reconocemos al otro como un interlocutor válido y no permitimos que ingrese al espacio intersubjetivo. Con esta acción, estamos negando la expresión de la eticidad de la vida y el sentido de lo humano. El no responder y no reaccionar ante otro, generando in-comunicación, es un acto de violencia. Una agresión moral, como diría Giannini, un atentado a la autonomía moral.

Por dicha razón, es que para este autor el diálogo es clave para la acción comunicativa exitosa, en sus palabras: “donde el otro aparece ante mí; y en cualquier circunstancia, como agente de iniciativas, y como interlocutor válido en relación a mis propias iniciativas. Y es aquí donde vale esencialmente el concepto de reciprocidad, medida ética de la interacción”. Ese interlocutor es válido cuando se le cede la iniciativa, que se puede manifestar en réplica, pregunta, interpelación o el silencio, por lo que para Giannini toda acción comunicativa es dialogal por su naturaleza y sentido.

La obra de Humberto Giannini tiene grandes profundidades y solo hemos mencionado algunas ideas generales. Recogiendo los planteamientos

del filósofo chileno es que podemos apreciar lo que implica no solo estudiar, sino intentar tratar la comunicación humana, entendiendo, entonces, que todo acto terapéutico en esta esfera es y se vuelve una acción ético-política, porque es en la acción comunicativa dónde se construye el espacio civil. Por lo tanto, la terapia comunicativa, es un espacio para el desarrollo de la autonomía moral, permite la vivencia de la ciudadanía y le devuelve a la persona su posibilidad ciudadana. De esta manera, no solo hacemos terapia al 'defecto lingüístico', eso es solo una dimensión, le estamos haciendo terapia a alguien que necesita recuperar su posibilidad de hacer uso del espacio civil y, con esto, ser reconocido como un interlocutor válido. Es decir, la terapia es en sí acción comunicativa, es el centro de la experiencia ética humana y con ello de la vivencia política, siendo en sí la fuente dinámica y viva de los derechos humanos. Ahí es donde ocurren.

Esta es la oportunidad en que el profesional de Fonoaudiología se vuelve un transcomunicador, es decir, derriba las barreras y agresión moral que impone la incomunicación y lleva la posibilidad de construir espacios dialógicos a diferentes dimensiones, liberando a la comunicación de su camisa de fuerza. Así, el terapeuta fonoaudiólogo puede entender su saber cómo trascendente a la esfera fonoaudiológica, participando desde una transcomunicación, derribando fronteras y reduciendo el espacio entre y con el otro, ayudando a la creación de espacios civiles dialógicos, justos y recíprocos. El desafío radica en superar la paradoja del conocimiento-ignorancia, darle una nueva mirada a lo que la disciplina tiene entre manos y la gran posibilidad de dar un giro reflexivo a la vida social, liberando a la comunicación del confinamiento técnico en que se encuentra, reduciendo a su mínima expresión lo que debería tratarse como el eje central de la existencia humana.

Formación Universitaria y la Paradoja

No se puede dar por hecho que lo mencionado en el apartado anterior, pueda cambiar solo por decirlo, debe ser un ejercicio reflexivo que se inicie en la disciplina, pero que también se extienda a las casas formadoras, ya que es ahí donde se gestan los nuevos rumbos de la profesión. Las universidades deben fomentar la reflexión en la acción, como plantea Conill y Arenas-Dolz (2010): "que es la capacidad que posee todo profesional competente de manejar y manejarse en aquellas zonas de incertidumbre, singularidad y conflicto". Al incrementar este quehacer, se cultiva el *êthos* de la profesión, porque lleva a pensar, organizar y reorganizar lo que se hace, mientras se hace. En este aprender haciendo, a los profesionales se les debe cultivar la imaginación, porque ayuda a la configuración del *êthos* al fomentar las capacidades de juicio, sensibilidad, que tienen directa relación con la deliberación en valores, la auto examinación y la posibilidad de dudar de nuestra virtud absoluta en relación con la visión que tenemos de las cosas (Conill y Arenas-Dolz, 2010). Las universidades están llamadas a preguntarse por el perfil del profesional que están formando, porque las éticas profesionales pueden aportar al diálogo social dentro de las instituciones para combatir, tal como lo plantea Domingo (2010): la

“tendencia al aislamiento de las áreas, los departamentos y las áreas de conocimiento en los que se organizan las universidades”. Por lo demás, las instituciones de educación superior tienen la necesidad de formar ‘buenos profesionales’, no solo centrado en el aspecto profesional, donde no basta con que sea un buen técnico, sino que debe confluir con el ser ‘buena persona’. Por lo tanto, las universidades deben ocuparse de la calidad moral personal de sus estudiantes.

Domingo (2010), al respecto plantea: “La universidad tiene que facilitar el entrenamiento en la capacidad de juicio y en la adquisición de una sabiduría práctica que no se consigue únicamente con el estudio de casos, con el conocimiento en la aplicación de principios, sino con el conocimiento crítico de la realidad social en su conjunto. Esta sabiduría práctica es cada día más necesaria para formar el carácter, no sólo la personalidad profesional, el estilo de vida profesional o simplemente el talante profesional. Cuando hablamos de forjar el carácter nos referimos a la posibilidad de llegar a ser sujetos con personalidad propia, con proyecto de vida propio y a la necesidad de resistir ante un capitalismo flexible que está contribuyendo a la corrosión del carácter en la organización de la vida profesional”. Es importante destacar, que, si bien las universidades tienen un rol protagónico dentro de la formación del ser de una profesión, no constituye un rol exclusivo. Considerando que la interacción entre el colegio profesional, la universidad y los titulados, constituyen la articulación clave para permitir avanzar en niveles más profundos de reflexión. Ahora bien, los titulados no pueden evadir que el ejercicio reflexivo, es una práctica que debe afianzarse y enriquecerse a medida que se ejerce la labor fonoaudiológica y que no culmina con la obtención del título profesional. Para poder aportar a este desarrollo es que se pueden incorporar estrategias pedagógicas que permitan trabajar durante toda la formación:

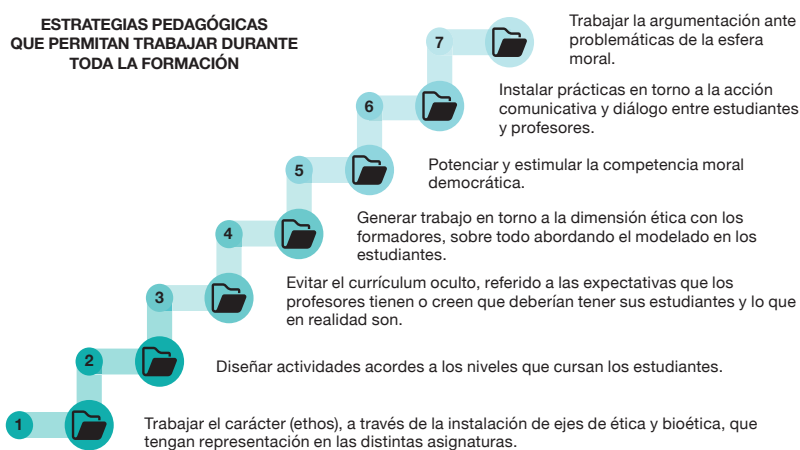


Figura 6. Estrategias pedagógicas que permiten trabajar durante la formación la identidad profesional. Elaboración propia para los propósitos del presente capítulo

En la medida que la Fonoaudiología ha intentado objetivar al sujeto, le sustrae lo subjetivo que lo convierte en ser humano, por lo tanto, se deshumaniza la relación en la que se establece un “vínculo” con un objeto. Es así que coincidimos con lo que plantea Kottow y Bustos (2010), para quien: “desconocer al sujeto trunca al ser humano, que ya no es tal sino una caricatura objetivada, y si la medicina actúa sobre ese ser humano fragmentado, no está haciendo medicina humana sino deshumanizada. Este tenor de medicina cosifica al paciente y sus padecimientos y en consecuencia cosifica a quienes la ejercen”.

Durante el transcurso de la historia de las Ciencias, se privilegió la búsqueda de la objetividad, implicando la exclusión del sujeto. Sin embargo, este énfasis objetivista ha olvidado que aquel que está pasando por un evento que desequilibra su estado vital y comienza a recibir el apelativo de ‘enfermo’, está siendo afectado en su subjetividad, relacionado con las experiencias que devienen por el padecer alguna patología (Kottow y Bustos, 2010). En este punto, es relevante mencionar, que aquel que otorgará la solución o dará las esperanzas al enfermo es un otro, que desempeña el rol de profesional de la salud. Dicho profesional, al tener que reconocer en ese otro su condición de sujeto, simultáneamente se vuelve un sujeto, un yo activo, que puede generar la relación de confianza con ese otro que lo busca, llevándonos a las palabras de Giannini: la reciprocidad.

Hoy en día, los procesos de enfermedad se han comenzado a vivir como una experiencia anónima, en que el enfermo recibe órdenes y debería cumplir con lo que el profesional le indica. Así, surge según Kottow y Bustos (2010) “el nuevo estatus del médico privado y posterior profesional de la salud, seguro de su saber y ascendencia sobre la masa de enfermos inferiores en su condición de afectados, a los cuales diagnóstica, trata y conduce en virtud de la nueva autoridad que le confieren la ciencia y la legitimidad social”.

1.10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balderas Gutiérrez, Karime Elizabeth (2013). "Elementos que constituyen la identidad profesional de la enfermería" en Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo en <https://atlante.eumed.net/identidad/>
- Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS humanidades médicas*, 21, 13.
- Conill, J., y Arenas-Dolz, F. (2010). *Ética hermenéutica de las profesiones*. En: Correa, M. (Ed.), *La Riqueza Ética de las Profesiones* (pp. 55-89). Santiago, Chile: RIL.
- Cortina, A., y Martínez, E. (2008). *Ética* (4a ed.). Madrid, España: AKAL.
- Domingo, A. (2010). *Ética de las profesiones y formación universitaria: Tres modelos de responsabilidad profesional*. . En: Correa, M. (Ed.), *La Riqueza Ética de las Profesiones* (pp. 91-109). Santiago, Chile: RIL.
- Frondizi, R. (1958). *¿Qué son los valores? Introducción a la axiología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García V, Herrera A, Sandoval M. (2020) "Léxico Especializado para la Iniciación Fonoaudiológica". Editorial Universidad de Playa Ancha.
- Gracia, D. (2011). *La Cuestión del valor*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- Giannini, H. (2012). *La metafísica eres tú*. Santiago, Chile: Catalonia. Recuperado de <https://www.buscalibre.cl/libro-metafisica-eres-tu-la/9789568303815/p/1450930>
- Hirsch, A. (2013). Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario. *Perfiles Educativos*, 35 (140), 63-82.
- Jadresic A. (2012) El año en que fue inaugurada la Escuela de Fonoaudiología. En: Fonoaudiología Ed, editor. Historia de la Fonoaudiología. Santiago, Chile 2012.
- Kohlberg, L. (2009). *De lo que es a lo que debe ser*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.
- Kottow, M., y Bustos, R. (2010). *Antropología médica* (1a ed.). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Lind, G. (2016). *How to teach morality. Promoting deliberation and discussion. Reducing violence and deceit* (Vol. 16). Berlín: Berlin: Logos Verlag.
- Maliandi, R. (2004). *Ética: Conceptos y problemas* (3a ed.). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Martínez E (2010). La ética profesional como proyecto personal y compromiso de ciudadano. In: M Correa PM, editor. *La Riqueza Ética de las Profesiones*. Santiago, Chile 2010.
- Martínez, L., Cabezas, C., Labra, M., Hernández, R., Martínez, L. M., Cerutti, M., & Malebrán, C. (2006). La logopedia en Iberoamerica. Actas del XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología, (págs. 1- 14). Granada- España.
- Martínez L. (2006) La Logopedia en Iberoamérica. Actas XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología; Granada, España.

- Martínez, P. (2010). *La ética profesional como proyecto personal y compromiso de ciudadano*. En: Correa, M. (Ed.), *La Riqueza Ética de las Profesiones* (pp. 23-54). Santiago, Chile: RIL.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (2a ed.). Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22,^a ed.) Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Risco, L. (2009). APUNTES SOBRE LA CONFIGURACIÓN ACTUAL DEL ETHOS MÉDICO. *Acta bioethica*, 15(2). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200004>
- Sandoval, M., y Bratz, J. (2017). Social representation of speech therapists' ethos in the metropolitan and Valparaiso regions of Chile. *La representación social del êthos profesional en fonoaudiólogos de las regiones de Valparaíso y metropolitana Chile.*, 19(1), 41–52. <https://doi.org/10.1590/1982-021620171914316>
- Torralla, F. (2000). *Constructos Éticos Del Cuidar*. 11(3), 136–141.



2. FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DEL QUEHACER PROFESIONAL

“Tenemos que cambiar nuestra actitud: en vez de competir, colaborar; en vez de desear, compartir. Por eso hablamos del fin del liderazgo y el inicio de la era de la co-inspiración y la colaboración.”

Humberto Maturana
Biólogo, filósofo y escritor chileno

Políticas públicas y rol fonoaudiológico: Una revisión del marco legal para las acciones en torno a la infancia y adolescencia

KATHERINE DINAMARCA-ARAVENA
YURI VEGA-RODRÍGUEZ

2.1.1. INTRODUCCIÓN

La Fonoaudiología es una profesión dedicada especialmente al cuidado de las personas en todo el curso de la vida que presenten dificultades en la comunicación, el lenguaje, la deglución y la audición; habilidades que toda persona necesita madurar, mantener y preservar. Todas estas funciones se desarrollan a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia y la adolescencia; de ahí la importancia de que existan acciones gubernamentales orientadas a la promoción y prevención de trastornos que podrían afectar el progreso de estos estadios e impactar posteriormente la vida adulta de la persona.

Creemos que es importante conocer, analizar y reflexionar respecto al marco normativo relacionado con el quehacer de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas para adoptar posiciones, medidas y acciones en torno a nuestras funciones profesionales y a la difusión de nuestro quehacer. Esto permitirá situarnos en el *quid*, como agentes activos que participan del diseño e implementación de políticas públicas orientadas a generar cambios en los determinantes sociales que afectan a la población infanto-juvenil; acciones que implican también nuevos horizontes en nuestro quehacer hoy en día en Chile. A través de este capítulo queremos hacer una breve revisión histórica respecto a las políticas públicas que Chile ha implementado en materia de salud y educación – que impactan en el bienestar de las poblaciones e influyen en nuestro quehacer – evidenciando necesidades de formación profesional emergentes que las universidades deben comenzar a promover para actualizar el perfil y el rol de profesionales de Fonoaudiología en el país, y que otorguen nuevas oportunidades de crecimiento de la disciplina en otras áreas del conocimiento que a la fecha no han sido del todo exploradas.

Así, la estructura del capítulo se divide en seis partes: la primera, nos invita a conocer el curso internacional del diseño e implementación de políticas para la infancia y la adolescencia. En la segunda parte, revisaremos de qué forma se han diseñado e implementado normativas en salud y educación en Chile en torno a paradigmas de cuidado y protección para

niños, niñas y adolescentes. En la tercera parte, realizamos una breve revisión respecto al rol de la Fonoaudiología en los ámbitos de salud y educación. Posteriormente, en atención a las actuales circunstancias a nivel mundial ocasionadas por la pandemia de COVID-19, reflexionamos respecto al rol de la Fonoaudiología en emergencias sanitarias y cómo esta situación pone de manifiesto, nuevamente, lo poco conocido y reconocido que es nuestro rol y lo fundamental que resulta como agente activo en la red sanitaria para alcanzar los propósitos del sistema de salud. Por último, realizamos una reflexión respecto a las diversas tensiones que atraviesa nuestro rol y los desafíos que nos plantean los nuevos tiempos en términos de formación profesional y participación en las políticas públicas en los ámbitos de educación y salud en el país que impactan en el bienestar de nuestra sociedad.

Esperamos que la lectura de este capítulo permita nutrir la comprensión de nuestro rol en áreas tan importantes como salud y educación y que, a su vez, promueva en los lectores un interés creciente por visibilizar nuestra tarea a través de prácticas que evidencien la importancia de la disciplina en la sociedad actual. De igual modo, esperamos que sea fuente de inspiración para actores relevantes relacionados con la formación y el quehacer profesional. Es una invitación a promover instancias de desarrollo y ampliar el alcance de la disciplina, entendiendo esto último, como acciones que se vinculan con distintas áreas del saber, en las cuales nuestra participación es importante para promover y promocionar un mejor bienestar y calidad de vida comunicativa y deglutoria en los usuarios. Estas acciones tienen como fin visibilizar y (re) valorar nuestro papel como una disciplina amplia, pluralista y transversal, cuya participación es necesaria en el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a las personas, colaborando así a construir una sociedad más justa y equitativa. También, esperamos que este capítulo promueva en las y los colegas que se dedican a la investigación, el imperativo de profundizar en nuevos tópicos, con el fin de contribuir a más evidencia que sustente el ejercicio de la profesión vinculado a las áreas de salud, educación y bienestar y no sólo en algunas de las etapas de la vida, sino que en todo el curso de ella.

2.1.2. DESARROLLO DE POLÍTICAS PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA A NIVEL MUNDIAL

La segunda guerra mundial marca un hito importante en materia de políticas para la primera infancia. A partir de 1924 comienzan una serie de acciones y esfuerzos por construir políticas orientadas a los Derechos Humanos, lo que en temas de infancia, se concreta en 1959 con la Declaración Universal de los Derechos de la Infancia (Bedregal, 2004; Black, 2007). En este contexto, y posteriormente, la Convención de Derechos del Niño realizada en 1989 resulta ser un hito importante, pues sitúa a la población infantil y adolescente como sujetos de derecho, reforzando el reconocimiento de la dignidad humana fundamental, en donde los países se comprometen a asegurar que niños, niñas y jóvenes gocen de beneficios orientados al cuidado, protección, desarrollo y acceso a salud y educación (García Quiroga, 2014; UNICEF, 2020b). Este hecho marca un cambio importante en la dirección de las estrategias gubernamentales que los distintos países emplazarán para otorgar cuidados y protección a este sector de la población. Enfocarse especialmente en la primera infancia resulta ser atractivo para los Estados. Existe amplia evidencia científica que reporta los beneficios que tiene para los países invertir en los niños y niñas (Balcells-Balcells, 2019; Heckman, 2019; Lo Bue, 2019; Staab, 2010). Al respecto, la resolución del Parlamento Europeo sobre los Derechos del Niño en julio de 1992, genera varios planteamientos: (a) que la infancia y su entorno familiar y social, determinan en gran medida la vida posterior de adulto; (b) que el rol que juega la familia es fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad del niño o niña; (c) que la población infantil tiene necesidades específicas que se deben satisfacer y proteger; y (d) que todo lo anterior genera una serie de derechos para los niños y deberes para los padres/cuidadores, Estado y sociedad (Ocón, 2006).

Así, el diseño e implementación de políticas debe considerar la interacción que tienen los determinantes sociales en el desarrollo de la infancia. Se plantean dos tipos de determinantes sociales que, de no ser considerados, conllevarían a inequidades en salud: **(1) los estructurales:** conocidos como los mecanismos que generan estratificación y división de clases sociales. Estos, definirían la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas (educación, salud, protección social), la cultura y los valores sociales, generando como resultado estratificadores tales como los ingresos, la educación, la ocupación, la clase social, el género, la raza/etnia. **(2) Los determinantes intermedios:** son aquellos que se relacionan con el proceso de generación de inequidad, actúan como moduladores y no como causantes primarios. Son las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales; factores de comportamiento y biológicos y el propio sistema de salud como determinante social (Solar, 2010). Por lo tanto, será el diseño e implementación de políticas públicas para la infancia una estrategia para mejorar los índices de salud, combatir el analfabetismo y la pobreza en la población infantil. Estas acciones aseguran un desarrollo equitativo y una población con

mayores niveles de capital humano en el futuro (Aulicino, 2015; Heckman, 2019). De esta manera, la intervención temprana se convierte en una de las estrategias instaurada a nivel mundial como un paradigma que marca la pauta en materia de protección a la infancia.

2.1.3. INTERVENCIÓN TEMPRANA: EL PARADIGMA QUE PROMUEVE ACCIONES A NIVEL MUNDIAL

Para que existan marcos legales referidos a la protección de la niñez y la adolescencia es importante que los Estados reconozcan que la población de niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos sociales y civiles, que requieren de cuidados, porque son personas en desarrollo, que paulatinamente tendrán opinión dentro de la sociedad (Markowitz, 2018; Soleimanpour, 2017). Por lo tanto, las políticas deben surgir desde una mirada de profundo respeto hacia personas que están en proceso de desarrollo y que en el transcurso del tiempo, se espera sean agentes activos dentro de la sociedad (Ravetllat Ballesté, 2017a). En efecto, el proceso de acumulación de capital humano no comienza con ciudadanos activos, sino que comienza con el nacimiento de una persona y la interacción de los determinantes sociales que le rodean (Doyle, 2009; Gertler et al., 2014; Hajizadeh et al., 2017). Como lo mencionamos anteriormente, estos determinantes sociales son todas aquellas condiciones en las que las personas viven y se desarrollan, incluyendo tanto al contexto social, como los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (Frenz, 2004). Por ello, consideramos que todos los determinantes sociales debiesen ser considerados de manera universal en las políticas públicas, otorgando acceso a toda la población con recursos que aseguren además una permanencia de las ayudas que posibilitan la eliminación o minimización de las barreras a las que muchos niños y niñas se enfrentan desde el momento en el que nacen.

Es necesario comprender que el desarrollo de un niño y una niña durante sus primeros tres años de vida es el resultado de la interacción de múltiples factores que están interrelacionados. El año 2002, surge a nivel internacional el Modelo Holístico, el que sugiere que el desarrollo de la población infantil se observe en estrecha relación con su ambiente, describiéndose cuatro niveles de interacción permanente: el niño, la familia, la comunidad y el Estado, captando con esto un modelo que involucra el estado de derecho de esta población. Este modelo plantea interesantes desafíos para la política pública centrados en dos ejes principales: (a) la transferencia de conocimiento a padres/cuidadores y elaboración de políticas que promuevan determinantes sociales saludables para las familias; (b) sinergia de acciones entre las carteras de salud y educación. Estas acciones deben estar enmarcadas en la familia –independiente de su tipología– como centro y eje que promocióne cambios en la comunidad (Bedregal, 2004, p. 4; Bundy et al., 2018).

Los tres primeros años de vida conforman el capital humano posterior que el niño podrá alcanzar (Bundy et al., 2018). Durante esta etapa el desarrollo neuronal determinará la adquisición de habilidades y

capacidades que modelarán al niño como sujeto único. Diversos factores (endógenos y exógenos) influirán en el potencial que el niño puede alcanzar y pueden existir factores que pongan en riesgo este desarrollo. Son varios los factores que determinan por qué algunos niños reciben la nutrición, la protección y la estimulación que necesitan, mientras que otros se quedan atrás. La pobreza es un factor común de la ecuación. En los países de ingresos medianos y bajos, 250 millones de niños menores de 5 años corren el riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo debido a la pobreza extrema y al retraso del crecimiento (UNICEF, 2017). Por ejemplo, Adair et al. (2013), encontraron que el bajo peso al nacer se relaciona con tasas más altas de mortalidad infantil y con efectos negativos en el largo plazo en educación y futuro laboral. En la misma línea, Lo Bue (2019), realizó un estudio empírico en Indonesia en el cual estudió las condiciones de salud en la primera infancia y logros educativos posteriores. Los resultados muestran que el capital de salud se relaciona de manera positiva y significativa con la escolaridad.

El desarrollo en la primera infancia se concentra en cuatro áreas específicas: desarrollo motor, emocional, relacional y el lenguaje, siendo este último uno de los hitos más relevantes en la infancia (Madigan, 2019). El lenguaje se describe como un predictor del éxito cognitivo, académico, social y emocional, de ahí la importancia y el interés de ocuparse de esta habilidad en edades tempranas (Curtis, 2018; Kaushanskaya, 2017; Madigan, 2019; Romeo, 2018). Así, la protección social enfocada en la infancia, se establece como una buena inversión de recursos públicos, toda vez que al contribuir al desarrollo físico, cognitivo y emocional temprano, la protección social puede incrementar la productividad en la adultez y romper la transmisión intergeneracional de la pobreza (Staab, 2010). Esta evidencia sustenta la relevancia que tiene para toda sociedad, el contar con profesionales idóneos que participen activamente en el diseño e implementación de acciones orientadas a reforzar el desarrollo lingüístico comunicativo de niños y niñas, especialmente de aquellos más vulnerables. El lenguaje es el vehículo que permitirá abrir horizontes, así como más oportunidades a las nuevas generaciones, mejorando con esto el capital humano de una sociedad. Por esta razón, es importante (re) pensar en el rol de la Fonoaudiología más allá de la prevención, comprendiendo que el lenguaje es el motor que promueve oportunidades que no sólo se desarrollan con la escolaridad y que otorgan la posibilidad de fomentar en la población infantil un sano y adecuado desarrollo integral.

Dicho lo anterior, resulta relevante para los países crear políticas públicas orientadas a este sector de la población, en donde es un imperativo incorporar en estas acciones a profesionales que pueden aportar el diseño de acciones orientadas a promover un desarrollo lingüístico-comunicativo integral y holístico enfocado en un paradigma no solo de prevención, sino que, además, de promoción. El estado de salud y factores externos vulnerables ponen en riesgo el desarrollo típico de un niño (Lean, 2018), por lo tanto, es importante para las naciones intervenir tempranamente. El adecuado desarrollo de la población infantil permite a los países crecer económicamente de manera equitativa y sostenible (Markowitz, 2018),

entonces, considerar el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a disminuir las brechas socio económicas de la población es parte de uno de los desafíos más grandes que enfrentan las naciones en la actualidad.

Diversos estudios avalan que la intervención temprana debe ser multisistémica, centrada en la familia, que independiente de su configuración, genera beneficios sociales, educativos y de salud en niños y niñas (Foorman, 2016; Geelhoed, 2020; Hajizadeh et al., 2017; Markowitz, 2018). De acuerdo con la evidencia planteada, las políticas orientadas a la protección de la niñez y la adolescencia deben estar enfocadas en la familia, como núcleo central de todo tipo de intervención (Dalmau, 2017; Ravetllat Ballesté, 2017a). La realidad de niños y niñas se relaciona con las características del hogar en el que se desarrolla, siendo relevante la situación de las personas adultas que tienen la responsabilidad de su cuidado y protección. Elementos como el nivel educacional de los cuidadores, su estado de salud, la calidad de inserción laboral, acceso a ingresos, se correlacionan con las oportunidades de desarrollo de niños, niñas y adolescentes (Staab, 2010); y estas oportunidades también se traducen en acceso a servicios profesionales que les permitan mejorar y potenciar su calidad de vida. Por ello, una protección social integral demanda tener en cuenta dichos factores, y que los actores encargados de participar en el desarrollo de políticas, y los demás profesionales que conocemos de cerca la realidad de las familias, y que estamos involucrados en el abordaje de las distintas dimensiones de desarrollo de esta población, nos empoderemos, nos hagamos responsables, y participemos de forma activa en la construcción de dichas políticas.

El enfoque centrado en la familia es un paradigma que surge tras la necesidad de apoyar a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Tras años de estudios, se observó que la provisión de apoyos a las familias permite que los cuidadores tengan un rol activo en el cuidado de los niños y niñas, lo que promueve conductas y actitudes que favorecen el desarrollo de la población infantil, mejorando con esto, el bienestar y calidad de vida de la comunidad infanto juvenil con discapacidad (Balcells- Balcells, 2019; Schertz H., 2018). Respecto a la relación entre la educación de los hijos y el rol de la familia, existe evidencia que señala que los padres con mayor nivel de educación formal, realizan mayores inversiones educativas y de tiempo en sus hijos que los con menos estudios, lo que también condiciona las preferencias de éstos en la escolarización del niño (Barger, 2019; Vincent, 2017), por ende, pareciera que a mayor nivel educativo de los cuidadores, mejor elección y acceso a oportunidades de estimulación e intervención temprana tendría el niño o niña.

En cuanto a los efectos de los programas de intervención temprana, Francesconi y Heckman (2016), señalan que invertir en educación temprana de alta calidad entrega resultados positivos para los niños y las familias. Por su parte, el estudio de Cornelissen, Dustmann, Raute, and Schönberg (2018), indaga respecto a los beneficios de un programa universal para la primera infancia implementado en Alemania. Encontraron que los niños con entornos más favorecidos, provenían de familias con menos resistencia a

que el niño asista al programa. Esto demostró que la escolaridad de los padres es un factor importante a considerar en la adherencia de los niños a programas de intervención temprana. Esta arista supone un desafío más para los Estados en cuanto a intervención temprana, pues se debe involucrar y considerar la intervención al núcleo familiar y a las comunidades, asegurando el bienestar en los padres/cuidadores a partir de un aspecto clave como lo es la educación. En Chile, contamos con la “Política Nacional de la Niñez y Adolescencia 2015 – 2025”, siendo este un “Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y Adolescencia, que se instala a través de un conjunto de reformas que tienen como horizonte asegurar el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes para profundizar en el ejercicio de los derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño” (Gobierno de Chile, 2015)

Como hemos visto hasta acá, las políticas dirigidas a la infancia a nivel mundial han sido promovidas gracias a la evidencia que entregan disciplinas tan variadas que van desde la salud hasta la economía. El interés por este sector de la población ha aumentado en las últimas décadas (Madigan, 2019). Chile no ha sido la excepción, como lo hemos esbozado, y es un tema que trataremos más adelante. Lo importante es destacar que el desarrollo del lenguaje es una de las habilidades – y en extremo relevante – que predice el éxito de la futura persona, y que la intervención debe ser vista desde distintos enfoques, abriendo con esto un horizonte de posibilidades para el quehacer de la Fonoaudiología. El desarrollo infantil es un proceso dinámico y evolutivo por el cual los niños y niñas progresan desde un estado inicial de dependencia total de sus cuidadores en todas las áreas de funcionamiento hasta que, paulatinamente, van haciéndose más independientes al llegar a la segunda infancia (edad escolar). Posteriormente, el desarrollo continúa avanzando, pasando por la adolescencia para luego llegar a la adultez (OMS, 2013). Conviene entonces avanzar y ver qué se ha realizado en materia de adolescencia, dado que son personas que se encuentran en una etapa de transición en el ciclo vital que merecen una atención especial, porque sus necesidades son específicas y, por ello, difieren de otras etapas, por lo tanto, los modos de intervención también deben ser específicos.

2.1.4. INTERVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA: UN PARADIGMA QUE SE DESARROLLA DE MANERA PROGRESIVA A NIVEL MUNDIAL

La 45a sesión de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), celebrada en abril de 2012, pone como tema central la adolescencia y la juventud, comprendiendo que esta etapa del ciclo vital es una edad especialmente vulnerable por tratarse de personas en transición entre la infancia y la adultez (Lancet, 2012). De acuerdo a la UNICEF, la adolescencia puede clasificarse en tres etapas que oscila entre los 10 y 19 años, siendo relevante en la vida de una persona, ya que las experiencias y aprendizajes logrados pueden implicar diferentes oportunidades en la vida adulta (UNICEF, 2020a). Con esto, se reconoce la adolescencia como una

etapa del ciclo vital en la que ocurren cambios biológicos, cognitivos y neurológicos muy rápidamente, transformándose, por tanto, en una etapa compleja que requiere de una atención distinta a la infancia y la adultez (Branje, 2018). Por esta razón, UNICEF solicita incluir en la Convención de los Derechos del niño y la niña a los adolescentes, considerándolo un grupo especialmente vulnerable de contraer enfermedades transmisibles como VIH/SIDA, tuberculosis; enfermedades no transmisibles como las asociadas a accidentes automovilísticos, consumo de alcohol, drogas y otras situaciones como el embarazo adolescente, escenarios que son necesarios de atender, porque amenazan oportunidades, acceso y desenvolvimiento de la persona adulta que será más adelante (Akseer et al., 2020; Catalano et al., 2012).

De acuerdo con la UNICEF (2020a), la población adolescente a nivel mundial es de alrededor de 3.000 millones, en donde más de 1 millón vive en países en desarrollo. Esta organización identifica a la comunidad adolescente como un tema que debe ser abordado bajo una política intersectorial, ya que en su mayoría presenta altos grados de vulnerabilidad social, emocional, educativa y política que podría afectarles gravemente e impactar en su vida adulta (Cabieses, Obach, & Molina, 2020), perjudicando no sólo al individuo, sino al entorno cercano en el que se encuentra. En las últimas décadas, la intervención de la persona adolescente está enfocada en el ámbito de la salud, principalmente en acciones destinadas a la promoción de hábitos saludables y prevención del consumo de drogas, enfermedades y embarazo adolescente. Estos programas de prevención en salud comenzaron a surgir en 1960 en aquellos países de altos ingresos, sin embargo, este desarrollo ha sido lento en países de bajos ingresos (Catalano et al., 2012; UNICEF, 2020a). Existe evidencia de que los colegios desempeñan un rol fundamental en la promoción de estos programas de salud. Sería en estos entornos en donde se identifican necesidades que son derivadas a los distintos centros de salud, en donde el motivo principal de consulta es la depresión (Ali et al., 2019). Se estima que solo alrededor del 20% de la población adolescente que presenta depresión recibiría atención, debido a la ausencia de políticas orientadas a esta temática, falta de educación en salud mental, falta de recursos y temor al estigma social (Helseth, Escobar, Clark, Spirito, & Becker, 2020; Topooco et al., 2018). Por otro lado, existe evidencia de que algunas dificultades presentadas en la niñez podrían trascender a la adolescencia, tales como los trastornos de lenguaje/comunicación, de habla, aprendizaje, de comportamiento e ideas suicidas (Iverach et al., 2017; Soleimanpour, 2017), en donde la tartamudez es un cuadro que aparece con mayor frecuencia y quienes la presentan pueden experimentar trastornos de ansiedad y temores sociales que afectan a una adecuada competencia e inclusión social (Iverach et al., 2017).

La importancia de la familia/cuidadores en la vida de la persona adolescente es relevante, ya que la diada adolescente/familia-cuidadores suele ser tensa, pues el núcleo familiar debe reorganizarse y conducirse hacia una relación más horizontal (Branje, 2018). Desde un punto de vista neurológico, sabemos que la dopamina tiene un papel importante en el

desarrollo prefrontal, por ello la evidencia propone que el fortalecimiento de los inputs de dopamina al prefrontal sería el mecanismo mediante el cual los estilos parentales afectuosos, y otras experiencias emocionales placenteras con padres y cuidadores, contribuirían al desarrollo de capacidades cognitivas y de un comportamiento adecuado (Oliva, 2007). Se cree que una adecuada relación entre la familia y la persona adolescente contribuye a una mejor salud y mayor participación en el entorno del y la joven, por lo tanto, se concibe, al igual que en la infancia, a la familia como el eje central en el éxito de las intervenciones que una persona adolescente pueda requerir (Kumpfer & Magalhães, 2018).

La evidencia hasta aquí presentada da cuenta de algunas de las necesidades que surgen durante la etapa de la adolescencia y que son importantes de atender. Los Estados tienen un importante desafío que abordar, el cual, a nuestro juicio, pasa por comprender la adolescencia como una etapa en la que una intervención multisistémica, con especial énfasis en el apoyo a las familias es fundamental. Desde nuestra disciplina, existe evidencia de que un trastorno comunicativo puede afectar gravemente la interacción, la comunicación interpersonal y participación social de la persona adolescente en el medio, menoscabando con esto las posibilidades de convertirse en un adulto autónomo. De la misma forma, las características de las y los jóvenes de hoy en día, la globalización del mundo, el poder de internet y su influencia en la persona adolescente, indican importantes desafíos en el área disciplinar que deberían ser materia de discusión en nuestra formación profesional y en nuestras prácticas de intervención. Esta es una poderosa razón para (re) pensar el perfil profesional, ampliando horizontes que van más allá de la clínica fonoaudiológica.

El estudio realizado por Phillips Galloway and Uccelli (2019), indagó cómo el poseer un lenguaje rico en vocabulario académico mejora sustancialmente las habilidades de responder de manera escrita en un examen. Encontraron que las habilidades lingüísticas verbales tienen una relación positiva en la calidad de escritura de un adolescente, y proponen prestar especial atención al desarrollo y potenciación del lenguaje hablado en lo jóvenes, para así lograr en ellos ser aprendices autónomos. En nuestro país, aún no se trabaja respecto de los desafíos que implica para un joven idear un discurso argumentativo dentro de su formación académica en la enseñanza media. La evolución de los programas educativos presenta un escaso desarrollo de materias relacionadas con el uso del lenguaje verbal, no verbal y de la comunicación. Ampliar la mirada a un enfoque más holístico, es pensar que el desarrollo del argumento va de la mano con la promoción de herramientas lingüístico-cognitivas que deberían ser parte de nuestro rol. La educación formal de un adolescente supone formar a un futuro sujeto activo- que debería- continuar con una formación superior en la cual la comunicación efectiva es un requisito indispensable. Esta es una nueva arista que conviene explorar y desarrollar dentro de nuestro perfil profesional.

2.1.5. DESARROLLO DE POLÍTICAS PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LATINOAMÉRICA

En América Latina, las políticas implementadas para la infancia y la adolescencia se han desarrollado de manera paulatina a lo largo de las últimas tres décadas. Cambios políticos importantes, crecimiento económico, acuerdos y compromisos internacionales abren oportunidades para que niños, niñas y adolescentes sean considerados en el diseño e implementación de políticas en diferentes países de la región. Poco a poco las ilusiones fueron materializándose al punto que, en la actualidad, todos los países cuentan con marcos normativos para esos sectores de la población (Cabieses et al., 2020; Peirano, 2019). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su plan de acción 2008-2012, enfoca uno de sus objetivos en “abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basado en los derechos humanos”. Más tarde, en el plan de acción 2014-2019, el enfoque de determinantes lo adopta con una perspectiva transversal a sus políticas, promoviendo la generación de redes y alianzas con distintos sectores de la sociedad (García-Ramírez & Vélez-Álvarez, 2013).

De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), los niños, niñas y adolescentes son un grupo vulnerable, con mayor índice de pobreza que otros grupos etarios y que se ven afectados por múltiples desigualdades. De acuerdo con este organismo, en 2018, el 46% de la población entre 0 a 14 años se encontraba en situación de pobreza y el 18% en situación de pobreza extrema, lo que expone las debilidades de los Estados en materia de política pública para este sector de la población. A su vez, CEPAL indica en su informe que las políticas centradas en la infancia y la adolescencia parecen estar estancadas, ya que los niveles de inversión de los países latinoamericanos siguen siendo significativamente menores en comparación a los países desarrollados. Al respecto, reconoce que la expansión de los programas de transferencias condicionadas ha permitido llegar a familias con niños, niñas y adolescentes excluidos de los programas de seguridad social (CEPAL, 2020).

Los programas de transferencias monetarias generalmente están condicionados a la asistencia al colegio o centros de salud como estrategia de acercar a las familias y, por ende, a la población infanto-juvenil a estos centros, aunque no les permite salir de la pobreza (CEPAL, 2020). De acuerdo a Peirano (2019), existen avances importantes en distintos ámbitos y que permiten un mejor bienestar para niños, niñas y adolescentes: (a) en educación se observa un aumento en la cobertura y acceso a educación, en donde el enfoque inclusivo es cada vez mayor; (b) en salud existe una reducción de la desnutrición y un descenso en la mortalidad de niños menores de 5 años; (c) en el ámbito de desarrollo social han disminuido los índices de trabajo infantil y aumenta el porcentaje de niños y niñas inscritos al nacer. No obstante, existen también importantes desafíos que los países deben enfrentar y resolver y que están relacionados especialmente con

el aumento en la cobertura y acceso a salud y educación, en donde el impacto de la contaminación, la aparición de enfermedades, la tecnología y la automatización ponen importantes tareas y desafíos para asegurar que los derechos de la población infanto-juvenil se cumplan (Cabieses et al., 2020; CEPAL, 2020; Peirano, 2019).

La cooperación internacional SUR-SUR, enfocada en la cooperación técnica de países en desarrollo, es una herramienta utilizada por los Estados, organizaciones internacionales, la academia, la sociedad civil y el sector privado, para colaborar y compartir conocimientos habilidades e iniciativas exitosas en áreas específicas como los derechos humanos, la urbanización, la sanidad, la educación, el cambio climático, entre otros. A lo largo de las últimas décadas, esta cooperación ha permitido el fortalecimiento regional, donde las naciones buscan intervenir sobre distintos factores de interés para los Estados y que trasciendan fronteras en el marco de procesos globales. En este sentido, la Cooperación SUR-SUR representa una oportunidad para lograr la Agenda 2030 de la ONU para el desarrollo sostenible (ONU, 2015, 2019), en la que se encuentran entre otros objetivos: la Educación de Calidad; Salud y Bienestar; Igualdad de Género; Paz, Justicia en Instituciones Sólidas, en los que la disciplina fonoaudiológica desde el quehacer y desde lo gremial, cobra gran relevancia.

Por otro lado, los programas de intervención temprana son estrategias que buscan resultados futuros, reconociéndose como políticas de largo alcance, permitiendo cambios interesantes en la estructura social de la ciudadanía y trayendo consigo una sociedad con mejor potencial. Desde lo social, permiten a las madres tener opciones de acceder al mercado laboral, alternativas de formación profesional, mejorar la capacidad de agencia y empoderamiento. Desde la salud pública, estos programas contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad infantil, desnutrición, enfermedades y deserción escolar. A su vez, permiten aumentar las tasas de alfabetización, integración y participación social. En tanto, desde la perspectiva económica, los beneficios ocurren en un largo plazo, ya que representan mejores posibilidades de acceso a mayores niveles de escolaridad de la población infantil, lo que posteriormente se traduce en mejores empleos, mano de obra capacitada para los países, aumento de la productividad, mayores ingresos y menos dependencia a la asistencia social. De esta manera, los Estados reducen gasto en salud pública y en programas de asistencia social, aumenta la tasa de empleo y participación femenina en el mercado laboral, traduciéndose todo esto en más ingresos a las arcas fiscales (CEPAL, 2012).

El informe preparado por Aulicino (2015, p. 13), señala que en América Latina existen 14 países que han implementado políticas públicas para la infancia siguiendo las sugerencias y recomendaciones de organismos internacionales, estos países son: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Además, todos ellos comienzan a diseñar e implementar políticas públicas para la infancia de manera gradual, comenzando en la década de 1990. Cuentan con diseños e implementación de marcos legales que emanan desde organismos internacionales y se

ajustan a las diversas realidades locales. Como resultado, existe diversidad de diseños, tipos de implementación, alcances y resultados (Araújo, 2013).

Hasta aquí, hemos colaborado con otorgar información que tiene como finalidad explicar el marco político que se ha desarrollado en Latinoamérica en torno a políticas públicas para la infancia y la adolescencia. Esperamos generar en los lectores una reflexión en torno a los factores externos e internos que influyen para que un Estado materialice una iniciativa y la transforme en un marco normativo. Por otro lado, queremos mostrar que estas acciones de Estado, materializadas en políticas públicas, tienen un efecto dominó, es decir, una estrategia siempre impactará en otra – para bien o para mal- y por eso es importante que las ideas surjan a partir de evidencias que promuevan el bienestar de la población de manera transversal y que los cambios sean en definitiva de largo alcance. A su vez, esperamos que esta breve mirada les permita situar nuestro rol en esferas como la laboral, de formación y de vinculación con el medio y que, a partir de ahí, surjan nuevas ideas en torno a (a) nuestras fortalezas como gremio, (b) las oportunidades que se abren a la luz de los acontecimientos socio políticos, sanitarios y educativos que emergen en nuestro país y (c) nuevos paradigmas internacionales que se avecinan. A continuación, revisaremos qué se ha realizado en Chile en materia de políticas de protección para la infancia y la adolescencia. Conocer esta información es relevante para la disciplina, porque la implementación de estas medidas ha permitido posicionar a la Fonoaudiología en los ámbitos de salud, educación, formación profesional e investigación.

2.1.6. DESARROLLO DE POLÍTICAS PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN CHILE

En Chile, el curso de las políticas públicas orientadas al cuidado y protección de la infancia y la adolescencia se caracterizan por mantener una estructura heredada en relación a la forma en cómo se gestionan y administran los recursos para apoyar a este sector de la población infantil (Torres-Gutierrez, 2008). Los primeros indicios de cuidados se encuentran en el año 1781 con la existencia del primer orfanato, el cual era financiado y administrado por el filántropo y político Juan Nicolás de Aguirre y Barnechea. De forma paulatina a esta iniciativa, se fueron sumando congregaciones religiosas y actores de la sociedad civil. Todos ellos actuaron con el sentido de urgencia y caridad (Biblioteca Nacional, 2020; Schleyer, 2018, p. 8). No obstante, la verdadera institucionalidad respecto al cuidado infantil y adolescente surge tras la necesidad de controlar los índices de delincuencia infantil y adolescente. El cuidado de las dimensiones salud, social y cultural siguió relegado a la ayuda comunitaria y la caridad de sectores filántropos (Biblioteca Nacional, 2020; Schleyer, 2018). De esta iniciativa, surge en 1896, la “Escuela Correccional del Niño”, cuya función era la corrección de los menores de edad que cometían delitos. No obstante, la creación de una incipiente institucionalidad para la infancia carecía de un marco normativo, y no fue sino hasta 1912 que se crean las primeras leyes que regularían temas relacionados con infancia y adolescencia.

En 1928 se crea la Ley de Menores, en donde el Estado por primera vez no sólo se hace cargo de la población infanto juvenil que cometía delitos, sino que también los que estaban abandonados. Bajo este marco legal se crean los Juzgados de Menores y las casas de acogida para aquellos niños, niñas y adolescentes con antecedentes delictuales, y que estaban desprovistos de protección por parte de familiares. La Dirección General de Protección de Menores, dependiente del Ministerio de Justicia, funcionó hasta 1967 y tenía entre sus funciones velar por el cuidado personal, la educación en el sentido moral y de conducta (para evitar delincuencia) y el pago de pensiones alimenticias para la población vulnerable (Rojas Flores, 2007; Schleyer, 2018). En los años siguientes, el Estado se preocuparía de realizar intentos de acciones intersectoriales que involucrarán las carteras de gobierno, de salud y educación. Bajo esta iniciativa, surge en 1958 el Programa de Alimentación Escolar (PAE) y en 1979 se crea el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Esta institución ejecutaba acciones mediante una gestión híbrida entre el Estado y privados. Estos últimos tomaban las decisiones en función de la cantidad de niños y adolescentes que aceptaban, lo que dependía más bien de la “conducta” de esta población.

Al igual que en el resto de los países, para Chile el hito más significativo en el curso de las políticas públicas para la infancia y la adolescencia ocurre cuando el país ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño, hecho que ocurrió en 1990. Es un hito, porque existe un cambio de paradigma respecto a las políticas de cuidado de la infancia a las que el país se adscribe. Es una invitación a posicionar la mirada en que es deber del Estado preocuparse de la población infanto juvenil vulnerable. Se reconoce a niños, niñas y adolescentes como sujetos de Derecho, lo que implica abandonar la reacción y apoyar la proactividad en el diseño e implementación de las políticas para este sector de la población (Ravetllat Ballesté, 2017b; Rojas Flores, 2007; Schleyer, 2018, p. 10). De esta forma, comienzan a implementarse una serie de estrategias dirigidas a proteger a la población infanto juvenil más vulnerable. Como se mencionó, una de ellas fue otorgar ayudas solidarias con un carácter subsidiario y asistencial. Las ayudas a la población más vulnerable se realizaban de dos formas: (a) de manera directa a través de subsidios asignados a través de la ficha de protección social; (b) a través de subsidios indirectos como, por ejemplo, la subvención escolar o el ingreso per cápita en salud a los consultorios de acuerdo con el número de inscritos. Esta forma de ayudas asignadas eran dinámicas, con un constante flujo de personas que entraban o salían de ellas (Torres Gutiérrez, 2008). En 1990, al recuperar la democracia, existe un profundo interés por desarrollar una política social, siendo prioridad aumentar el gasto público en la población más pobre, la que llegaba en ese entonces alrededor del 40% (Torres Gutiérrez, 2008).

Es así, como durante esa década crece el interés por diseñar e implementar políticas públicas orientadas a mejorar estándares de calidad relacionados con acceso a salud y educación de grupos vulnerables. La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todos los niños y niñas del mundo, incluidos los que tienen alguna discapacidad. Dos artículos de

esta convención hacen referencia específica a los niños con discapacidad: el artículo 2, donde se establece el principio de la no discriminación e incluye a la discapacidad como motivo de protección frente a la discriminación, y el artículo 23 que destaca los esfuerzos especiales que los Estados partes deben hacer para que se cumplan esos derechos (OMS, 2013). Bajo este enfoque, surge la iniciativa de crear un marco legal especialmente de las personas con discapacidad. Se incorpora a la agenda política la urgente necesidad de abordarla, implementando así la Ley no 19.284, la cual tenía un enfoque integrador (SENADIS, 2020). Posteriormente, y dado el interés por seguir las indicaciones de organismos internacionales, el año 2008, Chile se adhiere a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dos años más tarde, se implementa la Ley 20.422, la cual establece normas de oportunidad e inclusión social para este grupo de personas, dando con ello un importante paso, ya que se ratifica que el Estado debe proveer espacios de oportunidad e inclusión social, promoviendo la creación del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) (Ossandón, 2014; SENADIS, 2020; Venturiello & Ferrante, 2018). A pesar de estos esfuerzos, a la fecha existen importantes cuestionamientos a la ley.

Como estrategia de acción, en 2008 surge una de las políticas intersectoriales más significativas en los últimos tiempos en el país: el Programa Chile Crece Contigo. Dedicaremos un espacio a describir de manera sucinta este programa, dado que la Fonoaudiología fue incorporada como una de las disciplinas necesarias para intervenir en la atención temprana de población infantil con rezago. Esta iniciativa es especialmente importante, porque sitúa al profesional fonoaudiólogo y fonoaudióloga como un actor relevante en la atención primaria, dando con esto, claras señales de que comienza a desarrollarse un enfoque centrado en la promoción y prevención como estrategia gubernamental. No obstante, a la fecha, diversos estudios evidencian que el rol de la Fonoaudiología en Atención Primaria de Salud (APS), atraviesa por diversas tensiones que surgen principalmente por una falta de desarrollo del rol, en donde las actividades siguen concentradas en el diagnóstico e intervención bajo un modelo biomédico, consiguiendo un escaso vínculo con actividades de promoción e intervención familiar (Lobos, Del Campo, & Silva-Ríos, 2020; Silva Rios, Paula, Romina, & Del Campo R., 2018). Estas tensiones ocurren, en nuestra opinión, por la convergencia de dos fenómenos interesantes de reflexionar. Uno de ellos, es la dificultad del Estado para tomar acuerdos políticos que se orienten a desarrollar acciones para la infancia en su totalidad, situación que aún no logramos ver como país. Lamentablemente, existe la tendencia a crear políticas retroactivas, para tratar el problema ya existente, las cuales están pensadas para población vulnerable que es medida por estándares económicos. En dicha ecuación, quedan muchas veces fuera niños y niñas que, si bien no son vulnerables en la esfera económica, sí lo pueden ser en otras esferas que terminan por condicionar su futuro. El segundo fenómeno se relaciona con el desarrollo de la fonoaudiología en el país. La disciplina es aún joven y se reviste de nuevas formas de intervenir, siendo un poco ciego en esta esfera. Debemos posicionar un rol más activo, centrado en la promoción. Como agentes del lenguaje y la comunicación, creemos

que es nuestro deber reposicionar el valor del lenguaje en la sociedad. Ya lo mencionamos anteriormente, la comunicación efectiva es y debe ser un eje central en acuerdos que sustenten acciones orientadas a otorgar servicios de atención, prevención y promoción en todas las esferas de la comunicación humana.

2.1.7. CHILE CRECE CONTIGO: LA ESTRATEGIA NACIONAL QUE VISIBILIZA LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

El programa Chile Crece Contigo es una política pública dirigida a la infancia, de carácter multisectorial y universal. Surge el año 2006 en el gobierno de Michelle Bachelet y su objetivo es proteger y acompañar de manera integral a niños y sus familias que pertenecen al 60% más vulnerable de la población, buscando que todos alcancen su máximo potencial de desarrollo, contribuyendo a reducir las inequidades desde los primeros años de vida. Entre los años 2007 y 2008, el Programa ya se había implementado en 354 municipios y comenzaba con la estrategia de difusión y capacitación a los equipos profesionales. Entre 2009 y 2010, en palabras de la mandataria “para que vaya más allá de los vaivenes políticos y cambios de gobierno” (Ministerio de Desarrollo Social, 2009), el programa se institucionaliza a través de la Ley no 20.379 y se implementa el programa de habilidades parentales, conformando con esto un importante hito en materia de reconocimiento e inclusión de la familia en el proceso de intervención temprana en la primera infancia (Milman, Castillo, Sansotta, Delpiano, & Murray, 2018; Ministerio de Desarrollo Social, 2020). Entre los años 2011 y 2013, se implementan los talleres de promoción del desarrollo motor y del lenguaje, mientras que entre 2014 y 2017 se extiende su cobertura hasta los 9 años y se inicia un plan piloto de salud mental infantil (Uauy, 2018).

Se estima que alrededor del 78% de la población chilena utiliza el sistema de salud público (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), alcanzando una cobertura del 70% de los recién nacidos vivos, en donde el gasto representa el 1% del presupuesto nacional (Clarke et al, 2019). El programa ofrece servicios dirigidos especialmente a la población infantil con rezago. Entre los beneficios figuran: salas de estimulación, servicios de atención y estimulación domiciliaria. Las personas beneficiarias acceden en promedio a 6 sesiones iniciales con una duración de 45 minutos, las cuales pueden ser extendidas según sea el caso. Los profesionales que apoyan estas sesiones provienen de disciplinas como la Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional y Educadoras de Párvulos. Las directrices de trabajo e intervención han sido estandarizadas con la finalidad de otorgar la misma calidad de servicio a lo largo del país. Para desarrollar las actividades de intervención temprana, se ha dotado de diversos materiales y equipos. Además, se brinda ayuda a las familias de diversas formas: apoyo monetario, entrega de recursos didácticos, ayudas pro-empleo, acceso gratuito a sala cuna y jardín infantil. Las familias representan el 60% de la población y los criterios de vulnerabilidad son los relacionados con la presencia de depresión post parto, madres adolescentes, abuso de sustancias y bajos

niveles de educación. En 2017, el 94% de las mujeres parte del sistema recibieron los aportes para el recién nacido vivo y consejería postnatal. A su vez, durante dicho año todos los niños pesquisados con rezago fueron derivados a estimulación, completando la intervención el 75% de ellos (Milman et al., 2018).

Milman et al. (2018), señalan que, en 10 años de la implementación del programa, el aumento de la asignación presupuestaria ha pasado de \$7 mil millones el año 2007 a \$81 mil millones en el año 2017. De igual modo, se establece que la tasa de niños de dos años con rezago en el desarrollo psicomotor disminuyó. Siguiendo a los autores, se reconoce que el éxito del programa radica en su institucionalidad, en una política estable de asignaciones presupuestarias y una coordinación eficaz de las distintas carteras de gobierno que participan en su gestión. No obstante, es importante destacar que los sistemas que ofrece el programa deben fortalecerse, especialmente en la atención de la comunidad infantil, donde se aborden las diversas necesidades de salud que pueden presentar en las distintas dimensiones de su desarrollo, lo que conlleva necesariamente a una mayor incorporación de profesionales especialistas en todas las áreas, para que de esta manera se fortalezca la red y, por ende, el acceso, la cobertura y protección de la población infantil.

A la fecha, el programa enfrenta importantes desafíos relacionados con la consolidación de redes, monitoreo de procesos, resultados y el establecimiento de acciones que fortalezcan la escolarización temprana en la población infantil que habita en contextos de vulnerabilidad social.

Estos nudos críticos se relacionan con problemas en el diseño de la iniciativa. Los mecanismos con los que opera dificultan la participación de la población. Resolver la asistencia de las personas a los Centros de Atención Familiar (CESFAM) es uno de los problemas que más afecta la continuidad de servicios que entrega. El diseño contempla una serie de procesos burocráticos que terminan por alejar a las familias de los centros, lo que se traduce en una baja cobertura y en el incumplimiento de metas relacionadas especialmente con la pesquisa e intervención temprana de niños con retraso en el desarrollo psicomotor (Araújo, 2013; RIMISP, 2016). El Estado debe trabajar en la forma en la que se acerque los CESFAM a los usuarios, esto no solo implica la voluntad de los funcionarios en hacer visitas domiciliarias, sino una voluntad real del Gobierno en la inversión de más y mayor infraestructura, para que las acciones de promoción y prevención de la salud cubran a mayor población, con calidad y diversidad en la prestación de servicios, logrando un real bienestar de las comunidades.

Desde la Fonoaudiología, a la fecha no existen estudios que identifiquen el impacto de las atenciones fonoaudiológicas que ahí se realizan. Así como tampoco existe claridad respecto a cuantos fonoaudiólogos y fonoaudiólogas trabajan en el sistema, ni los alcances del rol y prácticas que pueden realizar dentro del servicio. Esta situación plantea importantes temas para abordar que van desde un profundo análisis a la formación profesional que ofrecen las distintas universidades del país, relacionadas con un enfoque en intervención temprana holístico, en donde el trabajo colaborativo y una orientación multisistémica centrado en la familia/

cuidadores es fundamental. Asimismo, los desafíos también se encuentran en conocer las tensiones por las cuales atraviesan las y los profesionales que se desempeñan actualmente en la red. Conocer sus experiencias podría ser clave para establecer lineamientos de acción que permitan ser un eslabón colaborador en la cadena de acciones que concatena la implementación del programa y el alcance de los propósitos estratégicos de las normativas nacionales e internacionales.

2.1.8. POLÍTICA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2015 – 2025, UN SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍAS DE DERECHOS

Esta política surge del mandato de la presidenta Michelle Bachelet de instalar en Chile un Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Tal y como se presenta la propia política, en ella se recogen los aprendizajes y desafíos establecidos por diversas e importantes iniciativas de política pública, entre los que destacan la Política Nacional y Plan de Acción a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001- 2010; el informe del consejo Asesor Presidencial para la reforma de las Políticas de Infancia 2006; las recomendaciones nacionales e internacionales en la materia; la experiencia del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo iniciado en el año 2007 y otras políticas diseñadas con Enfoque de Derechos, como el Plan de Garantías Explícitas en Salud GES (Gobierno de Chile, 2015). Un elemento importante en el diseño de esta política es el 'Enfoque de Derechos' como eje central, y que emana directamente de la Convención sobre los Derechos del Niño. También se incorporan otros aspectos como son: Desarrollo Humano, Curso de Vida, Enfoque Intercultural y Género, que complementan el Enfoque de Derechos. Este enfoque se caracteriza al menos por: considerar que niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derechos, y considera a los menores de 18 años como personas "competentes" en la vida familiar y social. Por lo tanto, se reconoce su derecho a participar, a ser escuchado y a incidir en la construcción de la sociedad, en consonancia con la evolución de sus facultades, su edad y su madurez. Esto implica que debe ser respetado y protegido; reconocer que todos los niños, niñas y adolescentes tienen el mismo derecho a crecer y desarrollarse con condiciones de igualdad, a expandir sus potencialidades y a contribuir al desarrollo de la sociedad.

También se reconoce que los niños, niñas y adolescentes son seres integrales y, como personas demandan acciones de parte del Estado y organizaciones de la sociedad civil en materia de políticas y programas (Gobierno de Chile, 2015). En este sentido, cobra gran relevancia el que este sujeto de derechos cuente con las condiciones, capacidades y apoyo profesional pertinente para que su participación social no se vea disminuida a causa de algún tipo de privación sociocultural o discapacidad. Entonces, el trabajo fonoaudiológico no solo debe enfocarse en la remediación de las necesidades derivadas de una condición de salud, sino que debe enfocar su propósito primo en abordar al sujeto en condiciones de igualdad, para que alcance el éxito desde sus propias potencialidades

y de su involucramiento como sujeto de derechos en la sociedad. Esta situación plantea en sí misma un desafío para la disciplina, situación que ya mencionamos anteriormente: el desarrollo de la adolescencia, etapa en la cual la evolución de las habilidades lingüístico-comunicativas conforman un eje central que direccionará su relación con el medio y condicionará el rol activo que puede tener más adelante llegando a la adultez.

En cuanto al enfoque de Desarrollo Humano, este está orientado en la dependencia que se tiene en las oportunidades económicas, las libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la salud, la educación básica y el ingreso, en el alcance de logros factibles. Por ello se hace relevante el papel que cumplen y las capacidades que tienen las personas que participan en la toma de decisiones sociales (entre ellos nosotros, los y las fonoaudiólogos), ya que enriquecen la calidad de vida y el bienestar a través de esas decisiones públicas que impulsan el progreso de las oportunidades para esta población (Gobierno de Chile, 2015).

El Enfoque de Curso de Vida, considera la trayectoria de desarrollo de niños, niñas y adolescentes desde su gestación hasta los 18 años, disponiendo de garantías y prestaciones, pertinentes, oportunas y basadas en evidencia, con el objetivo de facilitar el potencial de desarrollo de cada niño, niña o adolescente. Un punto relevante en este enfoque es que considera a las familias en su rol de crianza y generación de condiciones de vida necesarias para el desarrollo de los menores y del grupo familiar. Por tanto, existe una exigencia a la sociedad, a los profesionales involucrados y al Estado en cuanto a establecer apoyo a las familias, como ya lo habíamos mencionado en apartados anteriores del presente capítulo, y que nos invita a repensar el abordaje desde un enfoque biopsicosocial. En este sentido, el desarrollo biopsicosocial, es un proceso de cambio que depende, entre otros, de las propias capacidades del individuo. Estas capacidades le permiten involucrarse con su entorno, así como aprender y resolver problemas. Este proceso de maduración y aprendizaje le permite al niño, niña y adolescente organizar por sí mismo las experiencias e información que de ellas derivan. De esta manera, nos exige a nosotros como profesionales de la comunicación humana, participar desde lo gremial aportando en el diseño de normativas, y desde lo profesional, abordando las dificultades en el desarrollo que se puedan generar, teniendo en cuenta los distintos contextos en que los menores se involucren, ya que la desigualdad en el acceso a oportunidades entre los menores de diversos orígenes socioeconómicos tiende a multiplicar la desigualdad de origen (Gobierno de Chile, 2015). Así, debemos como fonoaudiólogos participar de políticas públicas que propendan a la equidad de oportunidades en todo el ciclo de vida de las personas.

El Enfoque Intercultural hace referencia al reconocimiento de la diversidad cultural, otorgando legitimidad a las representaciones, concepciones y prácticas culturalmente distintas. Se tienen presentes las desigualdades sociales, económicas y políticas generadas en la sociedad, las cuales pueden tener consecuencias de discriminación y exclusión agudizadas por la falta de reconocimiento y valoración de las diferencias culturales.

Finalmente, el Enfoque de Género, responde al desafío de implementar una política basada en derechos que considere de manera simultánea la equidad de género y los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Así, este enfoque apunta a un conjunto de prácticas, símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se construyen a partir de la diferencia sexual, la que define y prescribe modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados para hombres y mujeres desde la primera infancia, y a lo largo del curso de vida. Esta distinción no sólo se ve reflejada en procesos de aprendizaje de estereotipos y de roles específicos, sino que conlleva, muchas veces, a establecer relaciones asimétricas de poder que afectan de manera diferente las oportunidades de integración social en los ámbitos que las niñas y niños valoran. Esto, en muchos casos, se traduce en políticas, prácticas y actitudes discriminatorias frente a modos de ser y hacer, restringiendo las posibilidades de construcción de una sociedad equitativa, diversa e inclusiva (Gobierno de Chile, 2015).

Estos dos últimos apartados nos muestran que Chile ha delineado políticas y planes nacionales con el propósito de dar cobertura a las necesidades de salud de la población infantil y adolescente, desde un enfoque de derechos. Sin embargo, aún falta gestionar y operativizar de otras formas las acciones dirigidas hacia esta población, sobre todo la más vulnerable y en la que se evidencia mayor desigualdad. En el Plan Nacional de Salud Mental se manifiesta que vivir bajo la línea de la pobreza y la deserción escolar se relacionan con mayor prevalencia de problemas con el consumo de sustancias (Ministerio de Salud, 2017). Por otra parte, el 69.1% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25.7% trastornos de conducta disocial y 23.5% trastorno negativista desafiante), existiendo una brecha asistencial de 88,9% para ellos. El 86.3% de los adolescentes entre 14 y 17 años que se encuentran en centros privativos de libertad por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente presentan algún trastorno mental, de los cuales el 75,5% corresponde a consumo de sustancias, el 37,8% trastornos disruptivos y 25,4% déficit atencional; 67,7% con comorbilidad psiquiátrica (Ministerio de Salud, 2017).

2.1.9. FONOAUDIOLOGÍA Y POLÍTICAS PARA SALUD

Sistema de Salud y Desarrollo Social en Chile

A pesar de que la salud es un bienpreciado por todos, existe un grupo de la población mundial para la cual este servicio es un privilegio, pues gozar de ella depende de los determinantes sociales que ya hemos comentado. De este modo, por ejemplo, se explica por qué la tasa de sobrevivencia de un recién nacido se relaciona de forma directa con el lugar geográfico en donde nace, las condiciones de salud de la madre, la etnia, entre otros. Las desigualdades en los sistemas de salud están presentes en mayor o menor proporción en todos los países del mundo. Estas desigualdades generan accesos heterogéneos a avances científicos,

tecnológicos, tratamientos, recurso humano avanzado, infraestructura, entre otros (Barreto, 2017). De acuerdo a los reportes entregados por la OCDE en 2019, Chile destaca por tener un sistema de salud organizado, con una reconocida institucionalidad estructurada de manera intersectorial, de gran funcionamiento y gobernado de manera efectiva (OCDE, 2019). Sin embargo, también destaca por ser un país con grandes cifras de desigualdad en el acceso y cobertura de los servicios de salud (Moore R., 2016).

El gasto per cápita equivale a US\$1.202, lo que corresponde a menos de la mitad del gasto promedio en países desarrollados (Caviedes Duprá, 2020; Clínicas de Chile, 2018). En consecuencia, el gasto en el que incurren las personas para subsidiar los costos en salud es mayor que en los países de la OCDE, observándose un déficit importante en cuanto a recursos humanos, recursos de infraestructura, equipamiento, insumos, entre otros (Clínicas de Chile, 2018, p. 4). La desigualdad en el acceso y cobertura del sistema de salud se encuentra también en un índice mayor que en los países desarrollados. En el caso de los problemas y trastornos mentales, en Chile constituyen la principal fuente de carga de enfermedad. Según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (Departamento de Salud Pública, 2008), un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA)¹ están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años, un 30,3% de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa en 38,3% entre los 10 a 19 años (Ministerio de Salud, 2017). En Chile existen grupos sociales que pueden acceder a una salud con altos estándares de calidad, mientras la mayoría de las personas no gozan de este tipo de beneficios.

Esta situación genera profundas desigualdades en el acceso, cobertura y tratamientos a los que acceden las personas. Ante dicha situación, el actual gobierno reconoce que es necesario trabajar en las desigualdades del servicio. Más de tres cuartas partes de la ciudadanía no está satisfecha, existiendo una fuerte sensación de desprotección (Ministerio de Salud, 2020a). Aproximadamente, dos millones de personas esperan por una cirugía. Los reclamos contra las ISAPRES² van en alza, especialmente por una baja cobertura y condiciones de salud que segregan y no entregan el servicio para el que fueron creadas (Ministerio de Salud, 2020b). Según la encuesta CASEN (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), en cuanto a la afiliación a sistema previsional de salud, aproximadamente un 78% de personas son usuarios de FONASA³, 14,4 % usuarios de ISAPRE, 2,8% está afiliado a FF.AA y del Orden, un 2% no sabe dónde está afiliado y un 2,8% no se encuentra afiliado a ningún sistema de protección de salud.

1 Años de Vida Perdidos para la Salud, es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente de calidad de vida) (cita 9).

2 Instituciones de Salud Previsional. Son aseguradoras de salud privadas.

3 Fondo Nacional de Salud. Es un programa de seguros de salud del Gobierno de Chile.

Estos porcentajes indican uno de los grandes desafíos para la política pública, relacionados con ampliar la cobertura a ese porcentaje de población que no cuenta con trabajo formal, por tanto, no poseen ingresos regulares, situación que les impide contar con cobertura en salud, en donde la población inmigrante viene a acentuar esta situación, pues son quienes menos participación tienen en el sistema (Benítez, 2019, p. 224). La forma de operar de la afiliación chilena difiere de estados más solidarios, por cuanto la contribución obligatoria genera incentivos a la selección de riesgos. Esta selección es la que provoca inequidad en el acceso, dado que promueve la segmentación de los beneficiarios, transformándose en un sistema socialmente ineficiente, porque provoca problemáticas en salud que podrían ser evitadas (Cid, 2008). De esta forma, el sistema de seguros en salud se caracteriza por ser segregador, discriminatorio, poco accesible y con altos precios en las prestaciones.

En otras palabras, un sistema carente de justicia social, equidad y solidaridad (Cid; Uthoff, 2017). En búsqueda de soluciones, una de las estrategias que ha planteado el MINSAL es el diseño del Programa Salud 2018-2022, parte de la agenda política del actual gobierno. Este programa reconoce que existen problemáticas que menoscaban la función del Ministerio y la gestión de gobierno en torno a la salud de las personas. Entre las materias problemáticas reconocidas por el gobierno destacan las instituciones previsionales de salud FONASA e ISAPRES, que no cubren las necesidades de la población y, en el caso de las ISAPRES, suponen un gasto en salud que tiene descontenta a buena parte de la población que es usuaria de este sistema (Ministerio de Salud, 2020b). Este punto ofrece para la disciplina una importante reflexión relacionada con (re) pensar las acciones que se han llevado a cabo para posicionar a la Fonoaudiología como una disciplina necesaria en el código de prestaciones con valores justos, tanto para los profesionales como para las personas que lo requieren. En la actualidad, luchamos por ingresar al código sanitario que otorguen más espacios de acción. La emergencia sanitaria ha puesto de manifiesto lo necesarios que somos como profesionales en el tratamiento de pacientes post COVID. De este modo, reflexionar respecto a qué acciones distintas a las realizadas hasta ahora podemos emplazar como gremio para visibilizar nuestro rol, es responsabilidad de entidades gremiales, de las universidades y de todos quienes ejercemos la profesión en el país.

Los determinantes en salud también son un eslabón observado por el gobierno, por cuanto se reconoce que los cambios demográficos de la población hacen imperioso revisar los mecanismos de financiamiento y cobertura de las aseguradoras. También reconoce que es necesario avanzar en una mayor dotación de profesionales de la salud en todas las áreas, modernizar equipamiento e infraestructura, disminuir la deuda hospitalaria, promover la rebaja de precios de medicamentos y promocionar estilos de vida saludables en la comunidad. Reconoce a su vez, que en materia legislativa, los avances han sido casi nulos, pues se han priorizado acciones administrativas más que cambios estructurales que posibiliten avances de mayor envergadura. Los desafíos son avanzar en un sistema de salud que provea de más y mejor servicio y no que dependa de la inyección de recursos

propios de las personas como ocurre hasta ahora. Entre las medidas con las que se ha comprometido, destaca la creación del Consejo Nacional del Cáncer, cuyo objetivo será fortalecer la política pública relacionada con esta enfermedad; fortalecer los servicios de atención en salud mental; ampliar las terapias de reproducción asistida, evaluando su posible incorporación al AUGE; avanzar en un seguro de salud que contemple un plan base para todos los usuarios, independiente del sistema previsional; promover la creación de más hospitales en un plazo de ocho años y terminar con las formas discriminatorias que actualmente tienen las ISAPRES; entre otros (Aravena L & Inostroza P, 2015; Ministerio de Salud, 2020b). Falta entonces que estos propósitos se logren materializar oportunamente. No obstante, dada la emergencia sanitaria por la que atravesamos a nivel mundial, es probable que las intenciones declaradas por el MINSAL queden relegadas a un segundo plano. En este punto, las acciones que pueden emprender las y los profesionales insertos en el ámbito sanitario, serán relevantes cuando vuelvan a discutirse estas materias. De esta forma, es importante que la Fonoaudiología como disciplina vea en estos momentos una ventana de oportunidad para dar a conocer la importancia de las acciones que se realizan en los diferentes sistemas sanitarios. Solo así, será posible lograr atención de actores políticos responsables del diseño e implementación de nuevas políticas públicas en este ámbito.

Si bien el interés y enfoque de este capítulo está puesto sobre todo en la infancia, dentro del sistema de salud y desarrollo social, creemos necesario mencionar que Chile cuenta con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), de carácter público, creado por la promulgación de la Ley N° 19.828 de 2002, con la principal tarea de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Dentro de sus objetivos estratégicos y en los que nosotros como fonoaudiólogos debemos estar presentes, encontramos: optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental con enfoque comunitario, (...) a través de acciones que fomenten su autovalencia y aborden la dependencia; fomentar la autonomía y participación de las personas mayores; contribuir a un cambio cultural en torno a la vejez y el envejecimiento, reconociendo a las personas mayores en perspectiva de derechos; articulación intersectorial e implementación de política integral de envejecimiento positivo (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Creemos que es importante mencionarlo, porque es una arista relevante en nuestro quehacer que requiere de un foco de atención que vaya más allá de lo clínico y que implica un desafío para las universidades y para las y los profesionales que a diario contribuyen en la formación de futuros profesionales en sus puestos de trabajo. Mostrar a los estudiantes un desempeño basado en un enfoque, por un lado, comunitario, y por otro lado, holístico centrado en la persona, debe convertirse en uno de los pilares de la formación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en el país.

Como es posible ver, el Estado de Chile realiza esfuerzos en materia de salud pública y desarrollo social, definiendo políticas públicas en estas materias, orientadas a otorgar mayor acceso a las iniciativas, como el intento de adaptarse a los nuevos desafíos que plantean las actuales

circunstancias en materia de enfermedades virales, envejecimiento y migración, principalmente. No obstante, poco se habla de iniciativas concretas que materialicen acciones orientadas a la infancia y la adolescencia. Si bien el Programa Chile Crece Contigo se mantiene como una política que en términos generales funciona y da señales de mejorar la calidad de vida de la población infantil y sus familias, se reconoce que los desafíos que la red presenta se relacionan con mayor entrega de recursos y mejor gestión de los sistemas que lo nutren. Esperamos que la lectura hasta aquí sea fuente de inspiración para colegas que trabajan en la red sanitaria y se motiven a presentar evidencias de su trabajo con usuarios y con otros profesionales. Visibilizar el quehacer de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en la red sanitaria es imperativo, principalmente porque existen características demográficas que denotan la necesidad cada vez mayor de la asistencia, intervención y apoyo de la Fonoaudiología en todo el ciclo vital. En este sentido, a continuación, hablaremos sobre la evolución del rol de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en la red sanitaria, donde poco a poco se incluye como un actor relevante en materia de salud pública y desarrollo social.

2.1.10. COBERTURA DE FONOAUDIOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD

Si bien la incorporación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas al ámbito sanitario ocurre desde los inicios de la profesión, han sido los cambios epidemiológicos, demográficos, políticos y sociales los que han dado pie a una incorporación progresiva en distintos servicios que ofrece la red sanitaria en Chile (Vega, Torres, & Del Campo, 2017). La participación de la disciplina en el ámbito de salud se encuentra declarada en las siguientes Guías Clínicas (a) ACV para personas mayores de 15 años; (b) Fisura Labio-palatina; (c) Hipoacusia bilateral en personas de 65 años o más; (d) Hipoacusia sensorio neural en el prematuro; (e) Esclerosis Múltiple remitente recurrente; (f) Tratamiento de la Hipoacusia moderada en niños mayores de 2 años; (g) Enfermedad de Parkinson (FOPACH, 2020). Además, se encuentra incorporado en Atención Primaria en Salud (APS) a través del Programa Chile Crece Contigo. Sin embargo, el espectro de situaciones y condiciones de salud que involucran a los individuos en todo el ciclo vital, no están cubiertas.

En Chile se cuenta desde el 2001 con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con el “propósito de contribuir a que las personas, familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ministerio de Salud, 2001). Dicho esto, se deben generar acciones en promoción y prevención que permitan modificar las condiciones en las que se desenvuelven los sujetos, e intervenir sobre las formas en las que viven las personas y sus familias, ergo estas acciones demandan ser intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente del

sector salud (Ministerio de Salud, 2001). Existe diversa evidencia que estudia de qué forma el rol de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas se lleva a cabo en el ámbito de la salud. Por ejemplo, Ferrada, Catalán, Dachelet, LI, and Soto (2013), observan que la atención fonoaudiológica a usuarios con enfermedad de Parkinson no se lleva a cabo en el 100% de los casos, pese a las indicaciones de la Guía Clínica. Las posibles razones que esgrimen los autores para esta falta es el desconocimiento del personal médico sobre los alcances del rol de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas respecto al manejo e intervención de la enfermedad de Parkinson y diferencias en los criterios de evaluación. Por otro lado, destacan que existe poco control del cumplimiento de las guías GES en la red, situación que dificulta el actuar de la disciplina en el ámbito.

A partir de la experiencia recogida en el Plan Nacional de Salud mental de 2001, se pudo observar discordancia entre una gestión basada en un modelo comunitario de salud mental, que es el ideal, y el cumplimiento de metas cuantitativas en los distintos niveles de complejidad, que no se correspondían necesariamente con las necesidades de la población. Por ello, en 2017 se diseña el plan Nacional de salud Mental 2017 – 2025, que convocó no sólo a profesionales relacionados con la salud mental del sector público de salud, sino también a representantes de la Academia, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones No Gubernamentales, otros sectores del Estado y, por supuesto, a Organizaciones de Usuarios y de Familiares de Usuarios de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2017). Los objetivos estratégicos (OE) de este plan son una gran oportunidad para que nuestro gremio se inserte en más líneas de acción en el sistema de salud. Solo queremos mostrarles los objetivos sin ahondar en las estrategias, para así generarles la inquietud de movilizarnos: OE N° 1: Cerrar la brecha de recursos humanos en salud mental, tanto a nivel de atención, como de gestión pública en un horizonte de 10 años; OE N°2: Regularizar la situación contractual de funcionarios y funcionarias del sistema público de salud dedicados a salud mental. OE N°3: Implementar polos docentes-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental, para reducir los déficits cuanti- y cualitativos de recursos humanos. OE N°4: Mejorar los procesos de reclutamiento, selección, inducción y retención de los integrantes de los equipos que prestan servicios de salud mental. OE N° 5: Promover el trabajo colaborativo y conjunto con Universidades y Centros de Formación Técnica para construir y ejecutar un programa de fortalecimiento de las competencias para todos los trabajadores y trabajadoras de la red temática de salud mental pública del país, independientemente de su calidad contractual. OE N° 6: Orientar técnicamente y garantizar el espacio institucional para las prácticas de autocuidado de los equipos de salud mental. OE N° 7: Incorporar, en un trabajo colaborativo con las Universidades, en la formación de pregrado, contenidos y desempeños formativos clínicos relativos a salud mental comunitaria. OE N° 8: Promover el fortalecimiento de las capacidades de gestión y de ejercicio de la autoridad sanitaria en los diversos niveles del sistema público de salud (Ministerio de Salud, 2001). Como podemos ver, hay una muestra clara de que existe una cantidad de espacios en

los que podemos participar e involucrarnos, y tenemos como gremio un excelente camino que allanar.

El estudio de Vega et al. (2017), señala que el rol de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en salud resiste tensiones que emergen desde un diseño de política que no describe de manera concreta las funciones, concentrándolas en su mayoría a tareas relacionadas con el diagnóstico, principalmente. Por ello, el poder involucrarnos de forma activa como gremio en la discusión de los planes de acción de los programas y políticas públicas, es un imperativo, para que en el fortalecimiento de la ampliación del quehacer y de los campos de acción de nuestra disciplina, se logre cubrir las necesidades de abordaje fonoaudiológico que demanda la población en todo el ciclo vital. Esta situación pone de manifiesto un reto importante en el desarrollo del perfil profesional y, por lo tanto, en la formación de los futuros profesionales fonoaudiólogos. Las diversas tensiones que ocurren en el sector de la salud (y también en el educativo, situación que abordamos más adelante), dan cuenta de una incipiente necesidad de abordar en el perfil formativo otras aristas del conocimiento, relacionadas con el ciclo de las políticas sociales, de la economía y de materias sociales para complementar la concepción que tenemos de la persona situada en su medio y de nuestro quehacer con ellas. Más que tener una visión de “que nos falta”, proponemos reflexionar, y ver que existen ventanas de oportunidad a partir del dinamismo que tienen las sociedades, “como nos adaptamos y potenciamos nuestro quehacer” para desarrollar y otorgar nuevos horizontes a la profesión.

Por su parte, el estudio de Silva Rios et al. (2018), señala que el quehacer de la disciplina no responde a las necesidades del entorno en atención primaria, porque continúa centrada en un enfoque biomédico, sin incorporar del todo una visión biopsicosocial que es necesario desarrollar. En la actualidad, son menos de 100 los profesionales fonoaudiólogos que se desempeñan en APS (Opazo, 2018), pese a que la principal labor en la formación profesional es en el sector de salud y, a la fecha, no existe claridad respecto al rol que fonoaudiólogas y fonoaudiólogos desempeñan en este ámbito (Vega et al., 2017). Realidad similar encontramos en el área de desarrollo social, donde no existen normativas que exijan nuestra participación específica, sin embargo, sabemos que nuestra intervención se hace imperiosa para lograr los propósitos del SENAMA mencionados anteriormente. En concreto, el profesional de fonoaudiología – observando las declaraciones de los perfiles de las distintas casas de estudios – estaría capacitado para poder participar de las acciones del SENAMA en los programas de: Envejecimiento Activo, Centros Diurnos del Adulto Mayor, intervenciones en las distintas áreas fonoaudiológicas en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y en los Cuidados Domiciliarios. Acciones que en rigor son transversales a los distintos niveles de atención en Salud y que requieren de la atención de Fonoaudiología, por representar un tipo de intervención que colabora con la participación activa de la persona mayor en su medio. Creemos que comenzar a realizar acciones en esta línea es un deber de todos y todas, pues permitirá facilitar la incorporación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas

al sistema, situación que crearía más empleo y, por ende, vendría a recuperar la tasa de empleabilidad, la cual, en estos momentos, es baja en el país.

Dicho todo lo anterior, es necesario que se realicen acciones desde distintos estamentos con el fin de visualizar la importancia del rol de la fonoaudiología en salud y desarrollo social. Para esto, es necesario que (a) las universidades comprendan que es urgente actualizar programas de estudio con una visión más holística de la persona y de esta sociedad dinámica y cambiante, entendiendo que los determinantes estructurales de un Estado influyen y conforman la red de apoyos que la persona pueda presentar, por tanto, son ejes esenciales a considerar en la intervención de usuarios, la cual debe ser comprendida como una responsabilidad social, compartida por nosotros como agentes activos en la mejora de la calidad de vida de una persona, por los usuarios mismos, comprendidos como agentes activos en su intervención, y por el Estado, responsable de implementar acciones orientadas al bien colectivo con sentido de equidad y justicia social. De igual modo, es necesario incentivar la creciente investigación en torno a todos los ámbitos en los que la Fonoaudiología se encuentra presente y en los que nos hace falta por expandir. (b) Debe existir mayor participación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en mesas técnicas de discusión social. A la fecha existen condiciones de salud que no se encuentran cubiertas por la red asistencial, tanto por la falta de profesionales fonoaudiólogos, como por el propio desconocimiento de nuestra labor y alcance de nuestro quehacer. Colaborar para visibilizar estas condiciones y difundir el alcance de la fonoaudiología, debe ser parte de nuestro compromiso como especialistas de la comunicación y la deglución humana. Para realizar estas acciones, es importante considerar que debe existir un cambio en el foco formativo, situación que ya planteamos anteriormente y que volvemos a mencionar, porque consideramos que debe ser uno de los ejes principales de acción y cambio.

2.1.11. FONOAUDIOLOGÍA Y POLÍTICAS PARA EDUCACIÓN

Políticas Públicas educativas y rol del Fonoaudiólogo

Los profesionales de fonoaudiología somos actores importantes en los equipos educativos, puesto que nos encargamos de apoyar y promover el acceso, permanencia y progreso de los estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), así como también estamos involucrados en el logro y desarrollo de habilidades y competencias en la comunicación, alfabetización y aprendizaje. Nuestros servicios mejoran el desempeño de los menores en las áreas del lenguaje, el habla, la voz, la fluidez, que podrían impactar en el alcance del currículo y en la inclusión social. En la actualidad, la educación inclusiva es una tendencia a nivel mundial. Este paradigma surge como una estrategia que busca, bajo el enfoque de derechos, escolarizar a la población infanto juvenil que presenta NEE. Existen múltiples maneras de implementar la inclusión y diversas formas de comprender las NEE (Ainscow, 2008; Apablaza, 2018; Echeita, 2016; Gilor & Katz, 2018; Johora, 2019; Kantavong & Kiettikunwong, 2020).

Sin embargo, hay consenso a nivel mundial de que estas NEE pueden surgir en presencia o no de una discapacidad, pues existen múltiples factores biopsicosociales que pueden coartar las posibilidades de aprendizaje. En otras palabras, se presta atención a múltiples causas que pueden generar una barrera para que el estudiante ingrese, permanezca y progrese en el currículum regular (Echeita, 2016; Ministerio de Educación, 2019). Por ello, la inclusión, más allá de la respuesta a las NEE que presenten los niños y niñas, debe contar con un compromiso de parte de todos los actores involucrados en el contexto educativo: estudiantes, padres, directivos, educadores, comunidad, administración pública y sociedad.

En Chile, la política pública inclusiva se lleva a cabo mediante los programas de integración escolar (PIE), los que acogen alrededor de 186.000 niños, niñas y adolescentes (NNA) con NEE (Holz, 2018). En estos programas se desempeñan aproximadamente 12.500 fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos, en adelante, profesionales asistentes de la educación (Ministerio de Educación, 2017). Estos programas están normados por los decretos no 170/2009 y no 83/2015 (Ministerio de Educación, 2013, 2015), los que definen, en el año 2019, un rol evaluador, de apoyo y colaborador con énfasis en lo pedagógico para estos profesionales (Ministerio de Educación, 2019). Para que estos PIE funcionen, se asignan recursos que son otorgados a los sostenedores de los colegios, quienes los administran en función de las necesidades de cada establecimiento (Ministerio de Educación, 2013, 2019).

Tensiones y desafíos en torno al quehacer profesional en educación

El proceso histórico del surgimiento de políticas educativas en Chile ha sufrido cambios significativos, especialmente en los últimos 20 años. El país realiza esfuerzos por ir a la vanguardia de paradigmas internacionales. Es por esta razón que el decreto no1/98 marca un hito para nuestra disciplina, ya que se reconoce la imperante necesidad de incluirnos en los entornos educativos. De ahí en adelante, surgieron los marcos normativos que se conocen hoy en día y dan vida a un nuevo rol para fonoaudiólogos y fonoaudiólogas y, por ende, una fuente laboral cada vez más potente en nuestro país. Como mencionáramos anteriormente, en la actualidad se encuentra implementado el enfoque inclusivo, el que de acuerdo a López (2014), es confuso, puesto que dentro de su normativa reconoce la diversidad de estudiantes y aprendizajes, pero centra los recursos y los esfuerzos de acuerdo al diagnóstico para determinar si el estudiante ingresa al PIE. Esta dualidad se refleja también en la definición del rol de los profesionales asistentes de la educación. Son reconocidos por parte de la política como profesionales necesarios para abordar las dificultades biopsicosociales del estudiantado y así minimizar o eliminar las barreras para el aprendizaje, colaborando con la función del profesor (Ministerio de Educación, 2019). Sin embargo, la definición del rol no da cuenta de una serie de factores que influyen en el ejercicio de este; ni tampoco se enfoca en la coarticulación necesaria entre el profesional y el profesor para conseguir aprendizajes en una comunidad estudiantil

diversa. La ASHA en 2010, plantea roles, responsabilidades y funciones de los profesionales de fonoaudiología en el ámbito educativo. Estos roles abarcan la prestación de servicios en todos los niveles educativos, en un amplio rango de desórdenes, teniendo en cuenta factores biopsicosociales, proporcionando servicios lingüística y culturalmente sensibles, y cumpliendo con funciones desde la prevención hasta legislativas, consistentes siempre sobre Práctica Basada en la Evidencia (PBE) (ASHA, 2010).

En Chile, recientemente en 2019 (diez años después de la implementación del decreto no 170), el Estado promulga el rol para fonoaudiólogos y fonoaudiólogas (y otros profesionales asistentes de la educación) que se desempeñan en los escenarios educativos. Esta es una situación relevante, porque señala entre otras cosas, la invisibilidad de nuestro rol en establecimientos educacionales. A la fecha, existe poca evidencia respecto a cómo transitan fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en estos entornos, por esta razón, existen algunas iniciativas que buscan elaborar evidencia que podría aportar no sólo a la visibilización, sino que además a la validación de nuestro rol en educación⁴.

La evidencia internacional y nacional nos muestra la importancia de estudiar nuestro rol. Por ejemplo, a nivel internacional, Echeita (2016, p. 118), señala que la descripción insuficiente del rol profesional de los actores que trabajan en ámbitos educativos podría reflejar la poca claridad con la que se trata el enfoque inclusivo, lo que podría afectar el desempeño de los profesionales que participan del proceso, poniendo en riesgo el desarrollo de vínculos, compromiso y creatividad para trabajar en equipo. En efecto, un estudio nacional llevado a cabo por Urbina (2017), evidencia las tensiones que existen entre la dupla educadora diferencial y profesor/a en el marco de trabajo dentro de un programa de integración escolar. Se destaca en el estudio, que las tensiones emergen desde una política que no define de manera concreta el rol para estos profesionales, abriendo el espacio para prácticas que se realizan en esferas de poder. No obstante, es necesario plantearse, además, qué grado de responsabilidad tenemos como gremio. La actual política inclusiva nos cita a colaborar en espacios educativos a través de un rol transformador, concibiéndonos como agentes de cambios dentro de los entornos educativos. Para dar respuesta a esta responsabilidad, es necesario ampliar el foco de formación profesional en lo educativo. Un foco que implique, por una parte, competencias en currículo y didáctica, y por otra, comprender nociones como justicia social y equidad, principios básicos del enfoque inclusivo que se promueve a nivel mundial.

Otra de las aristas que se ha estudiado en torno al rol de profesionales que trabajan en educación se relaciona con la formación profesional. La evidencia científica internacional señala que la preparación profesional puede generar una importante barrera en el proceso inclusivo si los equipos

4 En la actualidad, una de las autoras de este capítulo se encuentra estudiando el rol profesional de fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos. La investigación se titula: "Rol de profesionales asistentes de la educación y política pública inclusiva en Chile". Investigación de tesis doctoral para optar al grado de Doctora en Políticas Públicas.

no cuentan con una adecuada y suficiente formación profesional (Brown & Devecchi, 2013; Campbell, 2016; Clarke, Martin, de Visser, & Sadlo, 2015; Hillier et al, 2010; Kantavong & Kiettikunwong, 2020; Paju, Rätty, Pirttimaa, & Kontu, 2016; Torres R., 2015). Estos entornos requieren de profesionales que manejen destrezas y habilidades que permitan abordar las características biopsicosociales con un enfoque educativo y no desde una perspectiva de la salud. A nivel nacional, el foco de estudio se ha centrado en las prácticas pedagógicas que profesores y profesoras llevan a cabo dentro de las aulas. Por ejemplo, el estudio de Duk (2019), analiza el rol de profesores y profesoras en el enfoque inclusivo a la luz de las políticas públicas implementadas. A partir de dicho análisis se proponen cuatro competencias, consideradas fundamentales, en la preparación de profesores para trabajar en un marco inclusivo.

Las condiciones laborales también han sido foco de atención de investigadores en educación inclusiva y existe evidencia, a nivel internacional, de que algunos entornos laborales pueden ser una barrera si no resguardan el bienestar laboral de los profesionales (Ascorra, 2014; Billingsley, 2004; Feng, 2012; Olli-Pekka, 2016). Siguiendo a Echeita (2016, p. 130), los entornos laborales saludables crean vínculos y redes de apoyo, generando equipos cohesionados que favorecen el trabajo colaborativo y lo hacen competente para resolver problemáticas que surgen en entornos inclusivos. Por lo tanto, deben ser claros y armónicos para promover el buen desempeño y crecimiento profesional de los equipos (Aparicio, 2011; Aritzeta, 2003). La falta de claridad respecto a los entornos laborales provocaría desgaste en los equipos e insatisfacción laboral, entre otros. Los entornos educativos son dinámicos y complejos; existen condiciones más complejas que otras, y circunstancias que muchas veces opacan la armonía que busca el enfoque.

El paradigma actual supone enormes desafíos, de los cuales en este apartado describimos sucintamente. Esperamos que la lectura contribuya a las universidades que imparten la carrera, a los gremios, sindicatos, asociaciones, y a quienes trabajan en educación, a reflexionar respecto a las tensiones y desafíos que supone su rol en estos escenarios. En la actualidad existe poca evidencia que visibilice nuestro rol y quehacer, el cual es importante de relevar y no solo segregarlo al trabajo con algunos diagnósticos vinculados a alguna normativa particular. Como podemos ver, la evidencia nacional e internacional en torno a la educación inclusiva no sólo informa de las tensiones, sino que además propone ideas que podrían contribuir a mejorar el diseño y la implementación de la política. Creemos firmemente que ese es el camino que debemos seguir como fonoaudiólogos y fonoaudiólogas. En primer lugar, es (re) posicionar el rol en educación. Poco a poco, esta arista ha dejado de tener relevancia en los nuevos programas de estudio que ofrecen las universidades en el país, situación que debe cambiar, pues el apoyo que entregamos en educación es relevante no sólo para la comunidad a la que se entregan los apoyos, sino que además, porque trasciende a las familias y la comunidad. Además, de manera paulatina, fonoaudiólogas y fonoaudiólogos son considerados para liderar coordinación de programas de integración dentro de los

establecimientos educativos y así comienzan a concebirse como actores importantes en el ámbito de gestión educativa; arista que, a la fecha, solo es abarcada a nivel de postgrado o educación continua. Esto nos lleva, en segundo lugar, a la necesidad de discutir cómo se transita en entornos educativos, pues estos son heterogéneos entre sí, por lo tanto, es de suponer que las experiencias de acción deben ser diferentes, debido a factores como el demográfico, condición del colegio en el cual se trabaja (público o privado), cantidad de estudiantes, cantidad de profesionales que ahí se desempeñan, entre otros.

Este tipo de información no se encuentra formalizada y estructurada y es relevante de conocer, puesto que permitiría enriquecer el curso que debe seguir la práctica fonoaudiológica en entornos educativos. La ASHA (2010), plantea la definición de rol como “conocimiento de la cultura del servicio”, en otras palabras, ¿qué es lo que los profesionales de fonoaudiología en el ámbito educativo deben conocer para tener un desempeño competente? Estos conocimientos del ámbito escolar, según lo planteado por Torres R. (2015), responden a un factor que se encuentra débil en los profesionales de fonoaudiología. El tener claridad sobre las características y demandas propias de los contextos en los que nos desempeñamos, debe plantearnos nuevas competencias que promover, nuevas ideas que podrían aportar al fortalecimiento de nuestro rol. En tercer lugar, es necesario re vitalizar el área a nivel de Colegio de Fonoaudiólogos. Llevar ideas a nivel gremial puede convertirse en una excelente estrategia para visibilizar nuestro quehacer y poder conseguir la regulación de una remuneración, acorde a nuestra prestación de servicios especializados. En cuarto lugar, generar evidencia en torno a diagnósticos, pruebas de evaluación y formas de apoyo. En este punto, y dadas las circunstancias sanitarias actuales, la tele medicina viene a poner un importante desafío para quienes se desempeñan en el ámbito educativo. Durante el 2020 debieron continuar con sus apoyos, especialmente a población infanto-juvenil con necesidades educativas especiales, de manera remota. Esta situación queda fuera de lo que hasta ahora conocíamos como alcance de la disciplina. De esta manera, es una ventana de oportunidad para colegas que se dedican al área, y para las universidades, las cuales deben realizar esfuerzos por incorporar este tipo de estrategias y herramientas de intervención dentro de la formación profesional que ofrecen.

2.1.12. FONOAUDIOLOGÍA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR SARS-COV-S (COVID19)

En la actualidad, las sociedades y los países se ven enfrentados a una pandemia que pone en riesgo la vida y la salud de las personas, desestabiliza los mercados económicos y trae incertidumbre de carácter multidimensional. La OPS la ha definido como “el mayor reto para el mundo desde la segunda guerra mundial”, declarándola una pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Esta pandemia azota con un gran número de personas contagiadas y altas cifras de muertes que han obligado a los países a tomar medidas, unas más drásticas que

otras, para evitar el número de contagios y así minimizar los efectos en la salud de las personas. De acuerdo con la última cifra entregada, existen aproximadamente 112 millones de personas contagiadas y se reportan alrededor de 2,5 millones de muertes a nivel mundial (Worldometer, 2021).

La situación por la que atravesamos como sociedad es compleja, no sólo porque se trata de la salud de la población, sino porque, además, se han desestabilizado los mercados económicos en todo el mundo, lo que según expertos provocará una crisis económica de carácter mundial sin precedentes. Para América Latina y el Caribe se proyecta una contracción alrededor del 5,3% para este año, estimándose una caída significativa del empleo que acentuará aún más la pobreza y la desigualdad en la región. Se estima que la tasa de desempleo estará alrededor del 12% y que la pobreza aumentará en un 35% y la pobreza extrema en un 13% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020).

Sin embargo, la prioridad en estos momentos, para todos los países afectados no se centra en el estancamiento económico, sino más bien, en la eficiencia de los sistemas de salud. Dada la alta tasa de contagios, los sistemas de salud se ven fuertemente presionados ante la alta demanda de personas que requieren atención. Entran en juego la capacidad institucional para responder con eficiencia y efectividad frente a la contingencia. En este punto, la participación de la Fonoaudiología en el área de salud en el contexto COVID-19, ha cobrado bastante importancia, evidenciada en la rápida respuesta de distintos colegas a nivel nacional, que han estructurado y compartido artículos científicos en 2020. Al respecto, el estudio de Lobos et al. (2020), indica que los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas que se desempeñan en este ámbito de atención han diversificado su quehacer, en donde el acompañamiento terapéutico toma relevancia. Señalan la urgente necesidad de reconsiderar las prácticas fonoaudiológicas, la formación profesional y las políticas públicas que les incorporan en los equipos de salud que atienden a usuarios afectados por el virus. Por su parte, el estudio de Gómez, Guzmán, y Castro (2020), destaca en su investigación la importancia de generar lineamientos y recomendaciones para el abordaje de usuarios en el área de motricidad orofacial. Las autoras señalan que la falta de directrices en circunstancias sanitarias actuales, podría dificultar la labor de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas, por lo que es importante aunar criterios al respecto. A su vez, y siguiendo la misma línea, el estudio de Tobar-Fredes et al. (2020), otorga recomendaciones para trabajar y abordar los trastornos de deglución en usuarios afectados por el virus. Los autores enfatizan la importancia de la práctica clínica y el cuidado del personal de salud.

La evidencia generada da cuenta de la proactividad de los equipos de investigación – lo que es alentador- y de la falta de lineamientos claros de la disciplina. Esta situación además confluye con otra: la lucha por obtener un lugar en la primera línea de profesionales de la salud que colabora con la rehabilitación de las personas. La emergencia sanitaria puso el foco en una primera instancia en salvar vidas, sin embargo, con el paso de los meses, existió una mayor preocupación por reflexionar respecto a la rehabilitación de las personas que habían sido afectadas

por el virus. En este contexto, en la prensa fue posible ver esfuerzos de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas por visibilizar el rol y la importancia de la presencia de la Fonoaudiología en el proceso de rehabilitación. Por ejemplo, en una entrevista el Fonoaudiólogo Gabriel Salgado (2020), señala que el principal trabajo del fonoaudiólogo en pacientes afectados por el virus es en alimentación, voz y comunicación, en donde enfatiza que resulta vital que el usuario, una vez superada la enfermedad, sea evaluado desde Fonoaudiología. Por su parte, la colega Karina Sandoval (2020), destaca que es primordial que en el abordaje se contemple a la familia como un agente relevante en la rehabilitación del usuario.

Por su parte, el Colegio de Fonoaudiólogos de Chile, junto a la Sociedad Chilena de Fonoaudiología (SOCHIFO) y a la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, crearon recomendaciones de atención e intervención en distintos tipos de usuarios y dificultades con el fin de orientar a la comunidad fonoaudiológica en las prácticas profesionales a realizar en los ámbitos de salud y educación (COLFONO, 2021). La rápida acción de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas que colaboraron en la elaboración de los documentos permitió claridad para muchos profesionales y un sentimiento de pertenencia que es de esperar prospere en el tiempo con el fin de conseguir un mayor desarrollo de la disciplina y una mayor representación de esta en instancias gubernamentales en las que se discute la pertinencia de profesionales según la necesidad país abordada.

Es deseable que durante este año 2021 surjan más investigaciones en torno al rol de la Fonoaudiología en las circunstancias sanitarias que vivimos que evidencien procedimientos, técnicas e impacto de la intervención fonoaudiológica y no sólo en el ámbito sanitario, sino que también en el educativo y social. Que emerjan será un buen inicio a un desarrollo más integral de la profesión, lo que permitirá una mayor visibilización de nuestro rol, lo que puede traducirse en una mayor valoración del actuar en los distintos estamentos en los que un fonoaudiólogo y fonoaudióloga puede participar.

2.1.13. REFLEXIONES FINALES

Como es posible ver, a lo largo de este capítulo hemos podido observar de qué manera se diseñan e implementan las políticas para la infancia y la adolescencia desde una breve mirada internacional para llegar a la realidad del país. Esperamos que dicha lectura contribuya en ustedes una mejor comprensión sobre cómo han ocurrido los hechos a lo largo de nuestra historia nacional y sobre cómo se han conducido hasta la actualidad. Nuestro rol como fonoaudiólogos y fonoaudiólogas se encuentra en constante desarrollo y evolución en los ámbitos de salud y educación, pero debemos trascender en el bienestar y el desarrollo social en las personas en todo su ciclo vital. Como pudimos ver, las políticas para la infancia se encuentran más desarrolladas que las de la adolescencia. En este punto, creemos que es una ventana de oportunidad para la Fonoaudiología. Las carencias que presenta la política pública en esta etapa del ciclo vital son múltiples, y van desde condición de salud,

nivel socio cultural y educativo. Un ejemplo de ello es el vacío que existe en el trabajo con jóvenes con discapacidad, para quienes, en términos laborales y educativos, aún no existe una política concreta y que como disciplina, tampoco hemos explorado. Creemos que, como especialistas de la comunicación y el lenguaje, tenemos mucho que aportar en esta etapa y que debemos explorar nuevas ideas formativas que brinden herramientas no solo para intervenir desde un problema, sino que una oportunidad para abordar y potenciar las herramientas que los jóvenes pueden demandar. Ya lo vimos en el capítulo de adolescencia, que el lenguaje y la comunicación hablada pueden potenciar o disminuir el desarrollo del lenguaje escrito, lo que a su vez podría determinar las futuras oportunidades a las que un joven puede acceder llegando a la adultez. La intervención ocupacional debería ser el eje central de los apoyos que se podrían brindar. Apoyar con estrategias de intervención relacionadas con discurso efectivo y escucha activa, por ejemplo, son herramientas que contribuirían a una mejor participación con el medio de las y los jóvenes, especialmente los más vulnerables. A la fecha, no existen programas que formen en este ámbito, y esperamos sinceramente que la lectura de este capítulo sea una fuente de inspiración para las y los lectores, especialmente aquellos relacionados con la formación profesional en las universidades.

En este capítulo ahondamos ante todo en el abordaje de la infancia y la adolescencia, pero sin duda hay mucho que decir del resto del ciclo de la vida. Ofrecimos una breve mirada en el adulto mayor, por tratarse de un rango etario que cobra especial relevancia en estos tiempos, debido, en primer lugar, a la pandemia que azota todos los países del mundo y ha dejado de manifiesto los bemoles del tránsito de vida de las personas adultas y, segundo, porque los avances en medicina y tecnología permiten que las personas vivamos más, poniendo un importante desafío a los países en el diseño e implementación de políticas públicas para este grupo etario. Creemos que el abordaje de este ciclo vital merece un capítulo aparte, porque ya no solo se trata de mirar a la persona adulta desde lo clínico. Hoy en día es relevante observar desde un modelo enfocado en la comunidad y en la participación social, donde toma importancia la trascendencia y todo lo que un adulto mayor puede aportar a las nuevas generaciones. En este punto, el desarrollo de la disciplina está al debe, pero nos mantenemos optimistas al observar cada vez con más frecuencia que existen colegas dedicados al área y con deseos de hacer investigación que aporta el sustento de que somos una disciplina necesaria para abordar sus necesidades comunicativo-lingüísticas, deglutorias, cognitivas y de participación social.

La Fonoaudiología se ha desarrollado en el país en los últimos 40 años con un interés de parte de los jóvenes por estudiarla, motivados por la oferta laboral que durante la década del 2000 suscitó la profesión. No obstante, hoy en día la empleabilidad es un tema que afecta a un gran número de profesionales egresados, quienes no encuentran la oportunidad laboral que anhelan. Esta situación es un desafío para todos, pues habla de una necesidad en la cual deben actuar distintos grupos: (a) las universidades: estas instituciones tienen, a nuestro juicio, tres importantes desafíos:

(i) revisar los programas de formación, actualizarlos a las necesidades país y otorgar posibilidades de acción más amplias que la práctica clínica. (ii) Interés por establecer acciones orientadas a difundir el rol de la Fonoaudiología en las áreas del conocimiento, entendiendo este último con una conformación de ideas que emanan de distintas aristas, las cuales se complementan entre sí y contribuyen a un mejor desarrollo de la sociedad en general. (iii) Realizar acciones de comunicación constante y permanente con distintas organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, de tal modo de promover mayor participación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en las esferas de política pública, permitiendo con esto no solo visibilización del rol, sino que además posicionamiento de la especialidad en ciertas áreas del conocimiento. (b) Las carteras de gobierno MINSAL, MINEDUC y Desarrollo Social, tienen como desafío informarse y concientizar a los distintos estamentos sobre el alcance de la disciplina, situación que podría posibilitar la entrega de más recursos en los ámbitos de salud, educación y desarrollo social. No obstante, para lograrlo, es urgente la necesidad de generar evidencia de nuestro quehacer, lo que nos lleva al punto (c) profesionales fonoaudiólogos y fonoaudiólogas deben generar evidencia de sus acciones con el fin de visibilizar el rol que cada uno tiene en su ejercicio laboral. Formar investigadores debería ser una prioridad para las universidades que imparten Fonoaudiología. En cuanto a profesionales ya egresados, el objetivo es motivarles a encontrar herramientas técnicas que les permitan visibilizar el rol. Para esto, creemos que es importante la participación activa del Colegio de Fonoaudiólogos. Esta organización debe avanzar en fortalecer la red gremial y motivar a los y las profesionales a participar de las diferentes acciones que se pueden emplazar para desarrollar estas ideas, de cara a mejorar las condiciones laborales de las y los fonoaudiólogos.

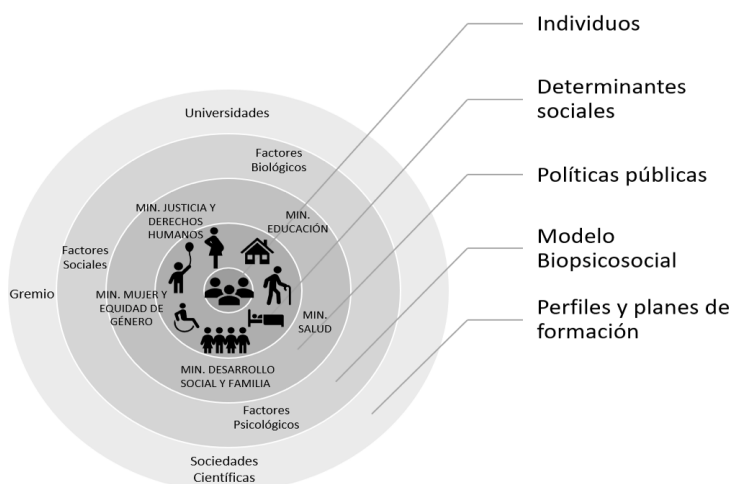


Figura 7. Fuente elaboración propia para los propósitos del presente capítulo

Como lo han señalado diferentes autores, la falta de claridad en el ejercicio del rol puede conducir a una serie de problemáticas que terminan por interferir en los modos, tipos y tiempos de intervención que podría tener un fonoaudiólogo o fonoaudióloga en su lugar de trabajo. Establecer con claridad las funciones y sus alcances es tarea de todos y todas los involucrados en el entorno laboral, ya sea en salud o en educación y es nuestra responsabilidad ser actores activos para generar reflexiones que permitan cambios en el futuro.

La formación profesional debe mirar hacia todos los ámbitos del quehacer, ajustándose a las directrices otorgadas por los marcos normativos, pero con una mirada visionaria sobre el actuar. Los principios éticos también deberían ser un factor importante de considerar dentro de la formación como un agente diferenciador. Por su parte, el sello debería estar enmarcado en el profundo respeto por el usuario, basándose en el enfoque de derecho y en el trabajo en equipo de tipo colaborativo. Estas características se enmarcan en las necesidades de los entornos laborales actuales y deberían ser considerados en todo programa de formación profesional. Todo lo anterior, invita a emplazar a las casas de estudio a responder a la pregunta ¿sus perfiles de egreso y planes de estudio, sobre qué modelo están enmarcados? ¿se logra percibir en ellos una formación desde un enfoque biopsicosocial? ¿hay congruencia entre el perfil, plan, y las exigencias y dinamismo del contexto?

Por último, esperamos que este capítulo contribuya en ustedes lectores a una reflexión sobre sus prácticas, su quehacer, su rol, sobre las tensiones y desafíos que presentan en sus entornos laborales y de qué forma pueden contribuir a cambiar aquellas circunstancias que amenazan su quehacer. Trabajar en equipo y de manera colaborativa, para generar cambios, es la dirección que debemos mirar como gremio, sólo así podrá ser posible continuar desarrollando esta hermosa profesión que surge para y por las personas.

2.1.14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adair, L. S., Fall, C. H. D., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., . . . Victora, C. G. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *The Lancet*, 382(9891), 525-534. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60103-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8)
- Ainscow, M. y. M., S. (2008). Por una educación para todos que sea inclusiva: ¿Hacia dónde vamos ahora?., *Perspectivas*, 38(1), 17-45. Retrieved from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000178084_spa/PDF/178084spa.pdf.multi
- Akseer, N., Mehta, S., Wigle, J., Chera, R., Brickman, Z. J., Al-Gashm, S., . . . Bhutta, Z. A. (2020). Non-communicable diseases among adolescents: current status, determinants, interventions and policies. *BMC Public Health*, 20(1), 1908. doi:10.1186/s12889-020-09988-5
- Ali, M. M., West, K., Teich, J. L., Lynch, S., Mutter, R., & Dubenitz, J. (2019). Utilization of Mental Health Services in Educational Setting by Adolescents in the United States. *Journal of School Health*, 89(5), 393-401. doi:<https://doi.org/10.1111/josh.12753>
- Apablaza, M. (2018). Inclusion in education, occupational marginalization and apartheid: An analysis of Chilean education policies. *Journal of Occupational Science*, 25(4), 450-462. doi:10.1080/14427591.2018.1487259
- Aparicio, M. M., Roxana. (2011). La difusa relación educación/empleo: el rol de las expectativas como mediadoras del bienestar psicológico y el desgaste profesional *Revista de Orientación Educacional*, 25(47), 15-29.
- Araújo, M. C. L.-B. F. P., Juan M. (2013). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe* Retrieved from <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-sobre-los-servicios-de-desarrollo-infantil-temprano-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Aravena L, P., & Inostroza P, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 143, 244-251. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012&nrm=iso
- Aritzeta, A. A., Sabino. (2003). Aplicabilidad de la teoría de los roles de equipo de Belbin: un estudio longitudinal comparativo con equipos de trabajo. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(1), 61-75.
- Ascorra, P. L., Verónica; Bilbao, Mª Ángeles; Correa, Trinidad; Guzmán, Javier; Moraga, Valentina; Olavarría, Dayana. (2014). Relación entre el bienestar social de Profesores y el Nivel de Autonomía y Tamaño de Escuelas Municipalizadas Chilena. *Terapia Psicológica*, 32(2), 121-132. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200005>

- ASHA, A. S. L. H. A. (2010). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools [Professional Issues Statement]. In *American Speech-Language-Hearing Association*. doi:<https://doi.org/10.1044/policy.PI2010-00317>
- Aulicino, C. D., Gala. (2015). *Políticas Públicas de Desarrollo Infantil en América Latina. Panorama y Análisis de Experiencias*. Retrieved from <https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2016/03/FINAL-Políticas-publicas-de-desarrollo-infantil-en-AL-2.pdf>
- Balcells-Balcells, A. G., Climent; Guàrdia-Olmos, Joan; Summers, Jean Ann; Mas, Joana M. (2019). Impact of supports and partnership on family quality of life. *Research in Developmental Disabilities*, 85, 50-60. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.10.006>
- Barger, M. M. K., Elizabeth Moorman; Kuncel, Nathan R.; Pomerantz, Eva M. (2019). The relation between parents' involvement in children's schooling and children's adjustment: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 145(9), 855-890. doi:10.1037/bul0000201
- Barreto, M. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. 22(7), 2097-2108. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- Bedregal, P. P., Marcela. (2004). *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño*. Retrieved from https://www.unicef.org/chile/media/1171/file/desarrollo_infantil_temprano_y_derechos_del_nino.pdf
- Benítez, A. V., Carolina. (2019). Desigualdades en salud: brechas de acceso y uso entre locales e inmigrantes. In F. d. C. E. F.-C. d. E. P. (CEP) (Ed.), *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional* (pp. 191-236). Fondo de cultura económica (FCE) - Centro de Estudios Públicos.
- Bernal Rodríguez Sonia et al. (2018). *Comunicación Humana Interpersonal. Una mirada sistémica*: Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Biblioteca Nacional, C. (2020). La infancia en el siglo XX. Retrieved from <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3521.html>
- Billingsley, B. S. (2004). Promoting Teacher Quality and Retention in Special Education. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 370-376. doi:10.1177/00222194040370050101
- Black, S. D., Paul; Salvanes, Kjell G. (2007). From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 409-439. Retrieved from <https://EconPapers.repec.org/RePEc:oup:qjecon:v:122:y:2007:i:1:p:409-439>.
- Branje, S. (2018). Development of Parent-Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism of Change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176. doi:<https://doi.org/10.1111/cdep.12278>
- Brown, J., & Devecchi, C. (2013). The impact of training on teaching assistants' professional development: opportunities and future strategy. *Professional Development in Education*, 39(3), 369-386. doi:10.1080/19415257.2012.762720

- Bundy, D. A. P., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T., . . . Sawyer, S. M. (2018). Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *The Lancet*, 391(10121), 687-699. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32417-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32417-0)
- Cabieses, B., Obach, A., & Molina, X. (2020). [The opportunity to incorporate subjective well-being in the protection of children and adolescents in Chile]. *Revista chilena de pediatría*, 91(2), 183-189. doi:10.32641/rchped.v91i2.1527
- Campbell, W. S., Enid; Gaines, Robin. (2016). Speech-Language Pathologists' Role in Inclusive Education: A Survey of Clinicians' Perceptions of Universal Design for Learning. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology (CJSLPA)* 40(2), 121-132. Retrieved from https://cjslpa.ca/files/2016_CJSLPA_Vol_40/No_02/CJSLPA_2016_Vol_40_No_2_Campbell_et_al.pdf
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379(9826), 1653-1664. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60238-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60238-4)
- Caviedes Duprá, R. (2020) *Opinión: La salud de Chile según la OCDE/ Interviewer: C. d. Q. F. y. B. d. C. (AG)*.
- CEPAL, C. E. p. A. L. y. E. C. (2020). *Protección social para familias con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe Un imperativo frente a los impactos del COVID-19*. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46489/1/S2000745_es.pdf
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2), 103-109. Retrieved from <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSPP/article/view/1738/1619>
- Cid; Uthoff. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*. doi:10.26633/RPSP.2017.170
- Clarke, C., Martin, M., de Visser, R., & Sadlo, G. (2015). Sustaining professional identity in practice following role-emerging placements: Opportunities and challenges for occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 42-50. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000351699100006
- Clarke et al. (2019). *Creciendo Juntos: Evaluando la Equidad y Eficiencia de Chile Crece Contigo*. Retrieved from <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/04/Estudio-equidad-y-eficiencia-ChCC.pdf>
- Clínicas de Chile, C. (2018). *Una mirada a la salud de Chile en el contexto OCDE*. Retrieved from <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2018/07/Tema-de-Coyuntura-N%C2%BA-94-Una-Mirada-a-la-Salud-en-Chile-en-el-Contexto-OCDE.pdf>
- COLFONO, C. d. F. d. C. A. (2021). [Documentos COVID. Recomendaciones para la práctica Fonoaudiológica].

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, C. (2020). [Pandemia del COVID-19 llevará a la mayor contracción de la actividad económica en la historia de la región: caerá -5,3% en 2020].
- Cornelissen, T., Dustmann, C., Raute, A., & Schönberg, U. (2018). Who Benefits from Universal Child Care? Estimating Marginal Returns to Early Child Care Attendance. *Journal of Political Economy*, 126(6), 2356-2409. Retrieved from <https://EconPapers.repec.org/RePEc:ucp:jpolec:doi:10.1086/699979>
- Curtis, P. F., Jennifer; Watson, Cristina D; Hampton, Lauren; Roberts, Megan. (2018). Language Disorders and Problem Behaviors: A Meta-analysis. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 142(2). doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3551>
- Dalmau, M. B.-B., A; Giné,C; Cañadas,M; Casas,O; Salat, Y; Farré V; Calaf, N. (2017). How to implement the family-centered model in early intervention. *Anales de Psicología*, 33(3), 641-651. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611>
- Departamento de Salud Pública, E. d. M., P. Universidad Católica de Chile. (2008). *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Retrieved from Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Estudio-de-Carga-de-Enfermedad-y-Carga-Atribuible..pdf
- Doyle, O. H., Colm P.; Heckman, James J.; Tremblay, Richard E. (2009). Investing in early human development: Timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1-6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2009.01.002>
- Duk, C. C., Tatiana; Ramos, Liliana. (2019). Formación Docente desde un Enfoque Inclusivo. A 25 Años de la Declaración de Salamanca, Nuevos y Viejos Desafíos. *Revista Latinoamericana de educación inclusiva*, 13, 91-109. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-73782019000200091&nrm=iso
- Echeita, G. (2016). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*: Narcea Ediciones.
- Feng, Y. (2012). Teacher career motivation and professional development in special and inclusive education: perspectives from Chinese teachers. *International Journal of Inclusive Education*, 16(3), 331-351. doi:10.1080/13603116.2010.489123
- Ferrada, N., Catalán, N., Dachelet, G., Li, M., & Soto, G. (2013). Análisis del cumplimiento de la atención fonoaudiológica de la guía clínica GES, en pacientes con enfermedad de Parkinson en centros de atención primaria de salud de Talca. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51, 110-114. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200004&nrm=iso
- Foorman, B. D., Jennifer; Smith, Kevin. (2016). Seven Elements Important to Successful Implementation of Early Literacy Intervention. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2016(154), 49-65. doi:<https://doi.org/10.1002/cad.20178>

- FOPACH, F. p. C. (2020). Historia de la Fonoaudiología. Retrieved from <https://fopach.cl/historia-de-la-fonoaudiologia/#:~:text=En%201996%20se%20abre%20la,a%20lo%20largo%20de%20Chile>.
- Francesconi, M., & Heckman, J. J. (2016). Child Development and Parental Investment: Introduction. *The Economic Journal*, 126(596), F1-F27. doi:10.1111/ecoj.12388
- Frenz, P. (2004). Desafíos en salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. *Ministerio de Salud*, 1-12.
- Gabriel Salgado. (2020) *El vital trabajo de la Fonoaudiología con los pacientes COVID-19*. Instituto Nacional del Torax, Chile.
- García Quiroga, M. H.-G., Catherine. (2014). "In the name of the children": Public policies for children in out-of-home care in Chile. Historical review, present situation and future challenges. *Children and Youth Services Review*, 44, 422-430. doi:<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.009>
- Geelhoed, E. M., Joëlle; George, Phoebe; Strahan, Kenneth; Duffield, Alison; Ian Li; Donna, Cross. (2020). Long-term economic outcomes for interventions in early childhood: protocol for a systematic review. *BMJ (Open)*. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036647>
- Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., . . . Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998-1001. doi:10.1126/science.1251178
- Gilor, O., & Katz, M. (2018). From normalisation to inclusion: effects on pre-service teachers' willingness to teach in inclusive classes. *International Journal of Inclusive Education*, 1-16. doi:10.1080/13603116.2018.1559365
- Gobierno de Chile. (2015). *Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015 - 2025*. Ministerio Secretaría General de la Presidencia Retrieved from <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>
- Gómez, C., Guzmán, D., & Castro, R. (2020). Recomendaciones para la atención fonoaudiológica en motricidad orofacial en contexto COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 7(3). doi:10.32457/ijmss.v7i3.490
- Hajizadeh, N., Stevens, E. R., Applegate, M., Huang, K.-Y., Kamboukos, D., Braithwaite, R. S., & Brotman, L. M. (2017). Potential return on investment of a family-centered early childhood intervention: a cost-effectiveness analysis. *BMC Public Health*, 17(1), 796. doi:10.1186/s12889-017-4805-7
- Heckman, J. K., Ganesh.; . (2019). *Intergenerational and Intragenerational Externalities of the Perry Preschool Project*. NBER Working Papers 25889, National Bureau of Economic Research, Inc. Retrieved from <https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/25889.html>
- Helseth, S. A., Escobar, K. I., Clark, M. A., Spirito, A., & Becker, S. J. (2020). Marketing therapy to parents concerned about adolescent substance use: Association of adolescent problems and parent preferences for direct-to-consumer marketing. *Professional psychology, research and practice*, 51(1), 68-76. doi:10.1037/pro0000255

- Hillier et al. (2010). A Systematic Review of Collaborative Models for Health and Education Professionals Working in School Settings and Implications for Training. *Education for Health*, 23(3), 393-393. Retrieved from <http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2010;volume=23;issue=3;spage=393;epage=393;aulast=Hillier>
- Holz, M. (2018). *Datos de la modalidad de Educación Especial en Chile, año 2018*. Retrieved from https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26781/2/BCN__datos_de_EE_y_estudiantes_con_NEE_Final.pdf
- Iverach, L., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 51, 24-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.001>
- Johora, F. T. F., Marilyn;Veresov,Nikolai. (2019). Inclusion of a child with expressive language difficulties in a mainstream Australian preschool – roundabout ways can create opportunities for participation. *International Journal of Inclusive Education*, 1-18. doi:10.1080/13603116.2019.1609100
- Kantavong, P., & Kiettikunwong, N. (2020). Different paths for inclusion in Thailand: improving special teachers as leaders in the development of inclusive education. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 20(1), 74-84. doi:10.1111/1471-3802.12467
- Karina Sandoval. (2020) *La importancia de la fonoaudiología en contexto COVID-19*. Universidad Católica Silva Henríquez.
- Kaushanskaya, M. S. P. G., Ishanti; Davidson, Meghan; Weismer, Susan. (2017). The Relationship Between Executive Functions and Language Abilities in Children: A Latent Variables Approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(4), 912-923. doi:[doi:10.1044/2016_JSLHR-L-15-0310](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0310)
- Kumper, K. L., & Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(3), 174-179. doi:10.1080/1067828X.2018.1443048
- Lancet, T. (2012). Putting adolescents at the centre of health and development. *The Lancet*, 379(9826), 1561. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60536-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60536-4)
- Lean, R., Paul, Rachel A; Smyser, Christopher D.; Rogers, Cynthia E. (2018). Maternal intelligence quotient (IQ) predicts IQ and language in very preterm children at age 5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(2), 150-159. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpp.12810>
- Lo Bue, M. C. (2019). Early Childhood during Indonesia's Wildfires: Health Outcomes and Long-Run Schooling Achievements. *University of Chicago Press*, 67(4), 969-1003. doi:10.1086/700099
- Lobos, N., Del Campo, M., & Silva-Ríos, A. (2020). Dominios de provisión de servicios en fonoaudiología y Atención Primaria de Salud a propósito de la COVID-19: Una revisión narrativa. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 19, 1-7. doi:10.5354/0719-4692.2020.60183

- López, V. J., Cristina; Morales, Macarena; Rojas, Carolina; Pérez, María Victoria. (2014). Barreras culturales para la inclusión: políticas y prácticas de integración en Chile. *Revista de Educación*. doi:0.4438/1988-592X-RE-2012-363-180
- Madigan, S. P., Heather; Graham, Susan; Rodrigues, Michelle; Anderson, Nina; Khoury, Jennifer; Jenkins, Jennifer. (2019). Parenting Behavior and Child Language: A Meta-analysis. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 144(4). doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3556>
- Markowitz, A. J. B., Daphna; Hamre, Bridget. (2018). Leveraging Developmental Insights to Improve Early Childhood Education. *Child Development Perspectives*, 12(2), 87-92. doi:<https://doi.org/10.1111/cdep.12266>
- Milman, H. M., Castillo, C. A., Sansotta, A. T., Delpiano, P. V., & Murray, J. (2018). Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection: lessons from Chile Crece Contigo. *BMJ*, 363, k4513. doi:10.1136/bmj.k4513
- Ministerio de Desarrollo Social, C. (2009). Presidenta Bachelet promulgó ley que crea Sistema Chile Crece Contigo. SENADIS -Servicio Nacional de La Discapacidad Retrieved from https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/290/presidenta
- Ministerio de Desarrollo Social, C. (2018). CASEN 2017 - SALUD Síntesis de Resultados. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/CASEN-Salud-2017.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social, C. (2020). Presentación del Programa Chile Crece Contigo. Retrieved from <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/>
- Ministerio de Educación, C. (2013). *Orientaciones técnicas para Programas de Integración Escolar (PIE)*. (ISBN 978-956-292-408-5). Retrieved from <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/09/Orientaciones-PIE-2013-3.pdf>
- Ministerio de Educación, C. (2015). *Diversificación de la Enseñanza, Decreto 83/2015*. Retrieved from <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/Decreto-83-2015.pdf>
- Ministerio de Educación, C. (2017). *Estadísticas de la Educación 2016. Publicación Agosto 2017*. Retrieved from https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario_2016.pdf
- Profesionales Asistentes de la Educación. Orientaciones acerca de su rol y funciones en programas de integración escolar (PIE), (2019).
- Ministerio de Salud, C. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Retrieved from https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/MINSAL_2001_Plan-Nacional-de-Salud-Mental.pdf
- Ministerio de Salud, C. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025*. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

- Ministerio de Salud, C. (2020a). Misión y Visión del Ministerio de Salud en Chile. Retrieved from <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>
- Ministerio de Salud, C. (2020b). Programa de Salud 2018 - 2022. Retrieved from <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>
- Moore R., V. P., de los Ángeles Paul M., Lizama M. (2016). International Perspectives: Chile. En: Rubin IL, Merrick J., Greydanus DE, Patel DR (eds) Atención médica para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo a lo largo de la vida. In C. Springer (Ed.), *Atención médica para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo a lo largo de la vida*.
- OCDE. (2019). *Estudios de la OCDE sobre Salud Pública Chile, hacia un futuro más sano. Evaluación y recomendaciones*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
- Ocón, D. (2006). Normativa internacional de protección de la infancia. . *Cuadernos de Trabajo Social*, 19(19), 113-131. doi:<https://doi.org/10.5209/CUTS.8410>
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239 - 254. Retrieved from <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>
- Olli-Pekka, M. S., Hannu (2016). The effect of perceived school climate and teacher efficacy in behavior management on job satisfaction and burnout: A longitudinal study. *Teaching and Teacher Education*, 60, 144-152. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tate.2016.08.012>
- OMS. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=B9EF24F027991D707D930A7A073F5D9A?sequence=1
- ONU. (2015). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible – Desarrollo Sostenible. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- ONU. (2019). La Cooperación Sur-Sur, ¿qué es y por qué importa? | Noticias ONU. Retrieved from <https://news.un.org/es/story/2019/03/1453001>
- Opazo, M. G. (2018). Expertos emplazaron a incluir a fonoaudiólogos en la Atención Primaria de Salud. *IPSUSS, Instituto de Políticas Públicas en Salud*. Retrieved from <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/expertos-emplazaron-a-incluir-a-fonoaudiologos-en-la-atencion-primaria/2018-06-28/160334.html>
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2020). Enfermedad por el Coronavirurs (COVID-19). Retrieved from <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

- Ossandón, M. (2014). Rehabilitación basada en la comunidad frente a la realidad chilena. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 219-230. doi:doi:10.5354/0719-5346.2014.35724
- Paju, B., Rätty, L., Pirttimaa, R., & Kontu, E. (2016). The school staff's perception of their ability to teach special educational needs pupils in inclusive settings in Finland. *International Journal of Inclusive Education*, 20(8), 801-815. doi:10.1080/13603116.2015.1074731
- Peirano, C. (2019). Un marco de referencia para las políticas de niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS*, 42, 153-172. Retrieved from <https://www.redalyc.org/jatsRepo/924/92462512010/html/index.html>
- Phillips Galloway, E., & Uccelli, P. (2019). Beyond reading comprehension: exploring the additional contribution of Core Academic Language Skills to early adolescents' written summaries. *Reading and Writing*, 32(3), 729-759. doi:10.1007/s11145-018-9880-3
- Ravetllat Ballesté, I. (2017a). El defensor de los Derechos de la Niñez en Chile: Hacia un verdadero garante de su interés superior. *Estudios constitucionales*, 15, 255-306. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002017000100009&nrm=iso
- Ravetllat Ballesté, I. (2017b). El defensor de los derechos de la niñez en Chile: hacia un verdadero garante de su interés superior *Estudios constitucionales*, 15, 255-306. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002017000100009&nrm=iso
- RIMISP, C. L. p. e. D. R. (2016). *Informe n° 3: Evaluación de las Redes Comunes del Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo*. Retrieved from <http://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/2259/INFORME%20FINAL%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20las%20redes%20comunes%20del%20Subsistema%20de%20Protecci%C3%B3n%20Integral%20a%20la%20Infancia%20Chile%20Crece%20Contigo.pdf?sequence=1>
- Rojas Flores, J. (2007). Los derechos del niño en Chile: Una aproximación histórica 1910- 1930 *Historia (Santiago)*, 40, 129-164. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942007000100005&nrm=iso
- Romeo, R. S., Joshua; Leonard, Julia A; Robinson, Sydney T; West, Martin; Mackey Allyson P; Yendiki, Anastasia; Rowe, Meredith; Gabrieli, Jhon. (2018). Language Exposure Relates to Structural Neural Connectivity in Childhood. *JNeurosci, The Journal of Neuroscience*, 38(36), 7870 - 7877. doi:doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0484-18.2018
- Schertz H., H. K. (2018). Facilitating Toddlers' Social Communication from Within the Parent-Child Relationship: Application of Family-Centered Early Intervention and Mediated Learning Principles. In C. Autism and Child Psychopathology Series. Springer (Ed.), In: Siller M., Morgan L. (eds) *Handbook of Parent-Implemented Interventions for Very Young Children with Autism*.

- Schleyer, M. T. (2018). *Institucionalidad de la Infancia en Chile*. Serie Informe Legislativo.
- SENADIS. (2020). Población con Discapacidad cuenta con cifras actualizadas. Retrieved from https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/6503/poblacion-con-discapacidad-cuenta-con-cifras-actualizadas
- Silva Ríos, A., Paula, E., Romina, H., & Del Campo R., M. (2018). Estudio Cualitativo de la Práctica Fonoaudiológica en el Contexto de la Atención Primaria de la Salud, en la Quinta Región de Valparaíso. *Ciencia & trabajo*, 20, 103-106. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492018000200103&nrm=iso
- Solar, O. I., A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) World Health Organization Geneva*.
- Soleimanpour, S. G., Sara; Brindis, Claire D. (2017). Adverse Childhood Experiences and Resilience: Addressing the Unique Needs of Adolescents. *Academic Pediatrics*, 17(7, Supplement), S108-S114. doi:<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.008>
- Staab, S. (2010). Social Investment Policies in Chile and Latin America: Towards Equal Opportunities for Women and Children? *Journal of Social Policy*, 39(4), 607 - 626. doi:[doi:10.1017/S0047279410000243](https://doi.org/10.1017/S0047279410000243)
- Tobar-Fredes, R., Briceño Meneses, B., Fuentealba Miranda, I., Orellana Villouta, M., Venegas-Mahn, M., Pavez Reyes, A., . . . Heusser Sagredo, P. (2020). Consideraciones clínicas para fonoaudiólogos en el tratamiento de personas con COVID-19 y traqueostomía. Parte I: Deglución. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 19, 1-12. doi:[10.5354/0719-4692.2020.60185](https://doi.org/10.5354/0719-4692.2020.60185)
- Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., . . . Andersson, G. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 4(4), 199-207. doi:[10.1192/bjo.2018.18](https://doi.org/10.1192/bjo.2018.18)
- Torres Gutiérrez, O. (2008). Niñez, políticas públicas y sociedad civil. MAD, *Revista del Magister en Análisis Sisémico Aplicado a la Sociedad*, 3, 17-45. doi:[10.5354/0718-0527.2014.31052](https://doi.org/10.5354/0718-0527.2014.31052)
- Torres R., A., Vega R., Y., & Del Campo R., M. (2015). Autorreflexión sobre el desempeño profesional del fonoaudiólogo(a) en el sector educativo: una aproximación a la construcción del rol. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 14, 103-117. doi:[10.5354/0719-4692.2015.37738](https://doi.org/10.5354/0719-4692.2015.37738)
- Torres-Gutierrez, O. (2008). Niñez, políticas públicas y sociedad civil. *Revista Mad Edición Especial* 3, 17-45.
- Uauy, R. (2018). *Crece Contigo policy programme in Chile*. Retrieved from International Atomic Energy Agency (IAEA): <http://humanhealth.iaea.org/HHW/Nutrition/Symposium2018/BookofAbstracts.pdf>

- http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:51006765
- UNICEF. (2017). Desarrollo de la Primera Infancia. Retrieved from <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>
- UNICEF. (2020a). Adolescencia y juventud. Retrieved from https://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html
- UNICEF. (2020b). Los niños, niñas y adolescentes tienen derechos. Los establece la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Urbina, C. B., Pablo; Durán, Camila; Miranda, Pablo. (2017). Prácticas de co-docencia: el caso de una dupla en el marco del Programa de Integración Escolar en Chile. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 43, 355-374. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052017000200019&nrm=iso
- Vega, Y., Torres, A., & Del Campo, M. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 59. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n59/0718-2449-cyt-19-59-00076.pdf>
- Venturiello, M. P., & Ferrante, C. (2018). Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile. *Apuntes*, 45, 91-121. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-18652018000200004&nrm=iso
- Vincent, C. (2017). 'The children have only got one education and you have to make sure it's a good one': parenting and parent-school relations in a neoliberal age. *Gender and Education*, 29(5), 541-557. doi:10.1080/09540253.2016.1274387
- Worldometer. (2021). Pandemia de Coronavirus COVID-19. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Campos ocupacionales y contextos laborales en la actualidad nacional

RODRIGO TRUJILLO-MANRÍQUEZ
CAROLINA CONTRERAS-SAGUAS

2.2.1. INTRODUCCIÓN

La fonoaudiología tiene su génesis en el interés, que desde épocas remotas, ha mostrado el hombre hacia el fenómeno del lenguaje y la comunicación. Bajo esta conceptualización, la carrera surge en Chile hace más de cinco décadas de la mano de los equipos de la salud (Maggiolo, M., Shwalm, E., 2017). No obstante, dada la diversificación actual del ejercicio profesional, se le puede ver integrado a equipos de educación, de artes escénicas y teatrales, de inclusión sociolaboral y de educación superior e investigación. A lo largo de este capítulo, se pretende dar una mirada respecto al contexto actual en que se encuentran los tipos de desempeño del profesional de la fonoaudiología, desde el quehacer profesional y recorriendo sus áreas emergentes.

En relación a la definición de la labor profesional, en Chile, luego de una revisión exhaustiva de las mallas curriculares de las Universidades que imparten la carrera, se describen las siguientes áreas del quehacer fonoaudiológico: Audiología, Voz, Lenguaje y Comunicación infantil y adulto, Deglución y Habla. Cabe destacar que algunas instituciones han incluido el concepto de Motricidad Oral, bajo el cual se enmarca las áreas de Deglución y Habla, lo cual responde a una tendencia cada vez más afianzada y que da cuenta del cambio de paradigma a nivel científico que promueve la valoración de las funciones estomatognáticas por sobre dos acciones puntuales como son el Habla y la Deglución. Para cada una de ellas se describen roles específicos, los que en términos generales, se pueden englobar bajo los conceptos de Prevención, Evaluación, Diagnóstico, Rehabilitación y Habilidad para cada una de las patologías de cada área. Asimismo, se debe considerar la labor realizada con población carente de patologías, que por razones laborales o personales demandan una mejora en sus habilidades lingüísticas/comunicativas, requiriendo el apoyo profesional.

Ahora, si correlacionamos esta información con la entregada por American Speech-Language- Hearing Association (ASHA) en su página web informativa www.asha.org, se define la labor del fonoaudiólogo (speech-language pathology) como el profesional que se desempeña en la Prevención, Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del Habla, Lenguaje, Comunicación Social, Habilidades Cognitivas-Comunicativas y Deglución en niños y adultos. Al analizar ambas aproximaciones, observamos algunas diferencias en término de la información declarada: ASHA expresa una labor vinculada al abordaje de habilidades cognitivo-comunicativas que, en

términos generales, los perfiles descritos por las Universidades chilenas no refieren. Sin embargo, es importante destacar que este tipo de acciones sí se declara en líneas curriculares y procesos de internado o habilitación profesional, siendo incluida de manera implícita en la formación de los futuros fonoaudiólogos chilenos.

En el año 2006, ASHA señala que el proceso de evaluación del desempeño profesional en fonoaudiología implica una serie de pasos que van desde la autorreflexión y autoevaluación, seguido de la definición de roles, e incluyendo la retroalimentación de terceros que actúan como observadores. La Fonoaudiología como disciplina, de acuerdo a este análisis, se encarga de la Evaluación, Diagnóstico, Rehabilitación, Promoción de la Salud y Prevención de los trastornos del lenguaje, habla, deglución, audición, voz y comunicación (Vega et al, 2017).

En la actualidad, hablar sobre la Fonoaudiología, sin duda, nos transporta a distintos escenarios. Hace más de una década, cuando se mencionaba esta palabra, se pensaba en educación y problemas con un sonido específico. No obstante, los años han hecho su trabajo y hoy en día, la profesión ha abierto puertas impensadas para muchos, pero necesarias para nuestra disciplina. Si se considera lo transversal e indispensable que es la comunicación, indudablemente, reflexionar sobre el rol del Fonoaudiólogo demanda considerar los distintos contextos donde se desarrolla, los espacios laborales en los que se podría insertar, incluyendo además todo el curso de la vida. Sin embargo, aún falta mayor empoderamiento y, a la vez, reconocimiento de la labor que ejercen los fonoaudiólogos para poder abarcar todas las posibles áreas de acción.

Desde el punto de vista de las áreas, gran parte de los fonoaudiólogos trabajan o iniciaron su ejercicio profesional ligados a Educación, ya sea Escuelas Especiales, Colegios con Programas de Integración o Jardines Infantiles, pero también en Salud como Hospitales, Clínicas y Centros de atención de salud. Según el Censo realizado por Fonoaudiólogos para Chile A.G.(FOPACH) en el 2018, con respecto a las áreas de desempeño de los Fonoaudiólogos del universo encuestado (5476 profesionales), un 73,3% desarrolla sus labores en el área de Comunicación; seguida por un 20,7% en Motricidad orofacial. En tercer lugar, con un 19% aparece el área de Deglución, seguido del área de docencia clínica con un 17,5%. Finalmente, y en menor porcentaje, se desempeñan en las áreas de Audición y Voz, un 12,5% y un 12,1% respectivamente. Para delimitar con mayor especificidad el rol profesional, analizaremos cada uno de los roles en los cuales participa el fonoaudiólogo para luego establecer aquellas áreas consideradas emergentes en función de las nuevas demandas reinantes.

Contextos laborales del profesional Fonoaudiólogo

A continuación, presentaremos diferentes contextos en el que el profesional fonoaudiólogo se puede desempeñar, haciendo una revisión general de diferentes áreas, que van desde la educación hasta salud en contexto de pandemia.

En el 2010, la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA), configuró las acciones del fonoaudiólogo en Educación, mencionando entre los roles y responsabilidades, que el trabajo se da en todos los niveles Formativos: desde Educación Parvularia hasta la Educación Media, abordando los diversos trastornos que afecten durante esta etapa las áreas de Habla, Lenguaje, Audición, Voz y Deglución. Además, agrega que puede colaborar con el diseño del currículo, en la adquisición de la alfabetización y participar de los equipos multidisciplinarios al interior de los establecimientos con el fin de dar una respuesta más integral a los estudiantes tratados (Torres, et al. 2015).

La definición del alcance profesional en el sector educativo se ha remitido a las disposiciones establecidas en diferentes normativas legales como el decreto 192/1997, 1300/2002, 170/2009, y otros, que norman la forma de intervenir a los niños que presentaban Necesidades Educativas Especiales, tanto en Programas de Integración Escolar (PIE) como en Escuelas Especiales de Lenguaje (EEL). Asimismo, dicta también el decreto 83/2015, que norma la diversificación de la enseñanza, a través del Diseño Universal de Aprendizaje (DUA), lo que determina que los profesionales que trabajan en instituciones de educación, incluyendo al fonoaudiólogo, deban orientar su intervención al beneficio de todos los estudiantes de la sala de clases. En este sentido, el trabajo fonoaudiológico no se restringe sólo a la atención de niños y niñas con trastornos del lenguaje o la comunicación, sino a todos los participantes

Otro marco que ha surgido, en el que los Fonoaudiólogos han podido insertarse en el ámbito de Educación regular, es a través de la Ley de Subvención Escolar preferencial (SEP). Mediante esta Ley, que faculta a los Establecimientos Educacionales, según el artículo 2 de la ley 19.464, a contratar asistentes de la Educación, los Fonoaudiólogos se han involucrado como actores del Plan de Mejoramiento Educativo, dándole opciones no sólo de atender trastornos asociados al lenguaje como en PIE y EEL, sino que otros trastornos de la comunicación. Esta variante incluso permite desarrollar programas que ayuden a mejorar las habilidades comunicativas de la comunidad escolar, incluyendo docentes y estudiantes. Es una oportunidad, que a juicio de lo que se observa actualmente, no ha sido aprovechada en su máxima expresión.

Finalmente, la gestión es un aspecto importante que debe ser considerado, ya que, si bien el rol de los fonoaudiólogos puede ser incipiente en esta área, existen varios profesionales desempeñándose en coordinaciones de los Programas de Integración, de SEP, o Proyectos comunales. Esto, sin duda, en las primeras generaciones no estaba en consideración, sin embargo, con el tiempo planteó el desafío a las casas formadoras de desarrollar competencias de gestión desde la formación

de pregrado, posibilitando con ello derrumbar los mitos sobre el rol del fonoaudiólogo en Educación. Si bien con el paso del tiempo, el porcentaje de fonoaudiólogos trabajando en Educación ha variado, aún se sigue manteniendo como el sector laboral preponderante. Según el Censo realizado por Fonoaudiólogos para Chile A.G.(FOPACH) en el 2018, más del 60 % de los encuestados trabajaba en este rubro, ya sea en educación pública o privada.

Dentro del área de Educación, se debe destacar un nuevo foco laboral, correspondiente a labores de docencia, que surge a partir del año 2000, coincidente con la apertura de la carrera de Fonoaudiología en nuevas casas de estudios. Inicialmente, este rol se realizaba en la propia carrera, pero luego se hizo extensivo a otras, tales como Educación de párvulos, Educación básica, Educación diferencial, Kinesiología, Terapia ocupacional, Odontología, Medicina, Periodismo, Psicología, Derecho, entre otras; tanto a nivel de pregrado como postgrado. Para corroborar estos antecedentes, la encuesta realizada en 2018 por Fonoaudiólogos para Chile A.G.(FOPACH), refiere que un 17,5% del total de la muestra recogida, correspondiente a 959 profesionales, se desempeña en algunas de las escuelas de fonoaudiología del país. Este valor debiese acrecentarse si se hiciese un muestreo que considerara labores similares, ya sea en formato contrato o part time, en diferentes carreras del ámbito universitario.

Por otro lado, el profesional fonoaudiólogo ha logrado insertarse en los tres niveles de atención en salud reinante en Chile: Primaria, que incluye Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros de Salud (CES), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Postas de Salud Rural (PSR) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); Secundaria, conformada por Hospitales, Institutos y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT); y Terciaria, que incluye centros de atención de patologías complejas. A modo de referencia, la encuesta elaborada en 2018 por Fonoaudiólogos para Chile A.G.(FOPACH), refiere que, de un total de 5476 fonoaudiólogos entrevistados, el 13% se desempeña en Salud Pública y un 19% en Salud Privada. La inserción del profesional fonoaudiólogo en salud va de la mano de la conceptualización de la noción de “equipo de salud”. Este paradigma, aparecido en la década de los cuarenta y asentado en los años sesenta, promueve la construcción de entidades multiprofesionales, donde prime una visión integrada de atención más que una aproximación segmentada de corte separatista (Da costa, Trevizan, 2007). Ante este hecho, y también motivado por el surgimiento en Chile de un nuevo profesional capacitado para abordar la problemática de la comunicación y el lenguaje, equipos de neurorrehabilitación integran a este nuevo profesional, centrado principalmente en usuarios con Accidentes Cerebro Vasculares que, producto de esta afectación, vieron disminuida sus habilidades comunicativas.

A medida que la labor fonoaudiológica se asienta, los ámbitos de acción en salud comenzaron a expandirse. Es así como surgen cargos ligados a población pediátrica, en servicios de Otorrinolaringología y Neurología, principalmente. En el ámbito pediátrico, la labor fonoaudiológica está orientada a la prevención, evaluación y rehabilitación de las dificultades de lenguaje, comunicación y motricidad orofacial. Sin embargo, a partir del año 2014 en

adelante, el fonoaudiólogo se ha comenzado a insertar en el campo de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos en Niños). En relación a este rol, la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA), en el 2014, determina una serie de cinco lineamientos que puntualizan y sitúan la labor fonoaudiológica en el campo de la UCIN. El primer lineamiento tiene relación con la identificación de neonatos que presenten riesgos en el desarrollo la cognición, comunicación, alimentación y/o deglución. El segundo hace referencia a la evaluación clínica del bebé y la familia en las áreas antes mencionadas. El tercero se basa en la evaluación completa y precisa de la alimentación y de las limitaciones en la deglución que puedan presentarse. El cuarto lineamiento apunta a la asistencia e intervención apoyada en evidencia de posibles dificultades en la comunicación, alimentación y en el proceso de deglución. Y, por último, el quinto lineamiento hace referencia a la función educativa que cumple el profesional fonoaudiólogo en cuanto a orientar a las familias, cuidadores y personal de salud (Belatinez, 2018). En el ámbito neurológico, la labor profesional se enfoca a la evaluación, diagnóstico y rehabilitación en alteraciones de Lenguaje, Comunicación y Cognición en personas adultas con alteraciones neurológicas debido a Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), traumatismo craneoencefálico (TCE), enfermedades neurodegenerativas y otras causas que conllevan un detrimento en sus habilidades lingüísticas-comunicativas y lingüísticas-cognitivas.

La labor del fonoaudiólogo en el área de salud se encuentra delimitada mediante las guías GES donde se especifican las acciones a realizar. A modo de referencia y con el fin de poner en evidencia las implicancias del rol profesional en esta área, podemos referir a algunas guías GES donde se explicita la labor fonoaudiológica en cuadros o enfermedades específicas: Guía Clínica Enfermedad de Parkinson, Guía Clínica Accidente Cerebro Vascular, Guía Clínica Labio Leporino, Guía Clínica Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro, Guía de Práctica Clínica Detección y Diagnóstico Oportuno De los trastornos del Espectro Autista (TEA), Guía Clínica para la Esclerosis Múltiple, Guía de Práctica Clínica Implante Coclear para la Rehabilitación de personas en situación de discapacidad por Hipoacusia Sensorineural Severa a Profunda Bilateral, entre otras (www.minsal.cl).

De esta manera, el profesional fonoaudiólogo ha ido paulatinamente integrándose en equipos de trabajo cuyo objetivo principal es aportar a los avances de la ciencia. Para ello, y al alero principalmente de instituciones de educación superior, han surgido múltiples publicaciones relacionadas con las distintas áreas de la labor fonoaudiológica. Es así como podemos encontrar publicaciones en revistas indexadas a nivel internacional como nacional: *Journal of Voice*, *Journal of speech and hearing research*, *Revista Chilena de Fonoaudiología*, entre otras. A ello se suman los aportes realizados por tesis de pregrado y postgrado, que ha generado encuentros, a nivel de universidades, con el fin de promover este tipo de acciones en los futuros profesionales fonoaudiólogos. Sumado a este hecho, se debe hacer notar el aumento de grados académicos de doctor en profesionales fonoaudiólogos, lo cual promueve y da pie para el surgimiento de nuevas líneas investigativas, que llevaron a generar el

año 2021, por parte de la Universidad de los Andes, el primer encuentro de fonoaudiólogos investigadores.

El concepto de gestión, entendido como la planeación, dirección y control de los recursos y acciones para alcanzar las metas establecidas (Barrios, 2011) ha adquirido cada vez más relevancia en la labor fonoaudiológica. Es así como en los ámbitos de Salud y Educación, es factible encontrar a profesionales cumpliendo roles administrativos, orientados a la toma de decisiones respecto a políticas públicas, participación en mesas de expertos, liderando equipos de rehabilitación, participando en cargos directivos en ámbitos educativos, gestionando fondos concursables para instituciones de salud y educación, participando en proyectos de innovación, entre otros. Estas cuatro áreas antes mencionadas, son en las que tradicionalmente se desempeñan los fonoaudiólogos; sin embargo, han surgido nuevas áreas emergentes a las que es necesario hacer referencia.

De acuerdo a lo declarado por la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual los individuos son conscientes de sus propias capacidades, pueden afrontar las tensiones normales de la vida, pueden trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a la comunidad (www.who.int/topics/mental_health/es). Este estado de bienestar está supeditado al desarrollo de habilidades lingüísticas-comunicativas y lingüísticas-cognitivas que permitirán expresar una idea, manifestar un sentimiento o deseo, relatar un suceso, entablar una conversación, participar en grupos sociales, entablar relaciones de pareja, desarrollar un trabajo remunerado, divertirse o simplemente, 'lenguajear' (Maturana, H., 2012).

Lo planteado pone en evidencia que en cuadros como el espectro de la esquizofrenia y otras condiciones donde se describen afectaciones similares: conductas adictivas, trastornos del ánimo, trastornos neurocognitivos mayores, existe la necesidad de contar con un profesional que pueda abordar los déficits cognitivos y lingüísticos que limitan la inclusión laboral, familiar y calidad de vida de las personas. En nuestro país, existe una ausencia marcada en esta área, debido a las limitadas ofertas de atenciones fonoaudiológicas en entidades que acogen a personas con afectaciones en salud mental. Ante ello, es necesario la inclusión formativa en esta índole, tanto en pregrado como en postgrado, posibilitando una formación conceptual y vivencial en el área, para así promover el desempeño en este campo emergente. Además, se debe destacar que, en usuarios con condiciones de cronicidad e institucionalización, se evidencian afectaciones a nivel de habla y deglución, acrecentadas por la ingesta de psicofármacos, que demandan la intervención fonoaudiológica. Cabe señalar que, en otros países de Latinoamérica, como por ejemplo Brasil y Colombia, esta área tiene una clara presencia de fonoaudiólogos, por lo cual promover este tipo de instancia laboral contiene un sustento basado en la evidencia que justifica su presencia (Ramírez, R., Colina, S. 2009).

La Fonoaudiología estética surge al alero de la Motricidad Oral y se le denomina método MZ, llamado así en honor a su creadora, la fonoaudióloga brasileña Magda Zorzella. Se basa en la rehabilitación de las funciones estomatognáticas para trabajar sobre la musculatura facial y

con ello obtener mejoras en el rostro desde el punto de vista estético. La evidencia científica ha demostrado que, a través de esta terapia, se logra reducir los efectos del proceso de envejecimiento, pero que también puede beneficiar a otro tipo de usuarios como, por ejemplo, personas que han sufrido secuelas estéticas producto de quemaduras en la zona de cabeza y cuello (Pavez y Silva, 2015). Los primeros fonoaudiólogos certificados en esta terapia debieron realizar su especialización en el extranjero, no obstante, con los años el perfeccionamiento se ha acercado a Chile, pero aún tiene un desarrollo incipiente, quedando actualmente limitada a diplomados impartidos por la Universidad de Chile y Universidad del Desarrollo.

Referente a la relación entre la Fonoaudiología y multiculturalidad, Chile es un país donde conviven una variedad de pueblos originarios e inmigrantes, razón por la cual es un ámbito de injerencia en el que se debe profundizar. Según Wiseman (2002), “la competencia comunicativa intercultural hace referencia al conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con los miembros de las diferentes culturas” (Henríquez et al. 2012). En este sentido, el quehacer fonoaudiológico para la intervención de usuarios migrantes o pertenecientes a etnias indígenas, implica el desarrollo de competencias que aborden la comunicación desde la interacción social y cultural. Asimismo, la valoración de estas dimensiones es fundamental para el desarrollo de una fonoaudiología intercultural que permita poner en práctica las acciones de prevención, detección, intervención, evaluación, diagnóstico y tratamiento en estas poblaciones.

El trabajo con personas transgénero para la fonoaudiología es un campo nuevo y poco explorado, no obstante, cada vez existe mayor evidencia sobre el rol y la importancia del fonoaudiólogo de voz para esta población, tanto en el ámbito educativo como clínico. Astudillo (2016), señala que la intervención fonoaudiológica es el medio más fiable y completo para feminizar una voz, pues intenta alcanzar un gran nivel vocal y exalta la feminidad vocal en todos sus aspectos. Agregando, además, que la terapia fonoaudiológica va mucho más allá de que el tono de voz sea más agudo o grave, sino que busca que la persona transgénero produzca una voz fácil e integrada con otros elementos que influyen en la percepción del género, como, por ejemplo, el timbre, la entonación, la intensidad, el vocabulario, la pragmática del discurso, la expresión facial, entre otros. Resulta entonces crucial, el aporte que puede realizar el profesional en el entrenamiento y rehabilitación vocal de este tipo de personas, puesto que, de no existir una orientación e intervención adecuada, pueden caer en un círculo vicioso de sobreesfuerzo que terminará con alteraciones en la calidad vocal.

En relación con la contingencia sanitaria que se vive actualmente en el mundo, en marzo del año 2020, el Ministerio de Salud de Chile, informó del primer caso de Coronavirus covid-19 en nuestro país. Desde entonces y a la fecha, son miles los casos que se continúan reportando día a día, muchos de los cuales por las complicaciones que enfrentan, requieren de la intervención fonoaudiológica. Esta acción se justifica por los procesos de intubación y conexión a ventilación mecánica, situación

que de prolongarse por un periodo de tiempo puede provocar dificultades en la deglución, voz y comunicación, siendo estos tres aspectos en los que el rol del profesional fonoaudiólogo es fundamental. En el primero de ellos, es importante tener en consideración que los pacientes intubados se alimentan a través de sondas nasointestinales, por lo tanto, el no uso de la vía digestiva dificultará reiniciar la alimentación de manera rápida y oportuna. En cuanto a la voz, dependiendo del tiempo de intubación, se puede provocar un impacto en las cuerdas vocales, ocasionando en algunos casos afonía o disfonía. Por último, la comunicación se ve afectada producto de una traqueotomía, por lo que se puede implementar un sistema de comunicación alternativa para que el paciente pueda mantener esta habilidad. Sin duda, este hecho abrió muchas posibilidades de formación y campo laboral, oportunidad que tanto desde el gremio como desde las casas formadoras no se puede obviar.

En el contexto de la pandemia, y generado por las condiciones de reclusión poblacional, surge la necesidad de promover otros espacios que permitieran mantener el contacto y el trabajo con la familia y el usuario. Así, se impulsa la teleterapia como estrategia de intervención, recurriendo al uso de plataformas digitales para hacer llegar al usuario y su familia las herramientas acordes a sus necesidades lingüísticas comunicativas. De esta forma, tanto los estudiantes de Fonoaudiología que cursan sus internados como los profesionales, pudieron potenciar nuevas competencias y herramientas para el abordaje de los usuarios a través de la teleterapia y telepráctica. Se debe hacer notar que estas nuevas modalidades se sustentan en evidencia científica referenciada por ASHA, Colegio de Fonoaudiólogos de Chile y experiencias a nivel nacional e internacional que durante este año han implementado este sistema de intervención.

2.2.2. DISCIPLINA FONOAUDIOLÓGICA Y EQUIPOS DE TRABAJO

Es importante destacar la inclusión del profesional fonoaudiólogo en diversos equipos de trabajo y las competencias necesarias que permiten desarrollar actividades de evaluación e intervención, así como acciones de prevención y promoción colaborativas, que conlleva la participación en equipos, donde se lleven a cabo reuniones de trabajo y/o clínicas de manera constante, cooperación con los otros profesionales y capacidad de compartir conocimientos específicos con otros agentes. En consecuencia, si pensamos que un alto porcentaje de profesionales se desempeñan en atenciones particulares, ya sea porque es la primera forma de iniciarse laboralmente o por opción después de años de trabajar ligado a una institución, muchas de estas habilidades quedan restringidas entonces por el propio ejercicio profesional. Un segundo aspecto que puede atentar con el trabajo en equipo reside en la falta de solidaridad entre colegas y cierto celo profesional, que muchas veces surge en los distintos gremios. Sea cual sea el aspecto que se tome, podría pensarse que esto va en desmedro del éxito del trabajo en equipo que actualmente se promueve. Ahora bien, trabajar en equipo no es algo que se dé naturalmente y fácil.

La realidad ha demostrado, y ha sido sustentado en la literatura, que las habilidades para trabajar en equipo y colaborativamente no son intuitivas. Por esta razón, es importante favorecer la adquisición de estas habilidades desde la formación académica de pregrado.

Ante ello, es necesario promover, ya sea en el proceso de formación o ya en el ejercicio profesional de instancias de cooperación, de conocimiento de las acciones de los otros profesionales de salud o educación, con el objetivo de que posibilite un abordaje holístico de los distintos tipos de usuarios a los que deberá rehabilitar. En este punto, la importancia de fomentar el trabajo colaborativo no solo debe ser desde lo teórico o como una proyección de lo ideal, sino que debe ser incorporado de manera práctica dentro de las aulas, tanto en la realización de actividades de laboratorios como en las mismas cátedras donde la conformación de grupos sea una metodología recurrente. Asimismo, sumando en este contexto, las instituciones formadoras desde sus políticas de vinculación con el medio, deben asumir el desafío de generar los espacios que permitan el intercambio entre los estudiantes de la misma carrera o afines. En primera instancia, como parte de generar vida universitaria y pertenencia con la institución, pero en especial para el desarrollo de las competencias propias de cada carrera. Las acciones planificadas pueden variar desde trabajos voluntarios, operativos académicos, actividades de responsabilidad social, hasta instancias de simulación clínica con equipos de salud y educación, todas con el objetivo de inculcar una visión cooperativa con los otros profesionales con los cuales se vinculan dentro de su proceso de formación, pero también en el futuro ejercicio de la profesión.

Trabajar en equipo implica compromiso, liderazgo, responsabilidad, voluntad, organización y cooperación entre cada uno de los miembros que lo conforman para alcanzar metas comunes. Si se piensa en lo diverso que somos los seres humanos y la transversalidad de la comunicación, indudablemente los escenarios nos remiten a un sinnúmero de combinaciones profesionales en cuanto a los equipos de trabajo, ya que variarán dependiendo del área en que se encuentre inserto el profesional fonoaudiólogo. No obstante, lo que es invariable es que se requiere una interrelación por parte de los profesionales para un abordaje integral. La existencia de múltiples escenarios laborales, potencia la necesidad de entrecruzar los aportes de cada área, de cada disciplina, a favor de la organización del enfoque terapéutico. Realizar este encuadre disciplinario favorecerá la interrelación y el despliegue de todas las disciplinas en beneficio del paciente/usuario, pero a la vez en el crecimiento profesional recíproco (Tamayo et al. 2017).

Es aquí donde aparecen varios conceptos asociados a los equipos, muchos de los cuales se escuchan desde la formación de pregrado que son la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad. Si bien en el proceso académico de formación, se entregan las definiciones de cada tipo de equipo y la importancia de estas dinámicas, desde lo práctico, el gran porcentaje del trabajo de los estudiantes se desarrolla dentro de la misma carrera y no se vive la interacción con otras disciplinas. Ahora bien, si se piensa cuál de ellos es el más apropiado, no puede determinarse uno como opción absoluta, y a pesar de que desde lo teórico podría pensarse lo

que es óptimo, esto variará dependiendo del contexto. De esta manera, las dinámicas que se den en el ejercicio de la profesión estarán determinadas por varios factores, como, por ejemplo: lugar de trabajo, funcionamiento de los equipos; y eso influirá en las formas de relacionarse de los distintos actores participantes del proceso de intervención. Lo que sí está claro es que, tanto en educación como en salud, y porque no extenderlo a todas las áreas, el foco se ha redireccionado hacia el trabajo en equipo. Como ya se había mencionado anteriormente, trabajar en equipo implica una acción coordinada por uno o más actores y que determina metas acordadas en conjunto y, por ende, demanda respeto de los roles y las funciones de cada participante, así como comunicación efectiva. El trabajo en equipo, más que un fin, es un medio que permitirá una intervención oportuna y eficaz.

Desde la experiencia profesional, el fonoaudiólogo en sus inicios experimentó principalmente el trabajo en equipos multidisciplinarios, puesto que, desde el trabajo en su box, consulta particular o aula de recursos, intercambiaba información con otros profesionales cuando la situación lo requería. Sin embargo, con el paso del tiempo y el abordaje integral o sistémico, fue necesario avanzar hacia un trabajo interdisciplinario, lo que puso en práctica la capacidad de integrar equipos generando propuestas en común. Esto se puede observar en la actualidad, donde se han abierto los espacios para el abordaje terapéutico en conjunto, es decir, desarrollando las acciones de intervención junto a otro profesional al mismo tiempo.

En el ámbito de Instituciones de educación como colegios, escuelas especiales y jardines infantiles, los equipos de trabajo están más definidos y ligados a profesionales de la educación. Es así como los equipos están conformados por Educadores Diferenciales, Educadoras de Párvulos, Profesores de Enseñanza General, así como a asistentes de la educación, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos, Trabajadores sociales y asistentes de aula. En este contexto, el profesional fonoaudiólogo colabora en el avance curricular de los estudiantes desde su planificación, contribuye al desarrollo de las habilidades comunicativas de todos los estudiantes del curso o nivel al que presta apoyo y participa en las distintas instancias de diálogo de la comunidad educativa. No obstante, cuando se hace referencia a salud, los equipos se comienzan a diversificar, dependiendo del área y lugar de desempeño del profesional fonoaudiólogo. Entre los profesionales que conforman estos equipos están Pediatras, Gastroenterólogos, Nutricionistas, Neurólogos, Otorrinolaringólogos, Enfermeras, Kinesiólogos, Terapeutas ocupacionales, Psiquiatras, Geriatras, Fisiatras, Odontólogos, Dermatólogos, Psicólogos, entre otros. Pese a esta diversidad, las instituciones de salud promueven y fomentan el trabajo colaborativo, donde se priorizan objetivos comunes por sobre los individuales, la cooperación y coordinación entre profesionales, la capacidad de liderazgo y comunicación en el equipo y la adaptabilidad ante situaciones conflictivas. De acuerdo a la experiencia actual, claramente los fonoaudiólogos nos hemos abierto al trabajo interdisciplinario en la atención de los usuarios, siendo incluso posible la realización de sesiones en conjunto. Probablemente, no es posible generalizar que esta práctica es aplicable a todas las áreas, pero sin duda, hemos avanzado en esta

materia. Hoy en día este tipo de intervención es más frecuente verlas en los ámbitos de educación, ya sea en escuelas especiales o colegios con programas de integración, como también en el ámbito clínico desde los centros de estimulación o rehabilitación integral.

2.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION LABORAL: UN PANORAMA DE LA FONOAUDILOGÍA

En relación al panorama contractual del fonoaudiólogo, los datos actuales no son muy alentadores al correlacionar la oferta laboral versus la oferta profesional. Existe un marcado desbalance entre la necesidad objetiva de puestos de trabajo y el número de egresados por año reflejado en la encuesta obtenida por Fonoaudiólogos para Chile A.G.(FOPACH) en el 2018, quienes muestran un crecimiento exponencial y sostenido de egresados de fonoaudiología desde el 2005 al 2018, concentrado particularmente entre los años 2010 y 2017, pasando de 210 a 986 profesionales. En términos de empleabilidad, la propia encuesta alude a que de un total de 5476 encuestados, un 72,3% tenía un empleo, mientras que un 17,9% estaba en búsqueda de su primer trabajo remunerado y un 9,8% había perdido su empleo. En otra encuesta realizada, las cifras dejan de manifiesto que un porcentaje alto de profesionales se encuentra actualmente con trabajo (gráfico n°1).



Gráfico 1. Situación laboral asociada a un tipo de trabajo, elaboración propia.

Del grupo que tenía un empleo, el porcentaje mayor se desempeñaba o se había desempeñado en el ámbito de la Educación (4040 encuestados de un total de 5476) por sobre el de Salud (2323 encuestados de un total de 5476). En relación a la condición contractual, la misma encuesta refiere que 1767 del total de encuestados estaban en condición de contrata correspondiente a un 32%; 1619 del total en condición a honorarios correspondiente a un 30% y 1563 del total en condición de planta correspondiente a un 28%.

Estos datos ponen en evidencia una alta tasa de inestabilidad laboral, dada la primacía de la condición a contrata y honorarios: 62% del total. Considerando los datos de otra encuesta realizada este año, pareciera haber un aumento en torno a los profesionales con contrato. Sin embargo, existe claridad que las condiciones aún son variables (gráfico n°2).

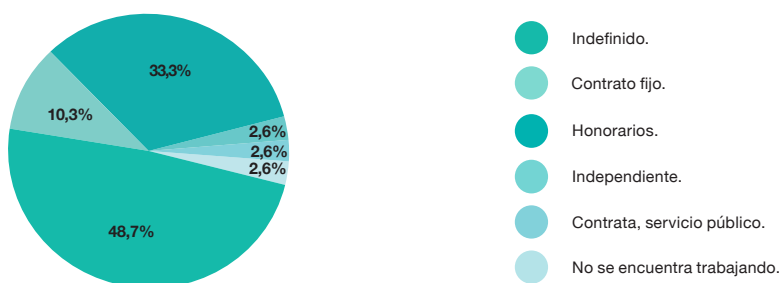


Gráfico 2. Modalidad de contrato, elaboración propia.

En relación a los ingresos económicos, los datos refieren que el promedio de ingresos de los fonoaudiólogos luego del primer año de titulados, corresponde a \$553.765 y \$973.276, luego de cinco años ejerciendo su profesión. En cuanto a los valores establecidos como aranceles, estos varían de acuerdo al tipo de prestación entregada: atención pública o privada.

En el caso de atención pública estos están enmarcados dentro de las prestaciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA), teniendo restricciones de cantidad por año.

En el ámbito privado, las prestaciones varían de acuerdo al plan de salud de cada sujeto, adherencia a seguros de salud complementarios y la existencia de convenios institucionales. Finalmente, los aranceles establecidos en consultas privadas no cubiertas por isapres, varían entre \$15.000 y \$60.000, dependiendo del tipo de prestación: evaluación o terapia (Gráfico n°3).

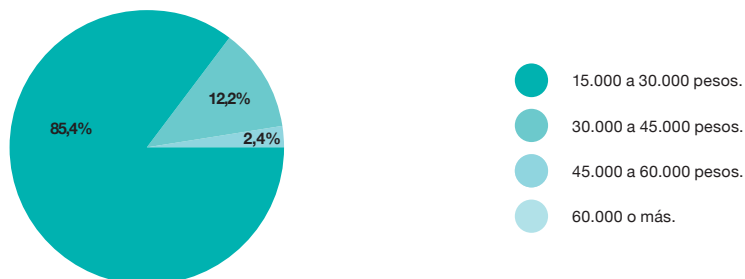


Gráfico 3. Valorización de consultas fonoaudiológicas en el ejercicio privado de la profesión, elaboración propia.

En cuanto a los aranceles ofertados, en páginas de plazas laborales: www.jobrapido.cl, www.indeed.com, aparecidos a fines del año 2020 y principios del 2021, los sueldos fluctúan entre \$450.000 y \$1.250.000 por 44 horas. En consulta a profesionales fonoaudiólogos de las distintas áreas, los valores también son fluctuantes, lo cual permite demostrar que las condiciones varían dependiendo de diversos factores (gráfico n°4).

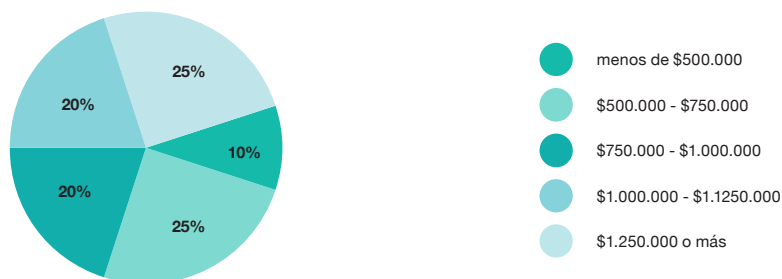


Gráfico 4. Remuneraciones, elaboración propia.

Todo lo referido con anterioridad, pone en evidencia que estamos en presencia de un proceso en desarrollo, móvil y dinámico, supeditado a las variaciones que los diferentes contextos exponen. Por ello, resulta esencial que tanto los profesionales como las instituciones que imparten la carrera sean capaces de responder a las variabilidades que impone el medio, generando profesionales idóneos y con capacidad de adaptación.

2.2.4. REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este capítulo, se ha pretendido hacer una revisión respecto del contexto actual en que se encuentra la fonoaudiología, definición del quehacer profesional y áreas emergentes. Seguramente, y producto de los análisis y revisiones respecto al perfil profesional, en años venideros surgirán nuevos cambios, así como también nuevas áreas de acción que esperamos ustedes puedan recorrer. Desde la experiencia profesional y personal, es sabido que muchas veces las intenciones solo quedan en eso, en un puñado de palabras dentro de una conversación e incluso en ocasiones plasmadas en actas. Es momento de que esas palabras se conviertan en hechos, hechos que ayuden a fortalecer y validar la profesión. Si efectivamente queremos lograr que los cambios se hagan efectivos, gran parte de la responsabilidad viene desde nuestro propio gremio, pero en especial, desde cada uno como agente activo de transformaciones. En nuestros años de trayectoria, hemos sido testigos de cómo con esfuerzo se han ganado espacios, se ha validado el quehacer fonoaudiológico ante otros profesionales o compañeros de trabajo, y se ha sido pionero en áreas de desempeño. Es por eso que tenemos certeza de que mucho más podría lograrse si realmente ponemos en práctica las

competencias de trabajo en equipo, de liderazgo positivo y se dejan de lado los egos. Es momento de ver más allá del propio bienestar y velar por el bien común profesional.

Ahora, si reflexionamos respecto al propio quehacer, vinculándolo a las áreas emergentes en fonoaudiología, debemos como rubro y como entidad gremial, visualizar y demandar la presencia del profesional fonoaudiólogo en sectores como rehabilitación de personas mayores, comunidad migrantes y LGTBQA+, inclusión universitaria y socio laboral. La pregunta que surge ante la ausencia en estas áreas es: ¿tenemos la capacidad para demandar nuestra inclusión en las normativas legales donde se priorizan a otras profesiones por sobre la nuestra? ¿poseemos la suficiente fuerza gremial para visualizar el peso que tiene nuestro rol en cada una de estas áreas? ¿las instituciones formadoras son sensibles a estas nuevas realidades y apuntan a una formación holística de los nuevos profesionales? o en realidad nos desenvolvemos por iniciativas propias, individualistas que buscan más bien un logro personal, que un bien mayor donde todos, como cuerpo profesional, nos veamos beneficiados. Pareciese que esta última opción fuera la predominante, razón por la cual es urgente reflexionar y ejecutar un metaanálisis sobre nuestro accionar y la necesidad de contar con entes que sean representativos y se transformen en una voz global que busque un bien común.

Para ello, debemos partir con un colegio que sea representativo, que tenga la capacidad de atraer a los nuevos profesionales titulados, que participe activamente en las mesas de trabajo ministerial, que oferte capacitación y formación continua a sus afiliados, que vele por las buenas prácticas profesionales, que establezca vínculos con otros colegios a nivel mundial y que, finalmente, sea un agente aglutinador de una masa crítica de profesionales que se mueven en búsqueda del reconocimiento propio, más que por un bien común. Por último, sabemos que aún queda mucho por delante, pero es necesario que las actuales generaciones de fonoaudiólogos y todas las que vendrán, conozcan el panorama actual de la profesión. Estamos seguros de que en tiempos cambiantes y que requieren de nuestra adaptación, seremos capaces de estar a la altura de los diferentes requerimientos e incorporarlos no solo en el quehacer profesional, sino que desde la formación de pregrado. Confiamos que el paso del tiempo traerá consigo progresos importantes en nuestro campo disciplinar.

2.2.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology [Preferred Practice Patterns]. Available from www.asha.org/policy.
- Barrera, J. y Araya, C. (2000). Análisis del campo ocupacional del fonoaudiólogo. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 2 (3), pp. 5-13.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 215-221
- Barrios, M. (2011) Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios. *Revista Ingeniería UC*, v10 18, n°1.
- Cárdenas, Y., Campo, C., Fernández, V., Escobedo, J., Inchuchala, J., Delgado, J., Ramírez, E., & Gómez, C. (2019). Intervención fonoaudiológica para la feminización de la voz en una persona transgénero (MTF): estudio de caso. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 18, 1-15. doi:10.5354/0719-4692.2019.55328
- Henríquez, F., Abd-El-Kader, G., & Marilao, M. (2012). Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural / Culturally Relevant Health Care: A View Based on Intercultural Communicative Competence. *MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review*, 1(2). <https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v1.1295>
- Kuperberg, G., & Heckers, S. (2000). Schizophrenia and cognitive function. *Current opinion in Neurobiology*, 10(2), 205-210.
- Maturana, H., Varela, F (2012) El árbol del conocimiento, Edit Universitaria.
- Maggiolo, M., Shwalm, E. (2017) Escuela de Fonoaudiología: notas acerca de su historia, *Revista Chilena de Fonoaudiología*, Volumen 16, pp 1-6
- Meza J. Guerra S. Marín D. Ortiz L. Percepción sobre el rol del fonoaudiólogo en el área de motricidad oral en la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Pediatr*. 2020;53(1): 23-29.
- Morales-Acosta, Gina. Comunicación Humana: Construcción de una Fonoaudiología Intercultural en las Dimensiones de Interacción Social y Cultural. *Revista Inclusiones Vol: 7 num Especial (2020): 264-281*.
- Pavez R., A., & Silva, T. (2015). Fonoaudiología y estética facial: experiencia de Brasil en la Atención Primaria de Salud. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 14, 45-54. doi:10.5354/0719-4692.2015.37613
- Ramírez-Gómez, Karen Eliana, & Sampallo-Pedroza, Rosa Mercedes. (2017). Fonoaudiología y lactancia humana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 297-304. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.56269>
- Ramírez, R., Colina, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central, *Revista Med vol 17 n°1 Enero-Junio*
- Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. *Rev Saude Pública*. 2017;51:39.

- Torres, A., Vega, Y., & del Campo, M. Autorreflexión sobre el desempeño profesional del fonoaudiólogo(a) en el sector educativo: una aproximación a la construcción del rol. Revista Chilena de Fonoaudiología *ISSN 0719--4692* Volumen 14, 2015 , pp 103-117
Revista Chilena de Fonoaudiología * ISSN 0719-4692 * Volumen 16, 2017
- Vega Rodríguez, Y. E., Torres Rodríguez, A. M., & del Campo Rivas, M. N. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo (a) en el Sector Salud en Chile. Ciencia & trabajo, 19(59), 76-80.

Reflexiones en torno al setting terapéutico fonoaudiológico

CAROLINA MARTÍNEZ-SOTELO
CAROLINA VALENZUELA-TAPIA

2.3.1. INTRODUCCIÓN

La atención fonoaudiológica implica varios aspectos teóricos y prácticos que deben conjugarse en equilibrio para obtener la información necesaria para diagnosticar, guiar, aconsejar, contener, y proponer un pronóstico y un plan de intervención o de apoyo a quien consulta. Esto lo sabemos, porque tenemos una historia que nos cuenta cómo deben ser los procesos, las actitudes y los saberes para dar un servicio de calidad en el contexto de la salud. A continuación, se plantearán reflexiones en torno al *setting* terapéutico fonoaudiológico a lo largo del curso de la vida. Específicamente, se describirá la relación entre terapeuta/persona-paciente-usuario, enmarcada históricamente dentro de la atención médica, y desde allí, con una mirada particular y desde la experiencia, se comentarán aspectos esenciales del *setting* terapéutico fonoaudiológico, aplicados en la clínica de la cognición, del habla y del lenguaje en las áreas infantil y adulta, en sus dimensiones humana y práctica (escenario de acción, mobiliario y materiales, reales y virtuales).

La perspectiva biopsicosocial apuesta a un modelo centrado en el paciente en el que se pretende tomarlo como un sujeto y no como un objeto del proceso asistencial (Borrell, 2002). En este sentido, se toma relevancia a la vivencia humana, tanto del profesional que atiende como de la persona asistida. Esto implica que la atención en salud es un proceso dialógico, un encuentro entre narrativas, en donde se crea y recrea la realidad (interpretaciones) de cada persona y su queja. Esto también significa que la posición del paciente no es igual a la posición que adopta en el modelo biomédico, aquí el consultante tiene un rol tan activo como el profesional de la salud.

En la actualidad, en las sociedades democráticas desarrolladas, el enfermo se ha reivindicado y ha obtenido el derecho a la autonomía (impulsada por el establecimiento de los derechos de los pacientes en las políticas públicas). Así, el médico o profesional de la salud se ha visto desposeído de su tradicional poder de decisión y la relación entre ambos se ha transformado profundamente (Lázaro y García, 2006). Ahora, el enfermo tiene derecho a recibir la información sobre su situación clínica y a decidir libremente sobre sus opciones de tratamiento, derecho que se plasma con el uso por parte del profesional del denominado consentimiento informado.

El cambio de posicionamiento del paciente frente a su queja y el rol más empático y compasivo del profesional de la salud, también son ideas fundadas dentro del contexto de la humanización en salud (Campos,

2005). La humanización es un referente de calidad del cuidado de las personas desde una perspectiva integral que incluye no solo el servicio y los procedimientos, sino también la calidad del comportamiento profesional e institucional (Castillo-Parra et al. 2020). Una atención humanizada es una atención integral que debe propender a la equidad y a la participación social del usuario, entre otras cosas, y para esto es importante crear espacios que integren aspectos físicos, mentales y emocionales, y que valoren la dignidad del trabajador como la del usuario (Goulart y Chiari, 2007).

Goulart y Chiari (2007), sugieren que el profesional de la salud debe tener un contacto previo con estos temas y conocerlos en profundidad desde su formación inicial, así como también plantean que es importante tener tiempo suficiente para trabajar sus propias debilidades, dificultades y prejuicios, de manera tal que cuando se enfrente a personas y a sus familias con diferentes historias, conductas y valores, las trate con el menor juicio posible. Esto es parte relevante para el establecimiento de una relación entre el profesional de la salud y su paciente, es decir, para el *setting* terapéutico al cual nos referiremos en los siguientes párrafos.

El establecimiento de relaciones en el contexto de la atención de salud es muy relevante e incluso definitorio para el diagnóstico o tratamiento de un paciente. En la actualidad, el consultante debe vincularse de manera directa no sólo con médicos, sino con otros profesionales de la salud como enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e, incluso, debe relacionarse de manera indirecta con especialistas en laboratorio, imágenes o anatomía patológica, con biólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, trabajadores sociales y otros. Cada uno de estos profesionales contribuirá de manera particular desde su experticia a aliviar el problema de salud que pueda presentar el consultante. En este punto, vale la pena preguntarse, ¿cuáles son los elementos que se deben tener en cuenta para hacer de la relación terapéutica una intervención exitosa, especialmente la fonoaudiológica?

En nuestro país, en la disciplina fonoaudiológica existen muchas aristas que no están bien definidas y delimitadas. Existen conductas y procedimientos que se realizan en forma intuitiva y, a medida que la profesión va madurando y avanzando, se deben ir organizando, definiendo y divulgando para permitir el manejo de conceptos y vocabulario en común por parte de toda la comunidad fonoaudiológica. Todos los profesionales fonoaudiólogos tienen conocimiento acerca de la importancia de establecer una buena relación con las personas-usuarios-pacientes, y de empezar un proceso terapéutico estableciendo un buen *rapport* inicial, así como desarrollar en el proceso un buen vínculo. Todo fonoaudiólogo está inserto en el *setting* terapéutico en cada día de su labor profesional, de allí la importancia de reflexionar y definir el *setting* fonoaudiológico a lo largo del curso de la vida.

Setting terapéutico fonoaudiológico

La atención fonoaudiológica está enmarcada dentro de la atención de salud en donde existe un terapeuta-fonoaudiólogo y una persona que consulta. En este contexto, la clínica fonoaudiológica debe incluir no sólo aspectos teóricos y prácticos del saber fonoaudiológico, sino también una ética de cuidados en salud, poniendo relevancia a lo que el paciente pueda contar sobre sus necesidades comunicativas. De esta forma, el trabajo profesional será intervenir terapéuticamente por medio de procedimientos, métodos y raciocinio clínico adecuado para ayudar a producir nuevas formas de elaboración del lenguaje y de comunicación.

El encuentro entre terapeuta y persona-usuario-paciente puede ser pensado como un espacio potente para la creación de diferentes sentidos para el paciente, favoreciendo la terapéutica de sus dificultades y reduciendo los sufrimientos y angustias a través de una nueva elaboración de su condición (Cardoso, 2009). En este espacio surge una relación de confianza, la que se basa, en primera instancia, en el hecho de que el paciente considera que el terapeuta tiene los conocimientos que lo podrán ayudar a enfrentar lo que le aflige. Esta confianza que aparece en el primer contacto, es uno de los primeros elementos del *setting* terapéutico.

Esta zona de contacto o espacio de relación terapéutica es algo que ocurre en el *setting*, es decir, en el espacio de una relación peculiar que tiene características transferenciales, en la que la persona-paciente-usuario declara contenidos relacionados con la naturaleza y mantención de sus síntomas; y donde el terapeuta da voz, crea condiciones específicas para transformar esas condiciones sintomatológicas en una experiencia más positiva y funcional (Cardoso, 2009). Al ser un espacio de intercambio, el consultante tiene la oportunidad de vivenciar situaciones y contenidos psíquicos que son parte de la historia del sujeto y compartirlo con el terapeuta, aunque no toda la información sea objeto de tratamiento. Desde esta perspectiva, el *setting* puede ser construido en cualquier lugar que permita la creación de tal campo relacional (Magalhaes, 2007).

Esta forma peculiar de relación, además de ser un espacio para un encuentro de interpretaciones sobre la condición del consultante, es un espacio de encuadre en que debe construirse un límite abstracto entre el momento terapéutico y la vida real, en donde el consultante tenga la posibilidad de concebir la vida real dentro del espacio terapéutico como él quiera o pueda (Cardoso, 2009). Junto con ello, deben desarrollarse varios hitos, entre los que se incluye la negociación de un contrato terapéutico, el establecimiento de reglas y roles, la definición de los tiempos de atención por sesión y la duración de la terapia, los honorarios, los materiales a utilizar, y la definición del espacio físico y su mobiliario. Sobre estos aspectos se comenta más adelante.

Según Lembi (citado por Cardoso, 2009), el entorno o “*setting*” es un elemento fundamental en la clínica logopédica, y la disposición y funcionalidad de sus elementos intervienen en el proceso terapéutico. Para diversos autores el *setting* terapéutico está relacionado con varios elementos, como los materiales concretos, la temporalidad, el lugar

donde se realiza la actividad, así como la disposición de los muebles en la habitación y su funcionalidad. Asimismo, resulta clave la dinámica que se establece entre el terapeuta o profesional fonoaudiólogo y la persona-usuario-paciente. La palabra *setting* también significa marco o escena, porque entrega parámetros de espacio-tiempo para la acción; por lo tanto, viene marcando un sentido cercano al utilizado en el teatro (marcación de escenas, los diálogos de los personajes) (Cunha, 2002). De esta manera, el *setting* entrega un marco de acción en donde el terapeuta tiene un rol definido.

Para Cunha (2002), el *setting* o entorno terapéutico abarca el conjunto de parámetros espaciales (ubicación constante, naturaleza y disposición de los objetos, etc.) y temporales (horas y duración de las sesiones, frecuencias y ausencias, vacaciones) que estructuran el escenario y hacen que se genere el simbolismo en el participante, indispensable para los procesos terapéuticos, y que además debe adaptarse técnicamente al método clínico y terapéutico utilizado. Asimismo, plantea que todos los terapeutas tienen en común el hecho de que mantienen o, al menos, deben mantener la función de delimitar un espacio y tiempo propicio para la intensificación de intercambios relacionales que promuevan la movilización de contenidos inter e intrapsíquicos, tanto para el consultante como para el terapeuta, debido al efecto de la presencia de uno sobre el otro. De esta manera, Cunha intenta explicar el *setting* terapéutico, derivado desde la psicología y el psicoanálisis, a través de una mirada fonoaudiológica. Para ello, considera tres aspectos: (1) la relación entre transferencia/contratransferencia, (2) la terapia de niños y adultos, y (3) la posición de la familia en el proceso terapéutico.

En relación al primer aspecto (transferencia/contratransferencia), el *setting* es la base sobre la que se estructuran los procesos terapéuticos, y es a través de él que se establecen las dinámicas intersíquicas que son indispensables para el establecimiento de la relación terapéutica. Es decir, una relación fundada en el *transferir* del cliente y la *contratransferencia* del terapeuta (cunha, 2002). Aunque el autor explica que en la terapia del habla y el lenguaje no se da la transferencia propiamente tal, como sucede en la teoría psicoanalítica (repetición de conflictos infantiles, vividos en la relación terapéutica con una sensación sumamente actual), sí se da la *contratransferencia* (conjunto de reacciones inconscientes del terapeuta, generadas por las condiciones transferenciales del cliente). Por su parte, Cardoso (2009), menciona la importancia de la transferencia, afirmando que el paciente crea una relación de confianza con el terapeuta, ya que cree que sostiene conocimiento capaz de afrontar el desorden que lo aqueja. Para generar este vínculo y relación de confianza, el terapeuta debe tener la capacidad de crear un espacio de aceptación y empatía, para que así los usuarios acepten los términos de la intervención que se les propone. Sobre los procesos de transferencia y contratransferencia se profundizará más adelante.

Con respecto al segundo aspecto que plantea Cunha (2002), señala que ya sea trabajando con niños, adolescentes o adultos, el argumento inicial, es decir, la aventura primordial del escenario, permanece como la

demarcación de una frontera imaginaria entre la situación terapéutica y la vida cotidiana: una frontera que garantiza, a través de los contenidos transferenciales y contratransferenciales, una forma genuinamente terapéutica de interactuar. La autora sostiene que a pesar de que el *setting* se da de una forma similar, la forma en que se produce esta interacción puede variar en mayor o menor medida, dependiendo del código de comunicación. En el caso del adulto, es, por regla general, el habla. En el caso del niño, este carácter verbal-oral tiende, naturalmente, a dar paso a un carácter lúdico, y el juego se convierte en el lenguaje privilegiado. A pesar de esta diferencia en la expresión, no se altera la naturaleza y función del escenario terapéutico, ni el compromiso del terapeuta con intervenciones de carácter interpretativo.

El último aspecto aborda la relación entre entorno y grupo familiar, aquí la autora plantea que en el campo del habla y el lenguaje, al tratar con figuras parentales, también se pueden revelar conflictos psíquicos particulares de cada uno de los miembros de la familia que quedan al descubierto cuando exponen las exigencias habituales, como la ansiedad de los padres por el final del tratamiento, la resistencia a aceptar las dificultades de los hijos, la mutua culpabilidad de las parejas por la producción y/o mantenimiento de los síntomas de los niños, etc. (Cunha, 2002). Además, se refiere al principio incuestionable de que el contrato terapéutico, requisito previo para el establecimiento del *setting*, se debe negociar parcialmente (horarios, pago) con los padres o sus suplentes, en el caso de hijos y adultos dependientes, y que las demandas del cliente y la familia también entran en juego en esta negociación y constituyen su dimensión subjetiva.

Se puede extraer de las definiciones de *setting* de los diferentes autores mencionados, los elementos que son fundamentales en su creación. Así, un eje clave es la relación terapeuta/persona-usuario-paciente, el espacio humano, y otro aspecto esencial, sería la relación con el entorno físico, concreto, material, el espacio donde se da esta interacción o intercambio. En el contexto de la clínica de la cognición, habla y lenguaje del adulto y adulto mayor, puede darse en una oficina u otros ambientes clínicos que pueden incluir su propio hogar. En el contexto de la atención infanto juvenil, en Chile la relación terapeuta/niño sucede no sólo en el marco asistencial y de salud, sino también en el marco de educación especial y Proyectos de Integración Escolar (PIE) en los diferentes establecimientos educacionales, en los espacios dispuestos para la interacción del fonoaudiólogo y los estudiantes con Necesidades Educativas especiales (NEE), ya sea una oficina o sala fonoaudiológica y/o aula de recursos, salas de clases, etc.

Espacio terapéutico, espacio humano

Desde la psicología se habla de la importancia del primer encuadre en donde se constituyen las reglas, los roles de cada dupla, especificando los papeles que cada uno debe cumplir en el proceso y donde también se establece una asimetría en la relación (Machado y Silva, 2012), relacionada con los roles que cada uno cumple y la que debe permanecer en todo el proceso. Este encuadre también está ligado a aspectos éticos y profesionales

y debe reafirmar la posición del terapeuta como tal. En el contrato terapéutico se desarrollan reglas de negociación de carácter objetivo, por lo que no se configura a partir del vínculo emocional de los protagonistas (Mauricio, 2010). Por lo tanto, el contrato tiene un aspecto técnico y formal, ya que es necesario describir todo aquello que implica o puede implicar un proceso terapéutico (responsabilidad con los horarios, tareas y otros compromisos adoptados, puntualidad, traslados, honorarios, etc.). En términos procedimentales, esta formalidad puede concretarse mediante la entrega de un escrito que contenga la información más relevante; y en relación a aspectos éticos, con la entrega del consentimiento informado.

De esta manera, es posible apreciar que el contrato debe tener un énfasis técnico y formal, pero no solo esto, también debe tener un énfasis en cuestiones intersubjetivas como la aceptación del otro y la disposición a un conocimiento profundo de su historia con el fin de promover un contexto propicio para el proceso terapéutico en sí (Anderson, 1997; Anderson; Gehart, 2007; Erickson; Rossi, 1979; White, 2007; Yapko, 2001; citados por Mauricio, 2010). Entonces, el terapeuta estará encargado de facilitar que el sujeto se involucre en el proceso terapéutico; este rol implica que el profesional debe transmitir seguridad, demostrando sus conocimientos sobre el tema que le aqueja al consultante y, al mismo tiempo, brindar un espacio acogedor y respetuoso con actitud de escucha para propiciar una relación basada en la confianza. El desarrollo del contrato terapéutico se sella con los elementos antes mencionados y con el compromiso explícito mutuo en torno a la propuesta concreta de un plan terapéutico que estará pensado para resolver o aliviar las quejas del consultante y, en consecuencia, afectar positivamente su calidad de vida.

El terapeuta debe reflexionar sobre su conducta, sus actitudes y sobre su postura teórica sobre determinados procedimientos y técnicas que vayan a ser incluidas en su propuesta de terapia, y debe ser flexible para adaptar los procesos a las características de cada persona-usuario-paciente. La excesiva rigidez de determinados procedimientos y normas, el apego a protocolos de investigación y encuestas de información, la fijación en la secuencia de determinadas rutinas de servicio, la excesiva preocupación por los aspectos económicos y la producción científica, por parte del terapeuta, pueden ejercer una respuesta negativa por parte del consultante, el que puede sentir que sus quejas no son correctamente atendidas, y, en consecuencia, abandonar la terapia (Mauricio, 2010).

Por lo tanto, el establecimiento de un adecuado *setting* depende de manera importante del terapeuta, quien debe adoptar un rol diferenciador en este marco. Cunha (1997), afirma que el terapeuta es otro/espejo del cliente, lo que significa que deja de ser un otro cualquiera y pasa a ser un otro que no tiene otra opción personal más que el imperativo metodológico de intervenir, en el caso del fonoaudiólogo, sobre las manifestaciones comunicativas (Cardoso, 2009). En este contexto, el consultante deberá abrirse y mostrar sus conflictos, y disponerse a obtener 'cambios' en su vida desde lo cognitivo y comunicativo.

Pero, ¿en qué formas explícitas el terapeuta puede manifestar su rol? Rodríguez y Rodríguez (1999), comentan sobre algunos principios

técnicos en la atención del usuario adulto, mencionan que el profesional de la salud debe hacer el primer contacto con el paciente, recibéndolo con un saludo cordial y personalizado. Esto implica el uso apropiado de los nombres, evitando términos como “abuela” o “mamá”, que en el adulto puede ofender (muchos adultos mayores no son abuelos). Junto con lo anterior, los autores mencionan que es importante presentarse apropiadamente y explicar el papel que desempeñará en la entrevista y en el proceso en general. Debe, además, vigilar constantemente la comodidad del paciente, preguntando regularmente sobre cómo se siente. En el proceso de entrevista se sugiere usar preguntas abiertas y cerradas, las primeras para facilitar la narrativa y las segundas para ayudar a acotar los temas o cerrarlos.

Desde la perspectiva clínica de Winnicott (1990, 1993, 1997), el *setting* es algo que se construye para la relación humana y su ambiente está formado a partir de una situación de confianza que se establece en la relación terapéutica para generar un espacio intermediario, denominado por el autor como “espacio potencial” (Magalhaes y Magalhaes, 2002). En el espacio potencial, la persona en situación de dependencia terapéutica, puede ser apoyado por el terapeuta cuando sea necesario, considerando la situación y sus particularidades, en un ambiente de contención con énfasis en la relación construida. Es importante destacar la asimetría de la relación, el *setting* debe demostrar a la persona-usuario-paciente, desde el inicio del tratamiento, que no existe una relación de igualdad, para que cada rol se cumpla durante todo el tiempo que dure la terapia.

Según Machado (2001), el *setting* también puede ser considerado un ‘texto’, es decir, un espacio discursivo y dialógico, en donde los significados de uno van a afectar los significados del otro. Cunha (1997), explica que la dinámica de comunicación en el espacio terapéutico es diferente a la que sucede en la actividad rutinaria, en terapia va de ‘inconsciente a inconsciente’, mientras en la vida cotidiana es de ‘consciente a consciente’. En terapia, entonces, el objetivo será proporcionar un espacio favorable para que la persona integre ambas instancias en su psiquismo y pueda reelaborar sus conflictos expuestos en el proceso. Desde la perspectiva psicoanalítica (desde donde surge el concepto de *setting* gracias a los aportes de Freud), la dinámica terapeuta-paciente despierta contenidos inter e intrapsíquicos, en donde el inconsciente del terapeuta (su psiquismo) es afectado por la de su paciente y viceversa, y esto genera espacio propicio para el fenómeno de ‘transferencia’ (Cardoso, 2009).

En este punto, es importante detenerse en las implicancias de la asimetría de la relación terapéutica. Zimmerman (1999, citado por Machado y Silva, 2012), considera que el terapeuta tiene la obligación “de estandarizar, delimitar, establecer la asimetría y la no similitud”, es decir, el autor afirma que en el *setting*, es el terapeuta quien tiene que demostrarle al paciente, desde el inicio del tratamiento, que los roles de la pareja y sus posiciones no son iguales, ya que esto es lo que permitirá manejar la transferencia/contratransferencia. Desde un punto de vista fonoaudiológico, el rol del fonoaudiólogo es la de ayudar al sujeto en la elaboración de su lenguaje por medio de la construcción de un espacio intersubjetivo. En este espacio,

el terapeuta se posiciona como alguien que potencia y fortalece un locus de significación y diálogo, pero con límites claros. El *setting* es un lugar de trabajo terapéutico cimentado en la relación terapéutica bien definida.

El *setting* implica, entonces, una actuación apegada a la ética y profesionalismo del terapeuta, quien debe mostrar conductas propias de su rol, pero también recordando su aspecto humano, su subjetividad y su emocionalidad que lo deben llevar a generar un contacto humano. Esto significa que el terapeuta debe entregar algo de sí en la relación terapéutica y dejarse modificar por ella. El encuentro intersubjetivo entre terapeuta y persona-usuario-paciente es una dinámica dialógica que los transforma a ambos. A la persona que consulta, ya sea por afasia, demencia u otra condición patológica o no, siempre hay que mirarla en su contexto y red de apoyo, lo que implica que el *setting* no solo se aplica al consultante, sino también a su familia. Los significados que pueda elaborar la familia estarán influenciados por las representaciones propias del paciente y, al mismo tiempo, la familia aportará otras más en relación a su vida real. Es necesario considerar, entonces, que el proceso terapéutico afectará al sujeto en su existencia individual y colectiva. El *setting*, visto como una negociación de términos terapéuticos, deberá incluir las subjetividades del grupo familiar, las que serán más potentes y tendrán más peso mientras más dependiente es el adulto en cuestión.

Por ejemplo, un usuario de 60 años que sufre afasia a consecuencia de un ACV, tiene como diagnóstico fonoaudiológico afasia de Broca y apraxia del habla. Llega a la consulta fonoaudiológica en silla de ruedas acompañado de su esposa, quien traduce todo lo que el usuario quiere decir. El usuario tiene grandes dificultades de expresión, las que se acentúan debido a la apraxia que no deja que articule prácticamente nada, su condición es severa, pero en ocasiones logra emitir respuestas automáticas, como un saludo “hola” o “bien” cuando se le pregunta cómo está. El usuario muestra una buena actitud y se compromete al trabajo planteado. La esposa manifiesta que está segura de que él puede, porque en ocasiones oye que responde bien (lenguaje automático). A partir de esto, en la entrevista, la fonoaudióloga nota algo más, una conducta ansiosa por parte de la esposa que presiona al usuario a responder bajo la creencia de que hay algo de capricho detrás de su dificultad. La esposa creyendo que hace lo mejor por su esposo tiende a usar frases como: “vamos, hazlo, tu puedes, si no, no te voy a pasar...”. La esposa presiona bajo la creencia de que a través de un castigo logrará la respuesta deseada en su esposo. Entonces, la fonoaudióloga debe entrar en diálogo y explorar las creencias de la esposa para reelaborarlas y favorecer la fluidez de la relación entre ellos y reinterpretar la sintomatología para darle un nuevo sentido que ayude a establecer conductas comunicativas que favorezcan las estrategias seleccionadas para el usuario de acuerdo a su condición. Esto se debe hacer con el usuario y con su grupo familiar. La reelaboración afectará el modo en que se relaciona el usuario con su pareja y lo afectará como esposo, padre y abuelo.

De acuerdo con Cunha (2002), es necesario que el fonoaudiólogo esté atento a la ansiedad de los involucrados por alcanzar resultados

positivos, a la resistencia de aceptar las dificultades, a las conductas que puedan mantener los síntomas, a los conflictos psíquicos particulares de cada miembro de la familia, al duelo frente a la tragedia de los cambios irreversibles provocados por patologías como las afasias o las demencias. En este contexto, es importante que el *setting* incluya una actitud de escucha que favorezca la complicidad indispensable en el establecimiento y la mantención del vínculo con la persona-usuario-paciente. El lugar de la familia en este proceso, debe ser un espacio de acompañamiento, entendimiento y apoyo que puede contribuir enormemente al éxito de la terapia. La familia puede llegar a ser tan relevante en el proceso terapéutico que su rol se transforma y puede entenderse como co-terapeuta. Esto no significa que la relación entre el familiar co-terapeuta y el terapeuta fonoaudiólogo pase a ser una relación simétrica, sino que sigue siendo asimétrica, dado que el profesional sigue teniendo el dominio teórico y práctico sobre los elementos de la terapia, pero simultáneamente intersubjetiva desde el punto de vista de interlocución. La presencia de un co-terapeuta puede darse en diversos contextos asistenciales. Un buen ejemplo de la necesidad de establecer esta dinámica es cuando nos vemos imposibilitados de hacer atenciones continuas e intensivas, por dificultades de traslado (cuando el usuario es rural y debe ir al hospital provincial), o por dificultades económicas, por ejemplo. Entonces la intervención fonoaudiológica debe estar dirigida a capacitar y a transformar al familiar en una pieza activa y esencial del proceso de terapia.

Hasta aquí, se ha dicho que en la clínica fonoaudiológica el *setting* es la base sobre la cual se estructuran los procesos terapéuticos y, por medio de él, se instaura una dinámica intersubjetiva indispensable para el establecimiento de la relación terapéutica (Cunha, 2002). En el *setting* se enmarcan los roles de cada participante de esta interacción (fonoaudiólogo, consultante, familiar) y donde además se dictan las “reglas del juego”, se propicia un intercambio intersubjetivo de interpretaciones que son necesarias de observar y reelaborar, procurando hacer de esa relación un intercambio humano.

La atención fonoaudiológica de la población infanto-juvenil, difiere un poco de las atenciones que se hacen en la clínica de la cognición, habla y lenguaje en el adulto. El espacio terapéutico se enmarca no sólo en el contexto de salud, como ya se había mencionado, sino que principalmente dentro del contexto educacional. Aquí, este espacio está cimentado en los planteamientos de los diferentes decretos ley que están vigentes y que establecen normas y reglas para la puesta en escena y la actuación del fonoaudiólogo. Entonces, de acuerdo al nivel y tipo de educación a la que se tiene acceso, pre-básico, básico, medio o superior, regular o especial, en todos estos contextos, la delimitación del contrato terapéutico se llevará a cabo de acuerdo a los aspectos técnicos dictados por las autoridades educacionales dentro de los decretos: los horarios, la cantidad de sesiones, la duración de ellas, las tareas o roles que deben cumplir los profesionales, los apoyos a las familias, etc. Todos estos aspectos administrativamente están contenidos en los consentimientos informados y firmados por las familias en donde autorizan la entrega de los apoyos especializados requeridos por los estudiantes con NEE.

En el trabajo fonoaudiológico infanto-juvenil, se atienden usuarios que presentan trastornos de diferente severidad en su comunicación y que pueden afectar o incidir no sólo en el desarrollo lingüístico del individuo. Es claro que en la infancia se desarrollan diferentes aspectos del ser humano, lo motor, lo cognitivo, lo lingüístico, lo emocional y lo social, entre otros. Y en los niños con alteraciones del habla y del lenguaje, se puede evidenciar dificultad no solo en aspectos lingüísticos, sino también emocionales y sociales, ya que por su dificultad pueden ver dañada su imagen personal, su autoestima, estado de ánimo y afectar sus relaciones sociales. Estas dificultades en lo emocional-social pueden prolongarse a lo largo de los años de escolaridad y condicionar su desarrollo personal hasta la vida adulta (Fernandez y De León, 2008). De la misma forma, la familia de los usuarios o pacientes infanto-juveniles, también pueden verse afectadas por estas situaciones, por lo tanto, necesitarán apoyo y orientación especializada para afrontar el problema y así disminuir el impacto que genera tener un hijo con dificultades. Es clave entonces comprender que se debe tener en consideración no sólo lo lingüístico, sino también aspectos emocionales, familiares y sociales.

Así, que el niño/adolescente-usuario paciente que será atendido se sienta bienvenido, aceptado, escuchado y valorado, es fundamental para el proceso terapéutico. Esto proporciona una recepción humanizada y atención sanitaria integral, contemplando los contextos históricos, sociales y culturales implicados (De Lima, 2011). Esta premisa se cumple a cabalidad en todo rango etario dentro del *setting* terapéutico fonoaudiológico y, en especial, en la atención de usuarios en edad pre-escolar y escolar, ya que desde el momento de la evaluación o primera aproximación con el usuario, y a lo largo de todo el proceso terapéutico, es tarea del profesional fonoaudiólogo generar y mantener un vínculo apropiado con el niño o adolescente. Entonces, estar atento a la emocionalidad es importante, en especial en el ámbito infanto-juvenil, ya que, por una parte, están en proceso de construcción de su autoimagen, y son especialmente sensibles a la comprensión y aceptación de los adultos (Fernández y De León, 2008). Y por otra, no siempre tienen conciencia de sus dificultades, es decir, no tienen la conciencia de la queja como la tienen los usuarios adultos. La implicancia de esto está en que el adulto busca voluntariamente la consulta fonoaudiológica, mientras que el niño/adolescente es llevado por el adulto cuidador y su queja está mediada por él y, por lo tanto, es necesario convencerlo para que trabaje en terapia y encantarlos con las propuestas terapéuticas.

La creación del *setting* o entorno terapéutico en el contexto infanto-juvenil implica una tarea altamente demandante para el o la terapeuta del lenguaje por varias razones. Primero, debe atender las demandas, consultas y solicitudes de la familia, ya sea de los padres o acompañantes responsables del menor y, segundo, debe poner atención a tratar de establecer un vínculo con el niño/adolescente-usuario-paciente. El contrato terapéutico en sí debe negociarse con los padres y/o responsables. En este y en otros momentos, es común que las demandas familiares entren en escena, exigiendo escucha y manejo, sin excluir la creación de un entorno

terapéutico específico para el paciente (Cardoso, 2009). De acuerdo a su experiencia y habilidades, cada terapeuta debería desarrollar la sensibilidad de establecer una relación terapéutica con sus usuarios y sus familiares para así proporcionar la ayuda que estos necesitan.

Un profesional fonoaudiólogo debe poner en marcha todas las habilidades teóricas en base de fundamentos disciplinares y éticos, propios de la disciplina fonoaudiológica, que permitirán llegar a plantear una hipótesis diagnóstica y planificar la intervención, tanto para el usuario infanto- juvenil como para el adulto y adulto mayor. También es importante considerar las emociones que implican afecto, sentimientos, cognición y conducta, que son aspectos relevantes para la terapia, puesto que permite al terapeuta el desarrollo de una terapia humana, respetuosa y colaboradora (Lipchik, 2002 citado por Cruz, 2016), pues la falta de estos componentes en el espacio terapéutico, convierten al terapeuta en solo un “aplicador de técnicas” (Cruz, 2016).

Siempre es un desafío para los profesionales fonoaudiólogos tener las herramientas necesarias y las competencias para crear el *setting* desde la perspectiva de la interacción con el sujeto. También es necesario sopesar dentro del rango etario en que se trabaja en educación, especialmente en la adolescencia. Todo terapeuta debe contar con una serie de características y aptitudes que se consideran importantes en el establecimiento de una relación terapéutica efectiva con usuarios infanto-juveniles (Fernández y De León, 2008). La actitud del fonoaudiólogo debe ser relajada para establecer una interacción distendida y de confianza, plantear actividades correspondientes al desarrollo del niño (a) y utilizar materiales que le interesen. Desplegar su empatía, estando atento a sus percepciones, sentimientos y necesidades. Presentar habilidades comunicativas, con énfasis en las capacidades expresivas apoyadas en lo no verbal, con tono de voz suave, con diferencias de entonación y a una velocidad adecuada, realizando preguntas y comentarios abiertos para facilitar la producción espontánea del niño/adolescente. Dar refuerzos positivos que le transmitan al niño apoyo y le dan seguridad, y por último, enseñarle a valorar sus avances, ya que mejora la motivación hacia el tratamiento y la autovaloración positiva (Fernández y De León, 2008).

Es un reto en la clínica de logopedia establecer un vínculo entre un sujeto adolescente y el terapeuta, así como proporcionar un espacio terapéutico motivador en este ciclo de vida (De Lima, 2011). Este espacio terapéutico motivador debiera tener, como eje primordial, los intereses de los usuarios. De Lima (2011), plantea que la elección y análisis de actividades es algo importante en el proceso terapéutico, ya que debe contener la suma entre el objetivo terapéutico, lo que el terapeuta pretende lograr con el proceso terapéutico y los intereses del usuario. Generalmente, un interés transversal en los usuarios infantiles, incluidos los adolescentes, son las actividades lúdicas, la evaluación y terapia centrada en el juego, sin olvidar, claro, los elementos estructurados que el contexto de educación solicita, que serán una herramienta fundamental para lograr y mantener la conexión. Las actividades que durante el proceso terapéutico son seleccionadas - en función de los intereses del sujeto, así como también

las técnicas y actividades terapéuticas que se llevan a cabo de manera contextualizada, lúdica y placentera - contribuyen a fortalecer la relación de aproximación y confianza y favorecen su lenguaje (De Lima, 2011).

Como se mencionó anteriormente, en el *setting* fonoaudiológico infanto-juvenil no solo es importante para el profesional fonoaudiólogo concretar el vínculo con el niño/adolescente-usuario- paciente, sino también con su familia (punto relevante en este contexto y especialmente en la privatemia), ya que generar cercanía tanto con el usuario como con el cuidador, hace a este último partícipe del proceso de rehabilitación (Tapia et al, 2016). En el contexto educacional, resulta relevante contar con el apoyo de la familia y un co-terapeuta, aquel familiar, padre, madre o cuidador que realiza las actividades de apoyo a la intervención fonoaudiológica en el hogar (decreto 1300, 2002), es decir, él se encarga de repasar o replicar las actividades realizadas en la sesión en contextos más naturales y/o familiares, para obtener avances significativos en el desempeño lingüístico del niño, logrando así la superación del trastorno y el avance, sin mayores inconvenientes, por los diferentes niveles educacionales.

La relevancia de incentivar la participación activa de la familia y contar con un co-terapeuta, no sólo está justificada porque los decretos de educación lo indican como parte del rol del profesional fonoaudiólogo, sino también por la escasa periodicidad y duración de las sesiones fonoaudiológicas exigidas por el decreto 1300/2002. Asimismo, no se puede olvidar que los padres son las figuras de referencia y su conducta es un modelo a seguir para su hijo (Fernández y De León, 2008). La colaboración de los padres permite que la eficacia del tratamiento sea mayor y se prolongue menos que cuando se realizan sesiones de lenguaje convencionales. Los niños aprenden más y mejor si los padres, educadores y terapeutas trabajan juntos (Fernández y De León, 2008). De esta manera, la intervención fonoaudiológica en contexto de educación se enmarca dentro del modelo biopsicosocial, promovido desde el ámbito de la salud.

La misión del profesional fonoaudiólogo es tratar de ayudar al niño/adolescente-usuario-paciente y a su familia, pues en la medida que se reduzca la ansiedad, frustración, miedos y sentimientos de culpa en la familia, se favorecerá la aparición de conductas positivas que estimularán al niño. Los padres podrán estar en una mejor disposición de apoyar el tratamiento de sus hijos y ser un aporte real para él/ella y para el terapeuta del lenguaje (Fernández y De León, 2008). Para llevar a cabo la misión de ayudar, se deben movilizar una serie de recursos terapéuticos necesarios para hacerla efectiva. Además de todo lo antes mencionado en la interacción con usuarios infanto-juveniles, se añaden otros aspectos importantes en el trabajo con la familia como: la flexibilidad, pues hay que entender las diferentes interacciones y enfoques del problema del niño. Asimismo, es necesario tener objetivos comunes, explicar a los padres los objetivos terapéuticos y la forma de enfocar el trabajo en la intervención. De igual manera, resulta vital el respeto mutuo y el intercambio de conocimientos, pues si bien el terapeuta tiene el conocimiento teórico de cómo hacer la intervención, los padres tienen conocimiento de su hijo y de su contexto cotidiano. Finalmente, el compartir sentimientos, entregar las orientaciones

a los padres para abordar la conducta, sentimientos negativos y/o preocupaciones que los mismos padres suelen tener, son actos que ayudan a comprender las características de las dificultades de sus hijos, cómo deben actuar frente a ellas y les permite reconocer las ventajas de su participación en la intervención (Fernández y De León, 2008).

Se debe tomar en consideración que no sólo se entra en contacto con una persona-usuario-paciente, sino que con toda su historia, su familia y su cultura. El terapeuta, a su vez, no es un receptor imparcial de toda esa información, ya que en él entran en juego sus emociones, su carácter, su conocimiento teórico, su experticia, su actitud profesional. Como ya se ha dicho antes, en el proceso de atención fonoaudiológica, todos los participantes cambian y se transforman, y es esta capacidad de transformación (dada por la disposición de cada uno) la que justamente los hace más humanos.

Espacio físico, mobiliario y materiales

El *setting* incluye herramientas y dispositivos clínicos que facilitan la dinámica del proceso terapéutico y que están involucrados en el cambio de los sentidos en relación a cómo se perciben los síntomas y su mejora (Cardoso, 2009). El espacio físico (lugar, naturaleza y disposición de los objetos) y temporal (horario, duración de las sesiones, frecuencia y asistencia) será importante en la medida en que, de acuerdo a ciertos parámetros, posea un carácter simbólico, capaz de despertar contenidos inter e intrapsíquicos, tanto en el paciente como en el terapeuta (Cunha, 1997). El espacio físico y temporal debe adecuarse al método clínico-terapéutico utilizado y adaptarse a las especificaciones técnicas de los lugares en donde se realiza la atención (consultorio público o privado, domicilio o atención virtual).

En el ámbito de las afasias, cuando se trabaja en un box de consulta, ya sea en el ámbito privado o público, Heres y Peña-Casanova (1982), recomiendan un ambiente no infantilizado, cuyo mobiliario sea de oficina, con aspecto cálido, con buena luz, cómodo y que favorezca el desplazamiento del paciente entre los muebles, los que deben facilitar una adecuada postura en el paciente. En una terapia clásica para adultos con afasia, se espera que se utilice un escritorio, un par de sillas y disponerlas para que el terapeuta y el usuario estén frente a frente para facilitar la comunicación entre ambos. Se espera, también, que el ambiente tenga pocos adornos para evitar distractores, especialmente en aquellos usuarios que presenten dificultades cognitivas de atención y memoria, asociados a su patología del lenguaje. En este contexto, existen también programas terapéuticos que tienen dentro de su protocolo de aplicación, el detalle de cómo debe disponerse el mobiliario. Entonces, si se pretende seguir un programa específico, se deberán hacer las adaptaciones exigidas para mantenerse dentro de su marco. Un ejemplo de esto es el programa de Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA) de Berthier y colaboradores (2014), que describe un entorno terapéutico específico.

En relación a la atención de usuarios que consultan por estimulación o rehabilitación cognitiva, la intervención podrá ser individual y podrá ser en grupos. Cuando se trata de atención individual, las recomendaciones son similares a las antes mencionadas. Cuando se realizan atenciones grupales, se podrán usar mesas alrededor de las cuales se dispondrán las sillas para los participantes, de manera tal, que cada uno tenga la vista sobre los otros y, en otros contextos, se podrá prescindir de las mesas y se usarán sillas dispuestas en círculo para favorecer la interacción, el desarrollo de vínculo y el desarrollo de un espacio ameno e íntimo entre los participantes.

Las dimensiones del espacio físico, en términos ideales, debe contener suficiente espacio como para que los muebles necesarios (mesa, sillas, estante) permitan un flujo libre de accidentes para terapeuta, usuario y sus acompañantes. Sin embargo, en la práctica clínica se dan realidades muy variables, como por ejemplo, habrá un fonoaudiólogo con oficina exclusiva para él, de tamaño mediano con todos sus muebles y con una disposición fluida que permite el tránsito cómodo y seguro, mientras que habrá otros fonoaudiólogos con un box pequeño, quizás compartido con otro colega u otro profesional, en donde no todos los muebles son los necesarios y pertinentes para la atención fonoaudiológica. También podrá darse el caso en que la atención fonoaudiológica se da en un espacio amplio de multiuso del centro de salud, en donde los límites físicos serán imaginarios.

La atención fonoaudiológica no solo puede ocurrir dentro de un box clínico, también puede darse en la sala de cuidados intermedio del hospital, en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) y en el domicilio. Generalmente, en la atención de pacientes hospitalizados, en una sala hay más de un paciente en cama, por lo tanto, la delimitación del espacio físico en la atención es imaginaria. Esto significa que el encuadre debe propiciar a la omisión de todos los elementos que están fuera de la atención fonoaudiológica que se está dando en ese momento y centrar la atención en el espacio entre el paciente, su cama y su terapeuta.

La atención domiciliar es muy diferente en cuanto al demarcado del espacio físico, ya que será un aspecto cuyo manejo no está cien por ciento en manos del terapeuta, sino más bien del entorno mismo y de las personas que habitan cotidianamente ese espacio. El *setting* se inicia no en el encuadre físico, sino en el encuadre de la relación terapéutica, la que tiene que estar establecida y constituida en un ambiente acogedor y de crecimiento humano (Magalhes y Magalhes, 2002). La atención en el domicilio permite al terapeuta-observador conocer al consultante en sus peculiaridades, inmersas en su realidad viva con detalles que son difíciles de imaginar dentro de un box clínico. La atención domiciliar puede entenderse como una inmersión en la historia de vida del consultante, lo que puede propiciar condiciones de producción favorables de su discurso en el proceso de trabajo de la reestructuración de su lenguaje.

En términos prácticos, en la atención domiciliar podrá solicitarse al usuario y a su familia que el espacio físico en donde se gestará la atención

esté ordenado y limpio, alejando del espacio de interacción los elementos que puedan distraer o perjudicar el proceso de intervención. Se podrá solicitar, también, que una vez consensuada la cantidad de visitas y su horario, se establezca una rutina de preparación para iniciar la atención en los momentos acordados.

Como puede apreciarse, la atención fonoaudiológica puede darse en varios espacios clínicos que, en realidad, no definen al proceso terapéutico. Es decir, el espacio terapéutico que realmente importa es el de la relación entre los involucrados, pues es allí donde se generan los cambios que impactarán en la calidad de vida del consultante. Por ejemplo, un fonoaudiólogo contó lo siguiente: él trabajaba en un hospital en el servicio de otorrino y debía hacer las atenciones de lenguaje en el mismo box en donde se realizaban las audiometrías, por lo tanto, el mobiliario no estaba dispuesto en las condiciones ideales antes descritas y podría decirse que su disposición era incómoda. A la consulta llegó una usuaria de 63 años, derivada del neurólogo con el diagnóstico de disartria, producto de un ACV de larga data, ella nunca había tenido atención fonoaudiológica. Al entrar al box, la usuaria afirmó que en realidad no entendía muy bien la razón de esta atención, explicó que se hacía entender y que no estaba dispuesta a ir frecuentemente a terapia.

Frente a esto, el fonoaudiólogo le explicó amablemente de qué se trataba y la usuaria accedió a atenderse. Al final de la sesión, ella insistió en que no asistiría a terapia, entonces el fonoaudiólogo le mostró algunos ejercicios básicos, se los explicó, los repitieron en conjunto e, incluso, se los anotó para que los practicara en casa y pudiera tener la oportunidad de observar su utilidad y, en definitiva, beneficiarse de ellos. Luego, llegó la hora de cerrar la atención y la usuaria se despidió y antes de irse le dijo al fonoaudiólogo: “¿sabe?, toda mi vida me he atendido en un hospital público y esta es la primera vez que me siento tan bien atendida, le voy a hacer caso y haré los ejercicios”. En este ejemplo, la valoración de la usuaria deja entrever que el éxito de la atención fonoaudiológica no reside en el mobiliario perfecto ni en la disposición perfecta de los utensilios, en la mayoría de los casos estará dada por la calidad humana de la atención, con todo lo que ello implica.

Esto significa también que los escenarios pueden modificarse en pro de favorecer el logro de algunos objetivos terapéuticos. Por ejemplo, una atención fonoaudiológica que tenga por objetivo ayudar al paciente a generalizar las prácticas de sus sesiones en su vida cotidiana, podrá exigir que el terapeuta salga del box para dirigirse, junto al consultante, a otros espacios poco tradicionales (salir a la calle, ir al supermercado o al cine, ver una película juntos, participar de una actividad recreativa en alguna comunidad, etc.), sin que esto signifique que no se está interviniendo, pues el marco de terapia establecido en el *setting* puede, perfectamente, seguir vigente. Salirse del marco de trabajo dentro de un box de atención clínica da posibilidades de generar experiencias significativas y satisfactorias que podrán ayudar a fijar con mayor éxito los aprendizajes propuestos en la terapia. Como afirma Magalhaes (2007), el *setting* puede ser construido en cualquier lugar que permita la creación de un campo relacional abierto al cambio.

Heres y Peña-Casanova (1982), afirman enfáticamente que los diseños nunca deben ser infantiles y además deben tener en cuenta la aplicación, objetividad y la frecuencia de uso en el medio del paciente, por lo tanto, deben estar adaptados a la necesidad del paciente. Agregan, además, que se debe usar objetos y diseños claros, láminas con fotos o recortes de gran calidad visual y significativas para el paciente. Las láminas de descripción, idealmente debieran ser escenas con imágenes reales y de diferentes niveles de complejidad y la terapia se iniciará con las más sencillas.

En la práctica clínica es realmente muy importante no infantilizar los materiales ni las actividades, puesto que un adulto o adulto mayor puede sentirse ofendido. Es relevante para ellos que el terapeuta se interese por sus gustos personales y se adapte a ellos, proponiendo material que incluya temas que le importen como los de su familia, su casa, su contexto social o laboral. También es necesario pensar en el modo de presentación de los estímulos: ser ordenados, colocar una serie de materiales, utilizarlos y luego retirarlos cuando se realizará otra actividad. Tomar en cuenta los defectos visuales que el consultante pueda tener, esto quiere decir que las imágenes deben presentarse de manera ordenada y deben tener un tamaño fácilmente distinguible, las letras deben ser de un tamaño apropiado para su lectura y deben presentarse de manera tal de no saturar de información a la persona que hace el ejercicio propuesto. Un mal diseño puede hacer que el usuario se equivoque en generar sus respuestas, puede hacer que se desmotive y que se sienta mal respecto de la terapia y, en consecuencia, querer retirarse de ella. La buena selección de material y su buen uso afecta positivamente en la comodidad y motivación del usuario.

Sin embargo, es importante volver a la afirmación de Magalhaes (2007) sobre el *setting*, la que dice que este se puede construir en cualquier lugar en donde se establezca el espacio de relación potencial de cambio. En el caso de los materiales, esto implica que en algunas intervenciones o contextos, la terapia podrá omitir el uso de materiales específicos, como los mencionados en los párrafos anteriores, sobre todo cuando el proceso terapéutico se produce en espacios más naturales y ecológicos, es decir, cuando se está inmerso en la vida cotidiana, o inmerso en el mundo de los intereses de la persona-paciente-usuario. Cuando esto sucede, los materiales podrán ser muy diferentes (un poema, una obra de teatro o radioteatro, música, pintura, etc.) o no ser ninguno, apostando por los elementos de vida cotidianos o, incluso, solo por los elementos de la relación entre el fonoaudiólogo y la persona.

La diversidad de contextos laborales en las que un profesional fonoaudiólogo realiza su quehacer muchas veces determina el espacio físico, la infraestructura donde debe llevar a cabo el *setting* terapéutico. Las diferencias más significativas podrían estar dadas por el área del quehacer fonoaudiológico, por ejemplo: no tiene el mismo espacio, ni mobiliario ni materiales una sala de exámenes audiológicos en comparación con un box de atención de habla y lenguaje infantil. También se dan diferencias con un bien equipado box de deglución, en donde se pueden encontrar refrigeradores, hornos microondas, mesas y sillas, sillas para comer de

bebés, entre otros elementos. Entonces, existen múltiples y variados espacios físicos terapéuticos en donde llevar a cabo el *setting* y van a depender del área del quehacer fonoaudiológico que se lleve a cabo en dichas instalaciones, así como del financiamiento del lugar, ya sea con recursos públicos o privados. Lamentablemente, en general los espacios físicos más óptimos y bien equipados, se encuentran en instituciones privadas, en donde podremos encontrar salas u oficinas amplias, que permitan un adecuado desplazamiento de los ocupantes, con buena iluminación y ventilación adecuada y que cuenten con un escritorio, sillas para el usuario, acompañante y terapeuta, en el mejor de los casos, mesas y sillas adaptadas al tamaño de la población que se atiende. Con respecto a los materiales, lo mínimo sería contar con material de escritorio, los instrumentos y pruebas de evaluación y material didáctico necesario para llevar a cabo todas las tareas que deben desempeñarse.

En cuanto a los espacios de atención en el contexto de escuelas especiales de lenguaje y los colegios con PIE, el ordinario no:0061019-04-05, derivado del decreto 1300/2002, indica que la sala de fonoaudiología deberá contar con un lavamanos dotado de agua fría y de un espejo, (Mineduc, 2005) y que para el metraje de la sala se aplicarán las normas correspondientes, contenidas en la ordenanza general de urbanismo y construcciones para jardín infantil o parvulario, es decir 2 metros cuadrados por alumno, ninguna otra especificación. Por consiguiente, todas las otras consideraciones de mobiliario quedan bajo el criterio del sostenedor o director del colegio o escuela. Por lo anteriormente descrito, la realidad del espacio físico es diversa. Hay establecimientos que cumplen con el ordinario, además de todas las recomendaciones para el espacio físico, es decir, salas u oficinas amplias, que permitan un adecuado desplazamiento de los ocupantes, con buena iluminación y ventilación adecuada, con un escritorio, sillas para el usuario, acompañante y terapeuta, mesas y sillas de párvulos, etc. Y, otras, especialmente en la realidad de los PIE, en que no se cumple siquiera con lo mínimo solicitado en el decreto. Oficinas sin espejo y/o sin lavamanos, de tamaños muy reducidos u otras muy amplias, aulas de recursos compartidas con otros colegas o profesionales de la educación en donde no hay límites definidos.

Entonces, será posible trabajar en diferentes realidades, oficinas de tamaño adecuado, otras pequeñas, grandes, equipadas y vacías, oficinas en casas adaptadas por agrupaciones, oficinas diseñadas y construidas específicamente para llevar a cabo la labor fonoaudiológica. Por ejemplo: una fonoaudióloga se desempeñaba en una agrupación, la oficina o sala de atención estaba ubicada en el garaje de una casa, el espacio fue adaptado por los padres, el piso tenía alfombra, varias cajas para guardar materiales y juguetes, escritorio, material de oficina y una mesa con sillas de párvulos; amplia e iluminada, ideal para trabajar estimulación de lenguaje con niños pequeños. Al mismo tiempo, la fonoaudióloga se desempeñaba en un PIE, donde frecuentemente se compartía un aula de recursos grande con otros profesionales de la educación y en ocasiones no solo con otros profesionales, sino también con materiales o mobiliario en desuso. Para utilizar apropiadamente el espacio, generalmente se

organizaba y se dividía imaginariamente para realizar de la mejor manera posible su quehacer. En ambos escenarios, se realizaron adaptaciones y la fonoaudióloga realizaba su labor sin mayores inconvenientes, pues como se menciona con insistencia durante el capítulo y como afirma Magalhaes, (2007) el *setting* terapéutico puede ser construido en cualquier lugar que permita la creación de un campo relacional.

Un aspecto que también es importante en el encuadre del entorno terapéutico, es que al organizar el mobiliario de la sala de atención se tenga en consideración que el terapeuta y el sujeto permanezcan cercanos físicamente, uno al lado del otro, o frente a frente, con el fin de favorecer una mayor aproximación y fortalecimiento de los lazos entre ellos y proporcionar al sujeto el medio ambiente como espacio de confianza para depositar sus demandas. (De Lima, 2011). Aunque se está de acuerdo en que un espacio físico, un ambiente adecuado puede ayudar a que los usuarios se sientan cómodos y acogidos y en confianza para realizar un adecuado *setting* terapéutico, no será este el factor preponderante. Kirschner (2017), recuerda la descripción de los sentimientos experimentados por un paciente de Winnicott: su consultorio era simple, reposado en los colores y muebles, sin ostentaciones, cuidadosamente planeado para hacer al paciente sentirse acogido. Winnicott llegaba con una chicharra de infusión, y decía un caluroso “*hello*”. Al final de la sesión, había siempre un cálido apretón de manos. En este ejemplo, el usuario recuerda el espacio, pero también la manera de relacionarse del terapeuta, haciendo que lo primero pase a segundo plano.

Espacio virtual

Aunque la telepráctica, la telemedicina o teleconsulta es una práctica que lleva años en otros países, su uso ha sido más bien acotado en Chile. La pandemia por COVID-19 que aqueja al mundo desde el año 2020, obligó a repensar y reformular los procesos de atención fonoaudiológica para adaptarse a la modalidad a distancia. En este contexto, la telesalud, telemedicina o telepráctica se ha transformado en una herramienta fundamental para dar continuidad a las atenciones de salud y dentro de estas, las atenciones fonoaudiológicas, ya sea en contextos salubristas o en contextos educacionales. Esto implicó la visibilización de una variedad de elementos técnicos y tecnológicos que deben ser manejados en el *setting* fonoaudiológico, tales como la condición y disposición de las cámaras y micrófonos, la conexión a internet, la necesidad de ubicarse en un espacio privado silencioso e iluminado, la selección del dispositivo (computador, tableta o celular), etc.

Lo primero que se debe tener claro es que la atención virtual no se trata de una nueva modalidad de intervención, sino de la utilización de un recurso técnico particular adaptado a cualquiera de las modalidades descritas y manualizadas de la terapia (Cabré y Mercadal, 2016). La introducción de este elemento técnico en la dinámica terapéutica, genera cambios que deben ser reflexionados, sistematizados y gestionados, para que los procedimientos evaluativos y de tratamiento tengan una eficacia similar a

la que tienen en el contexto real. La atención virtual incluye el teléfono, fax, correo electrónico y las diversas modalidades de chat, como el *Whatsaap*. Por ejemplo, una fonoaudióloga recibe un mensaje por *Facebook*, se trata de una locutora de radio que vive en Cuba y que tiene una gran duda sobre la articulación de su fonema /s/. La fonoaudióloga, a pesar de que no se encuentra en el marco de prestaciones de servicios pagados, elige leerla y escuchar sus audios, y responder por el mismo medio de manera escrita. En esta interacción se da una conversación amable y fluida y se aclaran las dudas. La interacción se desarrolla con un carácter formal y profesional, pese a que la plataforma utilizada es una red social con diversos fines privados y públicos. Al término de la interacción, la locutora ha resuelto sus dudas y ha recibido una atención efectiva en relación al motivo de su consulta. Esto refleja que los recursos para el contacto virtual pueden ser muy variados, y pueden enmarcarse en el fenómeno de la atención clínica que demandará cada vez más y mayor creatividad.

En términos operativos, la telemedicina se puede realizar en dos modalidades: en tiempo real o modo sincrónico y en tiempo diferido o modo asincrónico. Wales (2017), al igual que en las revisiones realizadas por Mashima y Doarn (2008), Reynolds y colaboradores (2009), entre otros autores, concluyen que la prestación de servicios de intervención del habla y el lenguaje a través de videoconferencia en tiempo real es un método eficaz de prestación de servicios, ya que este medio se asemeja más a las interacciones en persona a través de la transmisión de señales auditivas y visuales a distancia, las interacciones en tiempo real apoyan la prestación de servicios e influyen fuertemente en los resultados clínicos. Se ha aprendido, por ejemplo, que el uso de ambientes virtuales para terapia fonoaudiológica exige reflexión sobre normas éticas profesionales para su aplicación en el contexto de atención clínica. Es importante revisar temas como la privacidad, la grabación de las sesiones, la divulgación de información en las redes, la divulgación de los precios de terapia, etc. Para esto, es útil contar con un compromiso de confidencialidad por parte del profesional y un adecuado y adaptado consentimiento informado para el usuario. En Chile se cuenta con el programa Nacional de Telesalud (2018), que entrega lineamientos específicos para la aplicación de la medicina a distancia que son una buena base para la implementación de la intervención fonoaudiológica.

Los recursos necesarios para realizar la teleterapia son variados. Para Cason y Cohn (2014), las opciones de hardware para la telepráctica pueden incluir una computadora de escritorio, un dispositivo móvil (es decir, una computadora portátil, una tableta electrónica, un teléfono inteligente) u otro sistema especializado, cámara web (interna o externa); dispositivos periféricos (micrófonos o parlantes) y conexión de alta velocidad. La telesalud puede tener algunas limitaciones o desventajas dadas principalmente por la compra e instalación de estos equipos, el costo y mantenimiento de la conectividad y el ancho de banda del internet que puede presentar problemas en la calidad del audio y del video de la teleatención. Esta también se puede ver limitada por otras razones de carácter administrativo, como los consentimientos informados (no siempre pueden ser firmados o no se

cuenta con el formato adaptado para la virtualidad), la protección de la privacidad de los usuarios entre otros (Mashima y Doarn, 2008). Algunas de estas desventajas no se dan en el contexto nacional, ya que por ejemplo el acceso a equipos como teléfonos celulares inteligentes (*smart phones*) está bastante masificado en el país, aunque sí se manifiestan las desventajas del acceso a internet por lo costoso del servicio y la inestabilidad de la conectividad por parte de las empresas proveedoras.

En el ámbito del adulto y adulto mayor es necesario considerar la experiencia que tenga el sujeto con los elementos tecnológicos. Es frecuente que los adultos mayores tengan menos experiencia que los jóvenes en el uso de dispositivos y, dado que muchas veces el aprendizaje del manejo de estos es tardío en su historia de vida, hay muchos elementos que se dejan de usar por falta de conocimiento en su aplicación práctica. Con respecto al *setting* terapéutico, recordemos que se trata de una relación peculiar de naturaleza transferencial y, en este espacio, es donde se actúa sobre el lenguaje y el psiquismo del paciente a partir del cual se exponen los síntomas y se modifican los sentidos implicados en la sintomatología. Esto es explicado ampliamente por Cunha (2002), haciendo referencia a los encuentros terapéuticos cara a cara. En este punto, cabe preguntarse entonces si la dinámica virtual afectará a este espacio. Al respecto Blaber (2007), comenta que la virtualización afecta el campo transferencial, pues con el uso de internet pueden ocurrir variaciones en el proceso transferencial o la desfiguración de él, sino se logra, por ejemplo, delimitar claramente los roles, las reglas, los límites y relaciones de compromiso, lo que obviamente debe definirse en el contrato terapéutico.

La creación de un espacio terapéutico virtual podría pensarse como un espacio carente de los beneficios de los contactos cara a cara, sin embargo, la interacción sincrónica tiene un efecto positivo en el logro de los objetivos y en los resultados de la teleatención en salud. Para muchos adultos mayores actualmente en confinamiento, es sumamente enriquecedor acceder a la teleatención sincrónica para interactuar cara a cara con su terapeuta y/o compañeros de taller. En esta modalidad hay comunicación directa, se puede consultar al usuario como se está sintiendo, acogerlo de cierta forma, aunque sea a la distancia. En la atención de infanto-juvenil, el vínculo, la relación e intercambio entre el terapeuta y el niño/adolescente-usuario- paciente se puede lograr perfectamente bajo el modelo sincrónico en el esquema de la telemedicina, ya que se considera que el escenario se basa en una relación terapéutica viva, donde el cuidado y la atención con el otro están presentes, en un ambiente de acogida y crecimiento humano. Es decir, el espacio que potencia al sujeto y su lenguaje se establece a partir de la forma en que se estructura la relación terapéutica, (Magalhaes y Magalhaes, 2002) más allá de que la interacción se de en un espacio físico cercano o distante a través de una pantalla.

Si bien la relación virtual podrá ser un espacio de vínculo acogedor y humano, las interacciones siempre serán diferentes a las presenciales, esto significa que será necesario aplicar otras estrategias para mantener la motivación y el compromiso con las sesiones terapéuticas. Los recursos que se pueden utilizar para el buen mantenimiento de la relación virtual y

mantener la motivación, podrían incluir el contacto frecuente por mail con información precisa, clara y pertinente (recordatorios, aviso de cancelación de una sesión, resolución de dudas, etc), la creación de pequeñas cápsulas informativas, la puntualidad al inicio y cierre de cada sesión, uso de animaciones (no infantilizadas en el caso de atención a adultos) y el uso de dinámicas de interacción lúdicas (para adultos y niños) que buscan generar satisfacción y emociones positivas.

Cabe preguntarse si las características propias de la virtualidad afectan o impiden la relación de confianza. En algunos usuarios sí, especialmente los que tienen comorbilidad a su dificultad de la comunicación o del lenguaje como déficit atencional y/o hiperactividad. Esto significa que el manejo a través de la pantalla de aspectos conductuales y motivacionales va a ser más complejo. En estos casos, se recomienda utilizar algunas estrategias, tales como: (1) realizar una primera sesión de evaluación o algunas sesiones de control en forma presencial, (2) también asegurarse de que los usuarios tengan una aceptación del dispositivo tecnológico, que tengan un nivel de atención o atención sostenida adecuado; (3) contar con co-terapeuta comprometido en la sesión virtual será aún más necesario que en lo presencial, ya que se debe delegar el manejo conductual; (4) la duración de las sesiones debe ser acorde a la edad del usuario, para evitar el cansancio y fatiga; (5) se debe preparar el ambiente con anterioridad a la conexión sincrónica, evitando distractores (televisión encendida, música, etc.); (6) elegir un horario de atención adecuado para el usuario, evitando interrumpir horarios de comidas o siestas en que la disposición al trabajo no será óptima; (7) entregar refuerzos positivos constantes y considerar sus gustos e intereses en la selección de los materiales; (8) seleccionar el momento más apropiado para cerrar la sesión para así generar imágenes positivas de la experiencia virtual vivida.

2.3.2. REFLEXIONES FINALES

La elaboración del *setting* terapéutico resulta clave para el desarrollo de intervenciones fonoaudiológicas. Incluye aspectos éticos, teóricos, técnicos y humanos que deben ser considerados y manejados apropiadamente para ayudar al éxito de la terapia. El sustento teórico-filosófico del *setting* fonoaudiológico tiene su fuente en la psicología freudiana, principalmente, y su historia corre en el curso del desarrollo de las concepciones globales de la atención en salud y en educación. La fonoaudiología en Chile debe continuar desarrollando sus propias líneas de análisis para sustentar su propia acción y sus propios encuadres.

En relación al *setting* terapéutico fonoaudiológico en la atención del adulto y adulto mayor en la clínica de la cognición, habla y el lenguaje, mencionaremos que este concepto hace referencia a un ámbito complejo que requiere reflexión y análisis. La puesta en escena de la acción fonoaudiológica incluirá aspectos técnicos e incluso tecnológicos que van desde el mobiliario simple al uso de dispositivos tecnológicos avanzados. La adecuada puesta en escena influirá en las representaciones simbólicas, tanto del terapeuta como de la persona que se atiende, por lo que es

necesario revisar los modos de uso de cada uno de los materiales. Sin embargo, el énfasis siempre estará en la capacidad de construir un espacio humano en donde exista una relación interpersonal si bien asimétrica, pero compasiva y respetuosa, en donde las transformaciones de los sentidos ayudarán al proceso de reelaboración de su condición de salud, apelando a mejorar la calidad de vida de la persona-usuario-paciente.

Se destaca el espacio intersubjetivo como un espacio terapéutico que debe estar regulado para quienes participan en él. El terapeuta es quien ayuda, contiene, aconseja, asesora y guía al sujeto y a la familia en la búsqueda de mejorar su condición comunicativa, mientras que el consultante es quien recibe, no de manera pasiva, la ayuda y co-construye junto a su terapeuta, las nuevas formas de elaboración de su actividad comunicativa. Para ello es importante resaltar la asimetría de la relación que ayuda a proteger a los participantes de salirse de la realidad y permite el desarrollo de la terapia. Esta asimetría no significa inflexibilidad, es decir, se debe ser lo suficientemente flexible para hacer del proceso una experiencia humana. El terapeuta entrega algo de sí en la relación y la persona-paciente-usuario también; ambos aprenden, ambos se transforman.

Se ha dicho que el vínculo entre terapeuta/paciente es esencial para el desarrollo y éxito de las intervenciones fonoaudiológicas que tradicionalmente se han realizado en contextos presenciales. Con la contingencia del COVID- 19, las atenciones de salud se comenzaron a realizar de manera remota en forma más masiva y las atenciones fonoaudiológicas no fueron la excepción. El cambio de modalidad modifica la relación terapéutica, en donde ya no es posible tocar, oler, observar ni manejar algunas conductas que son fácilmente observables y manejables en la presencialidad. No obstante, al hacer las adaptaciones, especialmente técnicas, es posible llevar a cabo los procedimientos fonoaudiológicos. Y, más allá de este tipo de adaptaciones, cuando un adecuado vínculo se genera entre el terapeuta y el consultante, la terapia puede ser perfectamente enriquecedora para cada uno de los participantes. Cabe mencionar que en las atenciones virtuales los acompañantes son muy importantes, tanto para los adultos que no se manejan con la tecnología o son dependientes, como para los niños que deben estar acompañados siempre durante sus atenciones.

Para cerrar este breve acercamiento al *setting* terapéutico en fonoaudiología, es posible afirmar que abarca variadas aristas, como se pudo apreciar a lo largo del capítulo. Esta temática difícil de abordar está ligada al perfil, al rol, a la identidad y a la ética del profesional fonoaudiólogo. Como en tantos otros temas relacionados con esta disciplina, y como se puede apreciar en las referencias, no se encontraron publicaciones de investigaciones sobre *setting* terapéutico fonoaudiológico en Chile. Desplegamos entonces, la invitación a los colegas investigadores en fonoaudiología para darnos antecedentes locales sobre esta temática.

2.3.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blaber, C.V. (2007). Ambientes Virtuais, escrita e clínica fonoaudiológica. Maestrado en fonoaudiología. Pontificia Universidades Católica de São Paulo, PUC-SP. São Paulo.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med. Clin. (Barc)*, 119(5):175-9
- Bustos, R. (1998) Las Enfermedades de la Medicina. Ediciones Chile América, CESOC, Santiago, Chile.
- Cabré, V. y Mercadal, J. (2016). Sicitoterapia on line: Escenario virtual para una relación real en el espacio intermediario. *Clínica e Investigación Relacional CelR, Revista electrónica de psicoterapia*, 10(2) <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100206>
- Cardoso, F. (2009). Coletivo de cuidados e o *setting* terapêutico en la clínica fonoaudiológica. Maestrado em fonoauíologia. Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.
- Cason, Jana. Cohn, Ellen R. (2014). Telepractice: An Overview and Best Practices. Spalding University, Louisville, KY, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA Downloaded From: <http://sig12perspectives.pubs.asha.org/> by a University College London User on 10/11/2016 Terms of Use: http://pubs.asha.org/ss/rights_and_permissions.aspx
- Castillo-Parra, S., Bacigalupo Araya, J.F., García Vallejos, G., Lorca Nachar, A., Aspee Lepe, P., y Gortari Madrid, P. (2020). Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formacion de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 26, 2. Epub 27 de enero de 2020. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532020000100202>
- Campos GWS. (2005) Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface Comun Saúde Educ.*;9(17):398-400.
- Colegio de fonoaudiólogos de Chile A.G. (2020). Condiciones de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas de educación en contexto Covid-19. Recuperado de www.colfono.cl
- Cruz, C. (2016) El rol de las emociones en el trabajo terapéutico desde el modelo centrado en las soluciones. Centro Sol, Instituto terapia centrada en soluciones Latinoamérica. Recuperado de <https://www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/El-Rol-de-las-Emociones-en-el-Trabajo-Terapéutico-con-TBCS.pdf>
- Cunha, M.C. (2002). O setting fonoaudiológico: a que será (e não será) que se destina? *Distúrbios da comunicação*, São Paulo; 13(2):323-333
- De Lima, R. y Yu Shon Chun, R. (2011). O setting terapêutico na clínica de linguagem: estudo de caso de uma adolescente. Pesquisa de iniciação científica – auxílio pibic/cnpq graduação em fonoaudiologia, faculdade de ciências médicas, universidade estadual de campinas.
- Elizondo, A.; Rodríguez, J.; y Rodríguez, I. (20018) La importancia de la emoción en el aprendizaje. *Revista de Didácticas Específicas*, 19: 37-42 ISSN: 1989-5240.

- Fernández, A. y De León, M. (2008). Habilidades Terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1):34-45.
- Goulart, BNG de, y Chiari, BMGou. (2007). Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4), 335-340. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000400014>
- Heres, J. y Peña-Casanova, J. (1982). Ejercicios para la rehabilitación de la afasia de Wernicke. *Rev. Logop. Fonoaud.*, 1(3):167-179.
- Kirschner, Mariana (2017). Limites y estructura en Arteterapia y su importancia para el setting terapéutico. Metafora, recuperado en https://www.academia.edu/38465314/EL_SETTING_pdf
- Lázaro, J., & Gracia, D.. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3), 7-17. Recuperado en 07 de mayo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&tlng=es.
- Machado y Silva, (2012). Revisitando a teoria do *setting* terapéutico. *O portal dos psicólogos*.
- Mashima, D. y Charles R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. © Mary ann liebert, inc. • vol. 14 no. 10 • December 2008 telemedicine and e-health
- Magalnaes, H.V. y Magalnaes, S. (2002). O setting: estudo de caso de atendimento fonoaudiológico domiciliar. *Distúrbios da Comunicação, São Paulo*, 14(1):121-136
- Magalhaes, L.A. (2007). O atendimento fonoaudiológico nas disfagias: do corpo-objeto ao corpos dos afetos. *Dicertacao* (Maestrado em Fonoaudiologia). PUC-SP, Sao Paulo.
- Maurício S., Neubern. (2010). O terapeuta e o contrato terapêutico: em busca de possibilidades. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 882-897. Recuperado em 12 de maro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300015&lng=pt&tlng=pt.
- Ministerio de Educación; MINEDUC (2005). Subsecretaría de educación, ord: nº:0061019-04-05 del decreto exento de educación nº 1300/02. Chile,
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2018). Programa Nacional de Telesalud en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Muena, C. (2007). El Paradigma Biomédico y la Formación de Pre-grado de los Estudiantes de Medicina de las Universidades Chilenas. Tesis. Departamento de sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

- Ortiz-Quezada, F. (2001). Modelos Médicos. Editorial McGraw Hill, México.
- Rodríguez, P. y Rodríguez, L. (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr*;15(4):409-14.
- Tapia, S.; Espinoza, F.; Herrera, P. y Venegas, D. (2016). Caracterización de fonoaudiólogos/as insertos/as en Centros Comunitarios de Rehabilitación. *Revista Chilena de Fonoaudiología* * ISSN 0719-4692 * Volumen 15, 2016, pp 1-13.
- Wales, D.; Skinner, L. y Hayman, M. (2017). The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: a systematic review. *School of health, medical and applied sciences, central queensland university, rockhampton qld, australia International journal of Telerehabilitation* vol. 9 no. 1 spring 2017 • (10.5195/ijt.2017.6219)

Estrategias de planificación a lo largo del curso de la vida

JESSICA PACHECO-SAAVEDRA
SEBASTIÁN BELLO-LEPE

2.4.1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones posibles en las distintas áreas de la fonoaudiología son diversas en cuanto al diagnóstico, gravedad de éste, origen primario o secundario, periodo evolutivo en que ocurren y las características propias de la persona que las presenta (por ejemplo: coeficiente intelectual, capacidades comunicativas, comorbilidad, intereses, etc.). Más aún, los distintos contextos en el cual una persona se desenvuelve hacen que estos factores se traduzcan en un sinnúmero de escenarios posibles. Al existir tantas variables a considerar, se hace complejo el proceso de planificar la intervención, lo cual dificulta principalmente a los terapeutas con menos experiencia.

Planificar la intervención fonoaudiológica es una acción necesaria en la labor profesional, sin embargo, es una instancia compleja que lleva consigo la toma de decisiones más adecuadas para cada caso, por tanto, requiere análisis y reflexión. Es una de las tareas que más interrogantes genera al terapeuta, debido a que no existe un método único que funcione siempre para cada caso. Para comenzar la planificación, Cardona (2013), plantea que se debe responder a tres interrogantes: ¿a quién va dirigida la intervención?, ¿para qué?, ¿cómo se interviene?, preguntas que podrían parecer simples, pero sus respuestas ameritan el análisis y reflexión del profesional, por lo que se hace difícil y requiere tiempo.

Es así como también surgen elementos propios del esquema cognitivo y habilidades metacognitivas del terapeuta, necesarios de ser desarrollados para una mirada global del proceso terapéutico. Surgen entonces algunas interrogantes como: ¿la intervención debiese seguir un proceso inductivo o deductivo?, al tomar una decisión, ¿cómo asigno un valor al *outcome* que se busca con la terapia? Estas no son las únicas interrogantes que debe resolver el terapeuta. Una vez que se recibe un caso para intervenir, surgen otras dudas que llevan a un cuestionamiento profundo sobre el proceso anterior que fue ejecutado por otro profesional o habitualmente por el mismo terapeuta: la evaluación. Algunas preguntas podrían ser: ¿el caso fue evaluado de forma adecuada?, ¿tengo información suficiente para plantear una intervención?, ¿conozco las reales necesidades del caso?, ¿el proceso de evaluación respondió a una hipótesis diagnóstica?

Las respuestas a estas preguntas facilitan la toma de decisiones en la planificación de la intervención, sin embargo, aparecen nuevas reflexiones sobre el proceso, las que en variadas ocasiones son temas de discusión en análisis de casos. Por ejemplo: ¿los lineamientos generales

de intervención tienen un fundamento teórico? ¿Debe ser experto en el diagnóstico determinado el terapeuta para hacer una adecuada intervención? ¿Por qué no es posible repetir métodos y estrategias en casos con mismo diagnóstico? ¿El acompañamiento del terapeuta será para siempre en los casos más complejos?.

A lo largo de este capítulo se dará respuesta a algunas de estas interrogantes, se propondrán modelos y plantearán desafíos en relación a la planificación de la intervención fonoaudiológica. Todo en relación con la revisión de bibliografía existente sobre esta temática, sumado al análisis y reflexión de la experiencia profesional de los autores. Como finalidad, se buscará establecer marcos de referencia para la planificación terapéutica, pero por sobre todo, asentar bases para la crítica y discusión sobre este proceso. La estandarización de la planificación en intervención fonoaudiológica no solo busca mejorar los procesos terapéuticos y de enseñanza-aprendizaje, sino también entregar argumentos que permitan consolidar los cimientos de la profesión.

2.4.2. MARCO CONCEPTUAL PARA LA INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Cuando se pretende planificar una intervención fonoaudiológica, inmediatamente se piensa en un formato que ayude a llevarla al papel de manera práctica. Incluso para quienes se dedican a la docencia, esto debe ser fácilmente identificado, debido a que esta es una de las peticiones más comunes que realizan los diversos estudiantes en las cátedras o procesos prácticos, un formato para planificar. No obstante, antes de escribir los objetivos de la intervención, se debe realizar el análisis para decidir qué es lo que se pretende lograr en beneficio del usuario.

Este proceso complejo se puede simplificar al tener una perspectiva definida al momento de intervenir. Para ello se han considerado relevantes las diversas teorías que intentan explicar la adquisición del lenguaje, las que han asentado las bases para los diversos procedimientos en la terapia fonoaudiológica. Cardona (2013), realiza un resumen sobre el rol que toma el profesional, considerando los diversos enfoques (conductista, psicolingüístico, semántico-cognitivo y pragmático), los que han aportado al rol de fonoaudiólogo en la intervención, con sus limitaciones y contribuciones. Incluso Vilaseca (2014), señala que de acuerdo a las teorías de adquisición del lenguaje se entendía el papel del fonoaudiólogo en las terapias de diferentes modos, por ejemplo: como un entrenador de musculatura de las estructuras estomatognáticas o como un reorganizador del entorno.

Hay diversos autores que han publicado sobre los enfoques adoptados por el profesional o los modelos en que se basa su intervención, métodos funcionales o formales, teniendo una perspectiva más natural o estructurada del lenguaje y la interacción. Siguiendo perspectivas centradas en el sujeto o en el experto, enfocándose muchas veces solo en la triada de forma, contenido y uso del lenguaje. No podemos señalar que esta visión sea errada, pero en la actualidad es una forma sesgada de apreciar el lenguaje, pues no se puede apartar esta capacidad humana de las otras habilidades, de la interacción diaria que se tiene en los diversos contextos, intereses y necesidades en la vida cotidiana.

Es importante considerar que el objetivo principal de la intervención fonoaudiológica es mejorar la capacidad comunicativa del paciente a través de la generalización de los esquemas aprendidos (Peña-Casanova et al, 2014). Sin embargo, el trabajo interdisciplinario que existe en el presente ha permitido dar énfasis a otros aspectos al momento de intervenir en el lenguaje y comunicación del ser humano. Para ello, se tomará como referente un modelo biopsicosocial, específicamente la perspectiva utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001). La CIF establece un modelo para describir el funcionamiento y la discapacidad, entendiendo la intervención como un proceso dinámico e interactivo. Los puntos principales del modelo son expuestos en el siguiente esquema (Fig.8):

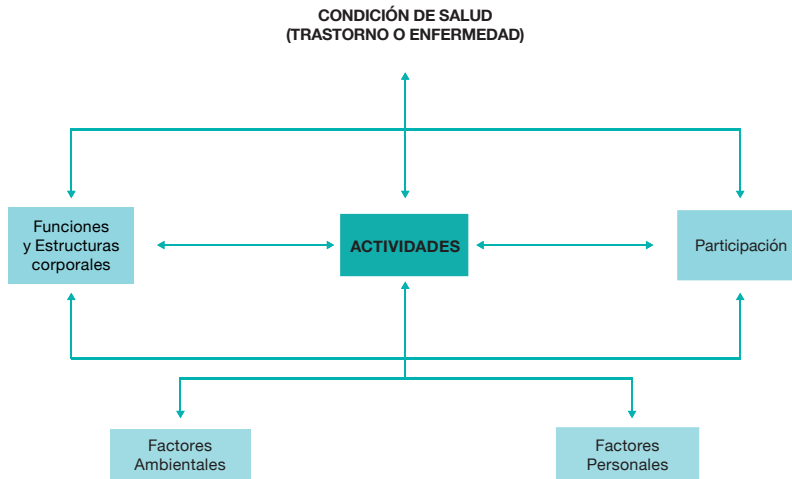


Figura 8. Interacciones de los componentes de la CIF. Adaptado de ‘Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)’ por Organización Mundial de la Salud, 2001, p.21.

Así, la CIF plantea una interacción constante entre la condición de salud, elementos intrínsecos del individuo y factores extrínsecos. Un punto que resalta este modelo es que, al ser un proceso dinámico, las alteraciones en un nivel no necesariamente implican limitaciones en todos los niveles. Por ejemplo, una restricción a nivel de estructura puede no afectar la participación de ese individuo en la sociedad, así como dificultades a nivel de participación no siempre tienen de base alteraciones funcionales o de estructura.

Desde el punto de vista fonoaudiológico, es importante entender cómo las bases neuroanatómicas, estudios lingüísticos, neurolingüísticos, neuropsicológicos y psicosociales se enmarcan dentro de cada nivel. Así, a nivel de estructura nos encontramos, a modo de ejemplo, con las siguientes bases teóricas:

1. Anatomía y fisiología del sistema de procesamiento lingüístico, del habla, auditivo, motricidad oral, voz y deglución.
2. Modelos clínicos del lenguaje como el de Norman Geschwind (1965, 1970).
3. Modelos neurolingüísticos como el de Angela Friederici (2002, 2011, 2012) o el de Gregory Hickok y David Poeppel (2004, 2007).
4. Modelos lingüísticos y psicolingüísticos específicos en comunicación, como el de Noam Chomsky (1957, 1964, 1965, 1995) para sintaxis y gramática o el de Kathryn Bock y Willem J.M. Levelt (1994) sobre producción léxica.
5. Modelos de procesamiento auditivo central como el de Dennis McFarland y Anthony Cacace (2009).

A nivel de actividad, la identificación de modelos teóricos debiese enfocarse en habilidades comunicativas y de alimentación. Se pueden considerar los siguientes ejemplos:

1. Habilidades comunicativas básicas, intermedias y avanzadas.
2. Habilidades de alimentación.

Los modelos conceptuales involucrados en el nivel de participación escapan a lo estrictamente disciplinar, al implicar elementos sociales y comunitarios. Así, algunas bases que debiesen considerarse en este nivel serían las siguientes:

1. Modelos de calidad de vida.
2. Modelos de participación comunitaria.

Los factores ambientales implican elementos externos que influyen en la condición de la persona, como la sociedad, arquitectura del entorno o leyes. Los factores personales involucran antecedentes autobiográficos de la persona, como sexo, género, etnia, estilo de afrontamiento, personalidad y características psicológicas (OMS, 2001).

Los puntos anteriores son ejemplos de qué bases conceptuales debiese manejar un fonoaudiólogo al momento de implementar una intervención basada en la CIF. Sin lugar a dudas, existen muchos más modelos por cada nivel, pero es ahí donde el fonoaudiólogo debe indagar y decidir qué base teórica se ajusta con su esquema cognitivo y necesidades de la persona con quien trabaja. Al revisar la literatura, podemos darnos cuenta de que existen variados planteamientos hipotéticos sobre la comunicación a nivel de estructura. No obstante, a nivel de actividad y participación pareciera que la diversidad de bases teóricas no abunda. En el plano de la actividad, urge mayor investigación y planteamientos de teorías que permitan ampliar el abanico de elementos a considerar en este nivel. Con respecto a la participación, es mandatorio estudiar cómo las dificultades en comunicación y/o deglución afectan el desempeño de un individuo en la sociedad. Si bien existen estudios con respecto a este punto (Howe, 2008; O'Halloran & Larkins, 2008), las realidades internacionales difieren del contexto nacional y es, precisamente este nivel, el que se ve más influenciado por los factores ambientales donde el sujeto se desempeña.

Tener conocimiento sobre cómo se ajustan las diversas teorías de comunicación y alimentación en la estructura CIF es fundamental para dos propósitos. Primero, permite una evaluación de todos los niveles. Uno de los errores que generalmente se comete en la clínica es evaluar con muchos instrumentos, pero todos enfocados en un solo nivel. Al entender cómo diversas pruebas pueden evaluar distintos niveles, el alcance de la evaluación se amplía, recabando mejor información para planificar una intervención. Segundo, tener claridad sobre los modelos que se ajustan a cada nivel le da un cimiento teórico a las actividades que queremos realizar en nuestro plan de tratamiento. Tareas sustentadas en la teoría nos permiten ajustarlas con conocimiento de base y no meramente intuición. Así, es más fácil la realización de estudios clínicos sobre métodos de intervención, la generalización de actividades y el fortalecimiento de los enfoques terapéuticos para cada persona.

En síntesis, la intervención fonoaudiológica basada en el modelo CIF entrega beneficios tanto para el usuario, el fonoaudiólogo y la profesión. A nivel de usuario, permite enriquecer su proceso terapéutico al ser consideradas más dimensiones durante su habilitación/rehabilitación. Para el fonoaudiólogo, contar con una estructura amplia como la CIF le entrega herramientas que faciliten el desarrollo de planes y actividades de intervención, así como la mejora de procesos de evaluación. Para la profesión, tener un esquema base permite la generación de evidencia y una mayor fluidez en la comunicación con otros profesionales, lo que podría aportar con datos para posibles investigaciones sobre la temática y/o la mejora directa de su propia praxis.

2.4.3. LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA, COMO PROCESOS MANCOMUNADOS

Tanto la evaluación como la intervención son tareas que debe realizar el fonoaudiólogo en su quehacer diario. Parecen ser eventos que corresponden a una secuencia lógica, primero se evalúa al usuario y luego se interviene. Pero, ¿realmente las evaluaciones que se realizan aportan a las decisiones que se deben tomar para la intervención? Se plantea como perspectiva referencial para la intervención lo propuesto por la CIF, entonces aparece una preocupación para el terapeuta, debido a que debería haber sido considerado cada uno de los aspectos que se señalan en ese modelo. ¿Existen instrumentos de evaluación que consideren todos estos puntos?

Lamentablemente, es un problema que aún no tiene una solución generalizada. Mientras no existan instrumentos de evaluación en el área fonoaudiológica que evidencien las barreras o facilitadores en los aspectos de actividad y participación, se deberá recurrir a la experiencia del profesional. Solo el fonoaudiólogo que lleva tiempo en el ejercicio de su profesión busca de manera permanente mayor información en los resultados de una evaluación, sin embargo, lo realiza de manera intuitiva y subjetiva. Los instrumentos que se utilizan en la evaluación se basan principalmente en la detección de alteraciones en la función y estructura corporal, o en la estructura formal del lenguaje, pero queda a criterio profesional la detección de su funcionalidad social. Además, muchos de los instrumentos utilizados a nivel de estructura no se encuentran debidamente validados en la población chilena. Esta situación ocasiona que el terapeuta deba realizar un complemento de la evaluación ya realizada, para comprender cómo la alteración fonoaudiológica afecta la participación del usuario en el día a día.

La precariedad y falta de instrumentos fonoaudiológicos con propiedades psicométricas chilenas impacta en un aspecto crucial de la diada evaluación/intervención: los *outcomes* o resultados de la intervención. La evaluación de los *outcomes* es un proceso que de por sí es difícil, incluso en países desarrollados en esta materia. En el Reino Unido, un problema con los *outcomes* a nivel de participación ha sido que, a medida que los usuarios mejoran durante la terapia, sus habilidades metacognitivas sobre su condición mejoran, llevándolos a tener una autopercepción

negativa de su calidad de vida en comparación al inicio del tratamiento. Para mitigar esto, el *Royal College of Speech and Language Therapists* del Reino Unido ha desarrollado una unidad de medición de *outcomes*. Cada fonoaudiólogo debe informar cuáles han sido los resultados de sus intervenciones en comunicación y deglución. Esto les permite sistematizar los datos e investigar sobre cuáles son los métodos y tratamientos que presentan los mejores resultados según distintas alteraciones.

La experiencia del Reino Unido debería orientarnos sobre cómo mejoramos nuestros *outcomes* de intervención, con una adaptación a nuestra cultura y realidad local. Primero, debemos enfocarnos en validar los instrumentos que utilizamos en nuestro quehacer profesional. Luego, establecer plataformas que permitan la comparación de nuestros resultados entre fonoaudiólogos, con el fin de retroalimentar y ajustar la experiencia interventiva con sustento en lo teórico y en datos. Esto requiere un esfuerzo colaborativo a largo plazo de la comunidad fonoaudiológica y un compromiso con la investigación en beneficio de nuestra disciplina. Ahora bien, cada vez son más los fonoaudiólogos que forman parte de diversos equipos multi e interdisciplinarios. Esto debería disminuir la falencia que se tiene en los instrumentos de evaluación, ya que cada uno de ellos podrá aportar desde su perspectiva las fortalezas y debilidades que presente el usuario. Entonces, se sugiere que las instancias de trabajo en equipo se fortalezcan y se aprovechen al máximo en la búsqueda de mejoras para el usuario y el enriquecimiento de la experiencia profesional. Por lo tanto, desde ya estas experiencias deberían sistematizarse para trabajar en la creación y validación de instrumentos enmarcados en nuestra sociedad.

Esta creación de evidencia también nos permitirá delimitar nuestras funciones dentro de un equipo de rehabilitación. Por ejemplo, como fonoaudiólogos sabemos lo importante que es la atención o funciones ejecutivas para la comunicación. Su evaluación es fundamental, no obstante, está orientada a la comunicación y en ningún caso viene a reemplazar la labor que realiza el neuropsicólogo. Datos como la personalidad y ocupación del usuario forman parte de la información que debemos manejar para planificar una intervención, pero orientado a la comunicación. En ningún caso vendrá a reemplazar la función del psicólogo o el terapeuta ocupacional. Tener claridad de esto permite una interacción más fluida con el equipo de rehabilitación y con ello se podrá realizar un informe completo de las habilidades y necesidades que presenta el caso, considerando su contexto e intereses personales.

En este mismo punto se debe señalar la importancia de la familia y/o cuidadores de los diferentes casos, debido a que son ellos quienes podrán aportar información sobre los factores ambientales y personales, ya sea a modo de complemento o de la entrega total de los datos en algunos casos. Así, teniendo el modelo CIF de referencia, sabremos si, por ejemplo, una disfunción familiar provoca una barrera comunicativa (factor ambiental) o alteraciones psicológicas (factores personales) en el proceso de habilitación/rehabilitación. Esto facilita el trabajo en conjunto con otros profesionales (en este caso, psicólogos). Concretamente, se puede tomar como ejemplo una evaluación e intervención basada en el modelo de la CIF

a la información solicitada para que un niño o niña sea beneficiario de la subvención en escuelas especiales o programas de integración escolar en Chile. En este caso se pide una evaluación sistémica en el que se establezcan fortalezas, dificultades y factores del contexto de cada estudiante (Art. 4 y 53, Dec. N°170, 2010) para determinar el diagnóstico. En este caso, el fonoaudiólogo debe hacer el análisis desde sus áreas de competencia y determinar cómo el contexto afecta o favorece el desempeño lingüístico y/o comunicativo del estudiante. Por su parte, los demás profesionales harán el análisis desde sus propias disciplinas respecto a las funciones y estructuras, actividades y participación, lo que permitirá detectar las necesidades reales del caso. Con esta información se completan los documentos que piden datos relacionados a todos los niveles del modelo, con la finalidad de evidenciar las necesidades educativas especiales que presente el educando y establecer los apoyos que se deberán entregar durante la intervención que se proponga.

Por último, se debe destacar que la diada evaluación/intervención es un proceso asiduo y dinámico. Si bien dentro de nuestra planificación contamos con espacios de evaluación formal, en nuestro quehacer profesional diario constantemente evaluamos para obtener retroalimentación de lo que estamos ejecutando. Fortalecer nuestros instrumentos y mecanismos de evaluación no solo impactará en una mayor precisión diagnóstica, sino también permitirá ajustar nuestros tratamientos y compartir de manera precisa los resultados de intervención. De esta manera, la generación de evidencia parte por una sistematización de datos con respaldo teórico y empírico y ha sido una tarea que, actualmente, se encuentra desarrollada de manera incipiente y sobre la cual se debe poner mayor énfasis, ya que se vuelve imperativo consensuar aspectos en estas áreas a nivel nacional.



Figura 9. Interacciones de componentes involucrados en los procesos de evaluación e intervención. Elaboración propia.

Habilidades del clínico para preparar un buen plan de intervención

Las habilidades que debiese tener un fonoaudiólogo al momento de planificar e implementar una intervención se enmarcan dentro del concepto de razonamiento clínico. Trowbridge, Rencic y Durning (2015), definen el razonamiento clínico como pensamiento dependiente del contexto, donde el profesional toma decisiones para guiar acciones terapéuticas. Si bien suelen ser tomados como sinónimos, el razonamiento clínico considera el proceso general de pensamiento en la práctica, mientras que las decisiones clínicas se concentran en los resultados de este proceso (Higgs & Jensen, 2019).

En los últimos años, el razonamiento clínico se ha movido desde un set de capacidades a ser considerado una capacidad en sí misma. Así, Ginsberg, Fringer y Visconti (2016), distinguen cuatro componentes jerárquicos en el proceso de pensamiento clínico de profesionales experimentados (Fig. 10). Si bien los autores destacan este proceso como relevante para la evaluación, sus bases influyen directamente en la planificación terapéutica.



Figura 10. Componentes jerárquicos en el proceso de pensamiento clínico de profesionales experimentados. Adaptado de 'Diagnostic Reasoning by Experienced Speech-Language Pathologists and Student Clinicians' por Ginsberg, Friberg, y Visconti, 2019, p.89.

La experiencia y el conocimiento suponen la base del razonamiento clínico. Un fonoaudiólogo debiese conocer las bases neurofisiológicas y teóricas de la comunicación y alimentación, así como también métodos de evaluación y tratamiento. Para elaborar un plan de intervención no será suficiente con tener muchos estudios sobre la clasificación diagnóstica que presente el usuario, ya que como se ha señalado anteriormente, no existen casos iguales entre sí, aunque tengan el mismo diagnóstico fonoaudiológico. Estar informado y actualizado sobre las diversas patologías es relevante para poder conocer los avances de la disciplina y así poder tomar las mejores decisiones, siempre teniendo como objetivo ayudar al usuario con sus necesidades e intereses.

Esta base teórica se refuerza con la experiencia del profesional ante diversas situaciones. Es así que surgen preguntas para el clínico como ¿cuántos casos similares he visto?, ¿cuáles han sido las características de los casos que he visto anteriormente?, ¿cómo ha sido la evolución de los casos que he visto?, ¿qué decisiones he tomado en casos similares a éste?, ¿cuáles han sido sus resultados? Estas interrogantes pueden resultar abrumadoras para profesionales que se encuentran en sus primeros años laborales. Para solventar esto, es imprescindible una formación práctica importante durante su formación general y la constante comunicación con profesionales que presentan mayor experiencia en su área de desempeño. Un esquema de mentorías entre profesionales experimentados y principiantes surge como una posibilidad ante estas situaciones.

Sobre la experiencia y el conocimiento se sitúan los prototipos. Acorde a Ginsberg, Fringer y Visconti (2016), los prototipos son la combinación del conocimiento y la experiencia dentro de un contexto específico. La familia cobra relevancia en este punto. Una comunicación permanente y eficiente con la familia del usuario, ayuda a mantenerlos informados y hacerlos parte del proceso, destacando que son los seres más cercanos y corresponden al entorno social al que pertenece el usuario. Ellos deben ser agentes activos durante el proceso de intervención y el terapeuta debe lograr integrarlos en esta tarea, sin delegar la responsabilidad que le corresponde al especialista. En todo el curso de la vida se debe considerar a la familia dentro del proceso, por ejemplo, en atención temprana esto se debe a la proximidad afectiva y la presencia cotidiana junto al niño (Haller et al, 2011).

El contexto también involucra la situación personal, socioeconómica y laboral del usuario. Una de las claves en un proceso terapéutico exitoso implica los factores ambientales y personales que interactúan con el usuario. Un requisito en este nivel será la empatía, pues un terapeuta debe ser capaz de entender al otro para tomar decisiones que lo favorezcan. Por ello no será suficiente con solo manejar la teoría sobre el diagnóstico. Los esquemas involucran la puesta en práctica de los prototipos, que son considerados modelos mentales para la evaluación e intervención de las personas y, además, son flexibles, lo que permite incorporar nueva información en el proceso. Una característica importante del terapeuta en este nivel es la flexibilidad para replantear objetivos y actividades en relación a los progresos y necesidades. Esto es válido para todo el curso de la vida, para ello deben conocerse las demandas de los usuarios y satisfacer sus necesidades (Haller et al, 2011), lo cual se debe obtener en el proceso de evaluación y reevaluación de cada caso.

Por último, las heurísticas corresponden a las estrategias de pensamiento dentro del ciclo de razonamiento clínico. Ante cada caso, tomando en cuenta los puntos anteriores, un fonoaudiólogo debiese establecer patrones de reconocimiento, identificando los aspectos estructurales, de actividad, de participación, ambientales y personales que interactúan con la situación del usuario. Ante espacios de incertidumbre sobre la realidad de la persona, el profesional debiera buscar clarificaciones o más información dentro de los niveles que considera vacíos de información. Por último, y en

conjunto con la persona, se toman las decisiones pertinentes a su proceso terapéutico. El terapeuta debe ser sincero con el usuario, tomando en cuenta las prioridades y necesidades que presenta y guiarlo a una correcta toma de decisiones, que idealmente debieran ser en conjunto. Incluso los niños y niñas pueden ser parte del proceso al explicitar el objetivo por el que asisten a las sesiones fonoaudiológicas, por lo que se debe dar el tiempo de conversar sobre sus intereses y sus necesidades, de esta forma se comprometen más en la intervención.

De acuerdo a Higgs (2019), las bases del razonamiento clínico para una adecuada toma de decisiones se sintetizan en:

- Generación y uso de conocimientos prácticos, capacidades de razonamiento y metacognición.
- Habilidades de reflexividad, generación de conocimiento a través de la práctica, aprendizaje continuo, narrativas construidas y conversaciones críticas y creativas.
- Evaluación crítica de las circunstancias y, cuando sea posible, intereses críticos en la promoción de la práctica.
- Creación e implementación de programas de atención de la salud particularizados y centrados en la persona.
- Cultura de conocimiento y cosmovisión, profesionalismo y códigos éticos de práctica.
- Base en la experiencia, hallazgos de investigación (cualitativos y cuantitativos), argumentos teóricos y teorizaciones de la experiencia profesional (Higgs, 2018).
- Incorpora juicio y toma de decisiones a nivel micro, macro y meta.
- Participación en equipos interdisciplinarios que involucran al usuario y familia.

Monfort et al (2014), señalan que un profesional con experiencia busca perspectivas que guíen sus decisiones y confirmen la efectividad de las metodologías que ha usado hasta el momento, pero no se dedica a buscar una receta para llevar a cabo. Se destaca que la empatía, la capacidad de generar confianza, habilidades sociales, creatividad, flexibilidad, entre otras, podrían influir en la efectividad de sus tratamientos. Incluso, sugieren que la calidad del terapeuta podría favorecer o desfavorecer ciertos métodos (Monfort et al, 2014). En síntesis, las habilidades que debe poseer un clínico para elaborar un plan de intervención involucran aspectos cognitivos, sociales y culturales. El enfoque CIF para la terapia entrega los marcos necesarios para el desarrollo de estas capacidades.

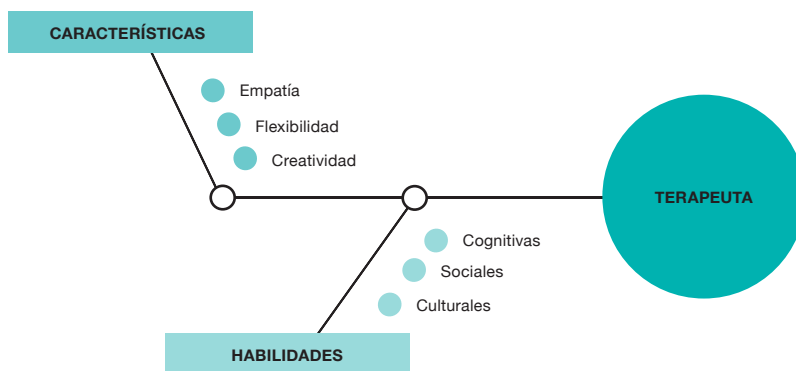


Figura 11. Resumen las características y habilidades que requiere un terapeuta para realizar un razonamiento clínico que le permita tomar decisiones terapéuticas acorde a las necesidades e intereses de los diferentes usuarios. Elaboración propia.

¿Cómo planifico mi intervención?

Una vez establecido el enfoque de intervención y los cimientos necesarios para llevarlo a cabo, podemos determinar los lineamientos generales para responder esta pregunta. Usualmente, la práctica clínica en intervención involucra la redacción del plan en base a objetivos generales y específicos. No obstante, como su propio encabezado lo indica, los objetivos generales tienden a plantear propósitos poco claros para el proceso terapéutico. Así, comúnmente podemos encontrar objetivos como “Mejorar el lenguaje comprensivo” o “Habilitar comunicación expresiva”. Dentro de los objetivos específicos, abundan los enunciados basados en la estructura, función o contenido a intervenir. Algunos ejemplos son “Trabajar habilidades metafonológicas para una mejor segmentación silábica” o “Mejorar comprensión de verbos”.

Aunque la finalidad de estas expresiones busca, sin lugar a dudas, mejorar la calidad de vida de la persona, su redacción implica una serie de dilemas. Primero, no son cuantificables, por tanto, no podemos establecer de forma realista cuántas sesiones necesitamos para alcanzar estos objetivos. Segundo, al no ser cuantificables, tampoco son medibles y no podemos contar con indicadores de progreso de la intervención. Tercero, no consideran el contexto y la persona, centrando la intervención únicamente en el déficit y dejando de lado aspectos que pueden ser relevantes al momento de intervenir. Por último, no consideran la inserción o reinserción social de la persona y así se convierten en objetivos que cumplen una función solo dentro de un contexto clínico determinado.

Una aproximación más certera con respecto al desarrollo de un plan de intervención es lo que se propone desde la rehabilitación neuropsicológica: el establecimiento de metas. La práctica de establecer metas para la intervención se considera una praxis fundamental en el proceso de habilitación o rehabilitación (Wade, 2009). Establecer una meta

en el proceso de intervención implica ventajas como cohesión del equipo interdisciplinario, simplicidad, medición de resultados, documentación de objetivos, enfoque en la persona y disminución de la distancia entre el contexto terapéutico y el social (McMillan & Sparkes, 1999). Así, bajo esta perspectiva, las metas serían los símiles a objetivos generales y específicos. Malec (1999), establece una serie de pasos para el proceso de establecimiento de una meta (Tabla 1).

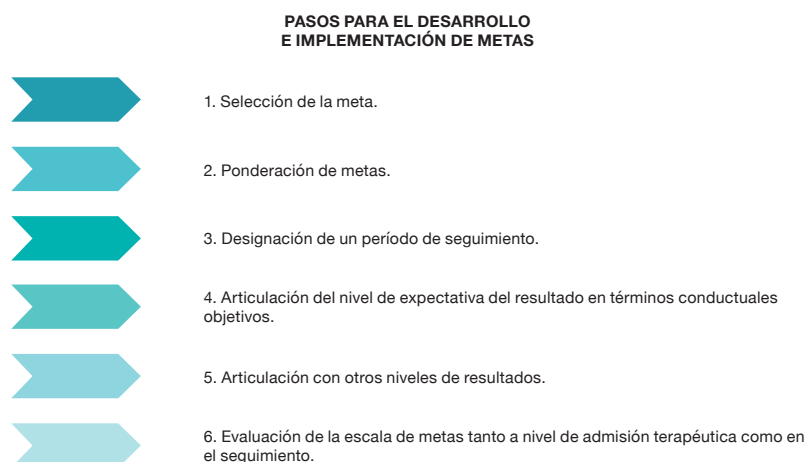


Tabla 1. Pasos para el desarrollo e implementación de metas. Adaptado ‘Goal Attainment Scaling in Rehabilitation’ por Malec, 1999, p.256.

Según McMillan y Sparkes (1999), la implementación de metas en el contexto terapéutico debe incluir los siguientes principios:

1. Establecer metas centradas en la persona.
2. Involucrar a la persona y su familia en el establecimiento de las metas.
3. Establecer metas que sean específicas y medibles.
4. Explicar el método usado en cada meta para la comprensión por parte de la familia, entorno y equipo interdisciplinario.
5. Determinar tiempos precisos como objetivos para alcanzar cada meta.

El establecimiento de una meta específica puede ser un proceso abrumador, tanto para la persona como para el usuario y su entorno. Para lidiar con esto, en rehabilitación neuropsicológica se usa el principio S.M.A.R.T.E.R. (Doran, 1981; Wade, 2009). Este acrónimo (en inglés) involucra conceptos visualizados a continuación (Tabla 2):

PALABRAS ASOCIADAS AL ACRÓNIMO S.M.A.R.T.E.R.	
S	Específico, significativo, extenso, estimulante, directo, propio, autogestionado, autocontrolado, estratégico, sensato.
M	Medible, significativo, motivador, manejable, magnético, mantenible, asignado a metas.
A	Acordado, alcanzable, aceptable, orientado a la acción, atribuible, procesable, apropiado, ambicioso, aspiracional, aceptado/aceptable, alineado, responsable, acordado, adaptado, como si fuera ahora.
R	Los recursos realistas, relevantes, razonables, gratificantes, orientados a resultados, adecuados, cuentan con recursos, están registrados, se pueden revisar, son sólidos y son relevantes para una meta.
T	Basado en el tiempo, oportuno, tangible, rastreable, táctico, rastreable hacia lo que desea.
E	Ético, emocionante, agradable, extenso, evaluado, atractivo, energizante.
R	Grabado, revisado, recompensado, realista, relevante, con recursos, basado en la investigación.

Tabla 2. Palabras asociadas al acrónimo S.M.A.R.T.E.R. Adaptado de ‘Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how’ por Wade, 2009, p.294.

Las metas planteadas entre el usuario, familia y terapeuta deben involucrar procesos de corto, mediano y largo plazo. Las metas de corto plazo son relevantes, ya que la visualización de resultados mejora el rendimiento y compromiso del usuario con su proceso terapéutico (Latham & Seijts, 1999). Cuáles serán metas de corto, mediano y largo plazo es parte del establecimiento inicial de una terapia. De acuerdo al progreso y resultados, estos aspectos temporales pueden ir variando y modificándose. El fin último de la terapia es asegurar la participación del usuario dentro de la sociedad, considerando todas sus características como individuo. En algunos casos, el establecimiento de la meta a largo plazo implica interacciones con profesionales de diversas áreas. Es fundamental que el fonoaudiólogo incorpore metas de corto y mediano plazo de carácter comunicativo o alimenticio a un objetivo de largo plazo, donde estos elementos conmutan con las metas de corto y mediano plazo de otras áreas. Estos elementos hacen del establecimiento de metas un proceso altamente interdisciplinario y participativo. Para concretizar el establecimiento de las metas les presentamos dos ejemplos, considerando distintas etapas del ciclo vital.

En el caso del trabajo en edad escolar, se expone el siguiente caso demostrativo: *niño de 7 años, estudiante de 1° básico, pertenece al Programa de Integración Escolar por presentar un Trastorno Específico del Lenguaje Mixto según el decreto correspondiente. Tiene adecuada intención comunicativa, pero es pasivo en la interacción; logra articular todos los fonemas del español; utiliza múltiples procesos fonológicos simplificación que dificultan la inteligibilidad; se evidencia léxico limitado, pero funcional,*

tanto en el ámbito comprensivo como expresivo; sus enunciados son simples y breves para su edad cronológica; presenta problemas en la conjugación verbal; dificultades para comprender oraciones subordinadas; en discurso narrativo sólo aglutina oraciones. Cursa por segunda vez el nivel educativo, debido a que no ha logrado aprender a leer y escribir, principales objetivos de aprendizaje del nivel. Tiene mucho interés por pasar de curso, pero siente que no podrá hacerlo porque no logra leer como sus compañeros. Se podrían establecer las siguientes metas (Fig. 12):

META A CORTO PLAZO: SEGMENTAR PALABRAS EN SÍLABAS	META A MEDIANO PLAZO: DESARROLLAR CONCIENCIA SILÁBICA	META A LARGO PLAZO: DESARROLLAR CONCIENCIA FONOLÓGICA
Estructura a Trabajar: Lenguaje (habilidades metafonológicas).	Estructura a Trabajar: Lenguaje (habilidades metafonológicas).	Estructura a Trabajar: Lenguaje (habilidades metafonológicas).
Apoyos: Imitación y/o uso de material concreto o aplausos.	Apoyos: Imitación, énfasis prosódico y/o uso de material concreto o aplausos.	Apoyos: Imitación, énfasis prosódico y/o uso de material concreto o aplausos.
Tiempo: 2 semanas, con 2 sesiones semanales.	Tiempo: 2 semanas, con 2 sesiones semanales.	* Debiendo eliminarse los apoyos para la generalización de la meta.
Indicador de éxito: Segmentar palabras en sílabas por sí solo.	Indicador de éxito: Segmentar palabras en sílabas identificar diferentes sílabas de una palabra, suprime o adiciona sílabas en una palabra por sí solo.	Tiempo: 5 meses, con 2 sesiones semanales.
		Indicador de éxito: Realiza tareas de conciencia léxica, silábica y fonámica por sí solo.

Figura 12. Metas a corto, mediano y largo plazo en edad escolar. Cada meta contiene un objetivo concreto, estructura y apoyos, tiempo para cumplir con la meta e indicadores de éxito. Elaboración propia.

El ejemplo anterior considera metas relacionadas a los intereses y necesidades del niño, ya que su prioridad es aprender a leer, y a nivel escolar, la conciencia fonológica es relevante para el proceso de adquisición de la lectura y escritura, es parte de los objetivos de aprendizaje desde nivel de transición. Entonces, las metas de este caso generan directamente un impacto positivo en el rendimiento escolar, consecuente aumento de autoestima y seguridad del niño, por lo tanto, mejorarán sus niveles de actividades y participación. Es importante que se analice desde esa perspectiva y no solo desde la estructura del lenguaje.

En el caso del trabajo con adultos, se expone el siguiente caso demostrativo: *Hombre de 45 años sufre un Traumatismo Encéfalo Craneano moderado difuso hace 4 meses. Antes de la lesión se desempeñaba como abogado en un importante bufete, asesorando casos y participando en juicios orales. Señala que después de la lesión no ha podido volver a trabajar ya que “no puede ordenarse en todos los papeleos que debe*

hacer”, además de que se le olvidan las palabras cuando trata de llevar un juicio oral. Esto le ha traído problemas familiares, ya que su seguro de invalidez es muy poco y no puede pagar sus deudas.

El caso anterior involucra: a) Confirmación de una hipótesis diagnóstica; b) Interacción con otros profesionales (Psicólogo Clínico, Neuropsicólogo, Terapeuta Ocupacional). Desde la fonoaudiología, nuestra hipótesis diagnóstica podría suponer dificultades de acceso al léxico o anomia. Suponiendo que, previa evaluación, confirmamos nuestra hipótesis y que, además, se confirma un síndrome disejecutivo (Neuropsicólogo) y depresión moderada (Psicólogo clínico), podemos establecer el siguiente cuadro de metas (Fig.13):

META A CORTO PLAZO:	META A MEDIANO PLAZO:	META A LARGO PLAZO:
Trabajar con casos simples de resolver, dentro de su oficina.	Trabajar con casos complejos de resolver, dentro de su oficina.	Llevar a cabo juicios orales.
¿Estructura a Trabajar?: Funciones ejecutivas.	¿Estructura a Trabajar?: Funciones ejecutivas.	¿Estructura a Trabajar?: Lenguaje (Anomía y discurso narrativo).
Técnica: Reentrenamiento.	Técnica: Compensación	Técnica: Reentrenamiento/ Compensación.
Tiempo: 1 mes, 3 sesiones semanales.	Tiempo: 1 mes, 3 sesiones semanales.	Tiempo: 2 meses, con 3 sesiones semanales.
Indicador de éxito: Resolución de un caso simple dentro de un contexto de oficina.	Indicador de éxito: Resolución de un caso complejo dentro de un contexto de oficina.	Indicador de éxito: Defensa de juicio oral de 10 minutos.

Figura 13. Metas a corto, mediano y largo plazo. Cada meta contiene un objetivo concreto, estructura y técnicas identificadas, tiempo para cumplir con la meta e indicadores de éxito. Elaboración propia.

El ejemplo anterior no involucra aspectos esenciales para el establecimiento de metas como la clasificación de los signos y síntomas en base al paradigma CIF o los *outcomes* esperados por la familia y el entorno. Sin embargo, ejemplifica claramente el propósito de una planificación orientada a metas: visualizar y trabajar para la consecución de logros que tengan un impacto positivo y real en la calidad de vida del usuario.

Propuesta de modelo

Durante el presente capítulo se han intentado desarrollar los principales argumentos para una planificación terapéutica acorde a las reales necesidades del usuario y su entorno. Se han expuesto las deficiencias del modelo “clásico” de planificación, las habilidades que debe poseer un clínico para planificar, la sustitución de “objetivos” por “metas” y el enfoque CIF como paradigma base de rehabilitación. A modo de simplificación

del proceso, presentamos una ruta a seguir para la planificación de la intervención fonoaudiológica a lo largo del ciclo vital, recordando que debe haber un razonamiento clínico y la posterior toma de decisiones. Como se mencionó en la sección introductoria, la idea aquí expuesta no busca pretender ser el *modus operandi* del quehacer fonoaudiológico, sino más bien entregar una base para la crítica, discusión y debate en torno a la estandarización de la planificación terapéutica, pues aunque el terapeuta visualice un problema desde una determinada perspectiva, que en este caso se plantea como propuesta el modelo de la CIF, siempre existirá una dosis de intuición (Soprano, 2017). El modelo busca ser el marco de referencia para la toma de decisiones en el proceso de planificación de intervención, y este puede ser utilizado en las distintas etapas del ciclo vital.

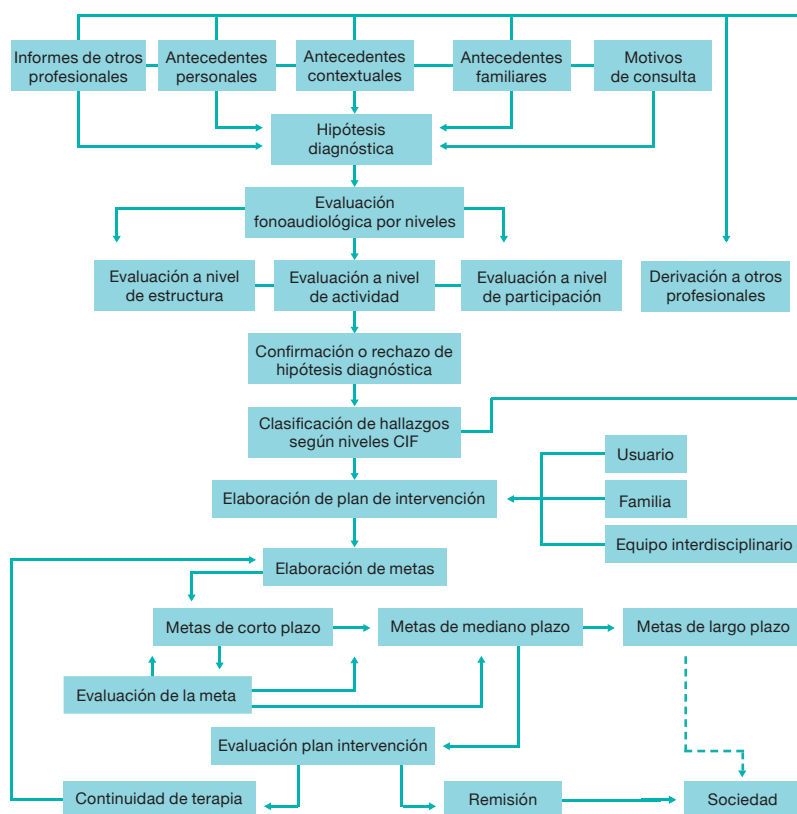


Figura 14. Proceso de planificación terapéutica. La intervención fonoaudiológica parte desde la evaluación, donde se recopilan los antecedentes necesarios para complementar la evaluación formal. Siempre la meta final será la habilitación o rehabilitación de la persona en un contexto social y comunitario. Elaboración propia.

Ruta para planificar

1. La planificación empieza con el proceso de evaluación. Los informes de otros profesionales, antecedentes personales, contextuales y familiares no solo inciden en la hipótesis diagnóstica, sino que también permiten decidir si es necesario derivar a otros profesionales y forman parte fundamental de los niveles de la CIF.

2. Además de estos antecedentes, la evaluación debiese considerar pruebas, tests y/o escalas que evalúen los niveles de estructura, actividad y participación alterados o por desarrollar en el usuario. Se deben revisar los resultados de la evaluación para determinar sus habilidades lingüísticas y comunicativas, y sus dificultades en el ámbito fonoaudiológico. Se identifican las necesidades e intereses del usuario, a través de los resultados expuestos en el informe multidisciplinario o fonoaudiológico, en relación al modelo CIF. Estos resultados, junto con los mencionados en el punto anterior, permiten confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica, para luego clasificar cada uno de los hallazgos de acuerdo al modelo CIF.

3. Se elabora un plan de intervención. En este punto es importante hacer reuniones con los diversos profesionales que interactúan con el usuario y con la familia y/o cuidadores, así como con el mismo entorno, para hacer un real levantamiento de las prioridades. Además, se deben identificar qué elementos deben ser abordados por el fonoaudiólogo y qué otros serán trabajados por otros profesionales. Es relevante identificar como una dificultad puede estar incidiendo sobre otra en distintos niveles. Por ejemplo, una alteración psicoafectiva puede tener como consecuencia alteraciones en la actividad comunicativa del usuario. En este caso, el trabajo en aspectos emocionales mejorará las habilidades comunicativas de la persona. En un caso contrario, las disrupciones psicoafectivas pueden ser producto de alteraciones estructurales a nivel comunicativo. Aquí, el trabajo en la comunicación potenciará la mejora del estado emocional del usuario.

4. Establecer metas a corto, mediano y largo plazo. Es relevante determinar las estrategias que se usarán como apoyo para el logro de las metas. Además, se deben establecer los respectivos criterios de logros en concordancia con las necesidades e intereses. Considerar siempre que la meta a largo plazo tiene relación con la sociedad, es decir, el objetivo último de la terapia es habilitar o rehabilitar al individuo para que se desempeñe en un contexto social. Así, las actividades en este nivel se deben enfocar al afrontamiento en situaciones reales, tanto recreativas como laborales. Las metas a corto y mediano plazo debieran contribuir a este objetivo final. La reevaluación de la meta de corto plazo determina los pasos a seguir y avance, según corresponda.

5. Por último, la evaluación final de los resultados del plan de tratamiento tendrá dos salidas: la continuidad de la terapia o la remisión. En este último punto, es importante destacar que el alta fonoaudiológica no implica necesariamente el término del soporte. Actividades como el empleo con apoyo son relevantes para que el usuario se involucre en la sociedad. La diferencia es que, al contrario del marco clínico, el trabajo con una persona en un contexto social se aprecia como un acompañamiento en

un contexto y no como una terapia convencional. Los enfoques laborales, comunitarios y de calidad de vida cumplen un rol fundamental en este nivel.

El modelo descrito anteriormente pretende establecer un algoritmo de acciones con respecto al proceso de intervención. Estos procedimientos pueden ser aplicados tanto para niños, como adolescentes y adultos. Además, involucra áreas como el lenguaje, la deglución o la audición. La presente propuesta invita a todos los actores de la comunidad fonoaudiológica a discutir y debatir. La crítica y espacios de reflexión sobre nuestro quehacer profesional supondrán una mejora tanto de las bases epistemológicas de nuestra profesión como de la calidad de vida de los usuarios con quienes trabajamos.

2.4.4. REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este capítulo hemos destacado algunos puntos que aún faltan por desarrollar en nuestra profesión. A continuación, haremos un breve listado de los desafíos pendientes para mejorar nuestro quehacer y disciplina:

1. Creación y validación de instrumentos: la validación de instrumentos requiere la obtención de estadísticos de eficiencia diagnóstica para los elementos que deseamos evaluar. Nuestra disciplina se encuentra al debe en este ámbito. Más aún, los instrumentos que generalmente utiliza el fonoaudiólogo están enfocados solo a nivel de estructura. Es mandatorio, además de validar instrumentos, crear los nuestros, con la rigurosidad psicométrica correspondiente, que permiten evaluar otros niveles del modelo CIF.

2. Creación y validación de programas terapéuticos: si a nivel de instrumentos de evaluación tenemos deficiencias, estas son más notorias cuando hablamos de terapias estandarizadas. Tendemos a utilizar programas terapéuticos sin adaptaciones científicas de base o elaborar actividades a partir de nuestro conocimiento. Si bien, este punto es fundamental y parte de nuestras habilidades adquiridas por la formación y experiencia, se hace necesario compartir estas prácticas. El *Gold standard* para esto es la investigación clínica, si no validamos y demostramos con métodos empíricos que nuestras actividades creadas y enmarcadas en la terapia sirven, entonces no potenciamos la base teórica de nuestra profesión. Más aún, dada la interdisciplinariedad de nuestra especialidad, se vuelve imprescindible considerar elementos de áreas relacionadas. Un ejemplo de esto es la variable de frecuencias de palabras. Esta es una de las variables más importantes al momento de seleccionar estímulos para nuestras actividades. Para esto, varios países cuentan con corpus de lenguaje oral con la frecuencia de uso de palabras en distintos idiomas. En este momento, en Chile solo contamos con un corpus de frecuencia de palabras escritas (Sadowsky, 2006). Antes de pensar en crear y validar terapias, debemos cumplir los requisitos mínimos para elaborar actividades basadas en la teoría y la ciencia.

3. Aplicar la metodología de la investigación y estadísticas a la clínica. Por lo general, las asignaturas de metodología y estadística en los

programas de pregrado se enfocan, fundamentalmente, en la realización de las tesis de grado. Una de las ventajas de la práctica clínica es que se pueden observar fenómenos que en un contexto experimental no. Incorporar al quehacer profesional diario técnicas sencillas, pero útiles como sistematizar datos o estadística descriptiva, permiten generar insumos de investigación que pueden impactar positivamente en nuestra disciplina. El siglo XXI se ha considerado como la era de los datos. Saber sistematizarlos y usarlos desde el nicho mismo de nuestro trabajo aportará grandes beneficios a la fonoaudiología.

4. Estimular y/o desarrollar habilidades clínicas en los futuros fonoaudiólogos que les permitan ser profesionales cuestionadores de las prácticas con alto interés por la investigación, y que asimismo, cumplan con las características señaladas en el capítulo para lograr mejores resultados en el proceso de intervención fonoaudiológica.

Con todo lo revisado y propuesto en este capítulo, se puede evidenciar que las estrategias de planificación en la intervención fonoaudiológica son un tema complejo, pero interesante y necesario de profundizar. Todo terapeuta debe haberse cuestionado en algún momento de su formación en pregrado y/o en su experiencia profesional cómo podría ayudar más a un determinado caso, qué objetivos o metas son las más adecuadas, qué contenidos son los correctos, entre otras interrogantes. No obstante, nuestra intención como autores es que la reflexión de los estudiantes y profesionales sea respecto a la teoría que respalda sus decisiones y a las evidencias de que un método es más efectivo que otro, porque las publicaciones lo señalan, para así evitar erradas decisiones terapéuticas.

Asimismo, toma relevancia la incorporación de estos puntos en la formación de pregrado, como también la creación de programas de postgrado orientados a estas temáticas. Muchos profesionales, ante falta de oferta formativa en pre y/o postgrado, recurren a la autodidáctica para incorporar estos conocimientos. Si bien la autodidáctica es una acción valiosa en la formación personal y profesional, aplicar modelos evaluativos y de intervención en base al autoaprendizaje puede suponer un riesgo en términos prácticos. Aplicar métodos aprendidos autodidácticamente pueden generar outcomes positivos a nivel de cada persona intervenida. Sin embargo, muchos fonoaudiólogos aplicando sus propios métodos de intervención dificultan una sistematización de la información, y con ello, la construcción de pilares sólidos para el quehacer de la profesión. Por último, basarnos en programas de intervención que no se encuentran validados o carentes de rigurosidad científica puede implicar obtener resultados azarosos, lo que podría conllevar consecuencias inadecuadas clínicas y éticas en la persona que recibe el servicio fonoaudiológico.

2.4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V., (2012) “Algunos retos y propuestas en la conceptualización, evaluación e intervención del Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)” *Rev. Chilena de fonoaudiología* Vol.11: pp.23-36
- Cardona, M.C. (2013) “La intervención en el lenguaje oral: Del retardo en la adquisición al Trastorno Específico de Lenguaje” *Trastorno Específico del Lenguaje Diagnóstico e Intervención* Barcelona: Editorial UOC.
- Haller, L. et al (2011) *Neuropsicolingüística Evaluación y Tratamiento Escala Rocca*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial
- Monfort, I.; Monfort, M. y Juárez-Sánchez, A. (2014) “Investigación y práctica profesional en logopedia” *Rev. Neurol* 2014; 58 (Supl 1): S111-S115
- Peña-Casanova, J. et al (2014) “Introducción a la patología y terapéutica del lenguaje “ En Peña-Casanova, J. (Ed.) *Manual de Logopedia* (pp. 1-19) Barcelona: Elsevier Masson
- Soprano, A. (2017) “Lenguaje” En Fejerman, N. y Grañana N. (comps) *Neuropsicología infantil* (pp. 289-324) Buenos Aires: Editorial Paidós
- Vilaseca, R. (2014) “Adquisición y desarrollo del lenguaje” En Peña-Casanova, J.(Ed.) *Manual de Logopedia* (pp. 75-86) Barcelona: Elsevier Masson
- Organización Mundial de la Salud. (2001). CIF. Retrieved March 25, 2021, from <https://sid-inico.usal.es/cif/>
- Geschwind, N. (1965). Disconnexion syndromes in animals and man.
- Geschwind, N. (1970). The Organization of Language and the Brain. *Science* (American Association for the Advancement of Science), 170(3961), 940-944.
- Friederici A. D. (2002). Towards a neural basis of auditory sentence processing. *Trends in cognitive sciences*, 6(2), 78–84. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(00\)01839-8](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01839-8)
- Friederici A. D. (2012). The cortical language circuit: from auditory perception to sentence comprehension. *Trends in cognitive sciences*, 16(5), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.001>
- Friederici A. D. (2011). The brain basis of language processing: from structure to function. *Physiological reviews*, 91(4), 1357–1392. <https://doi.org/10.1152/physrev.00006.2011>
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2004). Dorsal and ventral streams: a framework for understanding aspects of the functional anatomy of language. *Cognition*, 92(1-2), 67–99. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2003.10.01>
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature reviews. Neuroscience*, 8(5), 393–402. <https://doi.org/10.1038/nrn2113>
- Chomsky, Noam (1957), *Syntactic Structures*, The Hague/Paris: Mouton, ISBN 978-3-11-021832-9
- Chomsky, Noam (1964), *Current issues in linguistic theory*, The Hague: Mouton, ISBN 978-90-279-0700-4
- Chomsky, Noam (1965), *Aspects of the Theory of Syntax*, Cambridge, Massachusetts: MIT Press, ISBN 978-0-262-52740-8
- Noam, Chomsky (1995). *The Minimalist Program*. Cambridge MA: MIT Press

- Bock, K., & Levelt, W. J. M. (1994). Language Production: Grammatical Encoding. In M. A. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of Psycholinguistics* (pp. 945-984). San Diego, CA: Academic Press.
- McFarland, D. J., & Cacace, A. T. (2009). Modality specificity and auditory processing disorders. In A. T. Cacace & D. J. McFarland (Eds.), *Controversies in central auditory processing disorder* (p. 199–216). Plural Publishing Inc..
- Tami J. Howe (2008) The ICF Contextual Factors related to speech- language pathology, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10:1-2, 27-37, DOI: 10.1080/14417040701774824
- Robyn O'Halloran & Brigitte Larkins (2008) The ICF Activities and Participation related to speech-language pathology, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10:1-2, 18-26, DOI: 10.1080/14417040701772620
- Trowbridge, R. L., Rencic, J. J., & Durning, S. J. (2015). *Teaching clinical reasoning*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.
- Higgs, J., & Jensen, G. M. (2019). Clinical reasoning: Challenges of interpretation and practice in the 21st century. In J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (4th ed., pp. 3-11). Elsevier.
- Ginsberg, Sarah M, Friberg, Jennifer C, & Visconti, Colleen F. (2016). Diagnostic Reasoning by Experienced Speech-Language Pathologists and Student Clinicians. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 43(Spring), 87-97.
- Higgs, J. (2019). Re-interpreting clinical reasoning: A model of encultured decision making practice capabilities. In J. Higgs, G. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (4th ed., pp. 13-31). Elsevier.
- Higgs, J. (2018). Judgment and reasoning in professional contexts. In P. Lanzer (Ed.), *Textbook of catheter-based cardiovascular interventions: A knowledge-based approach* (2nd ed., pp. 15-25). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-55994-0>
- Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil*. 2009;23(4):291-5
- McMillan, T. M., & Sparkes, C. (1999). Goal planning and neurorehabilitation: The Wolfson Neurorehabilitation Centre approach. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9(3-4), 241–251. <https://doi.org/10.1080/096020199389356>
- Malec, James F. (1999). Goal Attainment Scaling in Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9(3-4), 253-275.
- Doran, G. T. (1981). "There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives", *Management Review*, Vol. 70, Issue 11, pp. 35-36.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0269215509103551>

- Latham, G. P., & Seijts, G. H. (1999). The effects of proximal and distal goals on performance on a moderately complex task. *Journal of Organizational Behavior*, 20(4), 421–429. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199907\)20:4<421::AID-JOB896>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199907)20:4<421::AID-JOB896>3.0.CO;2-#)
- Sadowsky, S. (2006). *Corpus Dinámico del Castellano de Chile (Codicach)*. Base de datos electrónica. <http://sadowsky.cl/codicach.html>

Recursos terapéuticos en la práctica fonoaudiológica

DAVID TOLOZA-RAMÍREZ
GISELLA MALATESTA-HAUG

2.5.1. INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica de fonoaudiólogos y estudiantes de Fonoaudiología, las diversas actividades empleadas para habilitar y/o rehabilitar las funciones de los usuarios, se enfocan en trastornos que comprometen dominios como la comunicación, cognición, habla, lenguaje, voz, audición y deglución. En este contexto, debemos comprender que la terapia fonoaudiológica, a lo largo del curso de la vida, es un proceso dinámico e íntimamente relacionado con diversos aspectos. Particularmente, nos referimos al tipo de trastorno del usuario, la severidad de éste, la adherencia a la terapia y el progreso observado en el tiempo, siendo gran parte de los trastornos fonoaudiológicos, muy fluctuantes en términos de rendimiento. Esto requiere que los profesionales de la fonoaudiología implementen un diseño terapéutico de acuerdo a los principios de la práctica basada en la evidencia, dando así, una respuesta efectiva a las diferentes dinámicas de comportamiento. Debemos recordar que la importancia de la práctica basada en la evidencia, radica en que es una metodología que logra mejorar la salud, la seguridad y disminuye la morbilidad en los usuarios, ya que considera mejores alternativas terapéuticas por medio de una investigación secundaria de base, la cual permite optar por el mejor y más actualizado mecanismo de intervención (McGinty & Anderson, 2008; Morán Peña, 2011; Williams, 2004).

El acompañamiento fonoaudiológico se organiza como un proceso en escalada, en el que a partir de los hallazgos de la evaluación, se identifican las problemáticas del usuario y se formula una hipótesis para abordarlo. Dicho proceso implica la selección de un enfoque de intervención, objetivos y estrategias terapéuticas. Asimismo, éste culmina con la implementación de actividades dinámicas en función de las habilidades del usuario, contemplando, a la vez, recursos indispensables para alcanzar los objetivos. Son estos últimos los que representan uno de los principales retos a los cuales nos vemos enfrentados, ya que el origen de los materiales implica decisiones económicas o de manufactura, para lograr acceder a ellos. Los recursos terapéuticos que incorporamos a las actividades son el complemento necesario a las estrategias de intervención, por lo que sus características tienen alta relevancia e impacto en la terapia. Ahora bien, en relación a este último punto, cabe preguntarnos ¿Qué se entiende por el concepto de recurso terapéutico en contexto fonoaudiológico?

Para dar respuesta a la interrogante planteada, podemos tomar como referente la definición que proporciona la Real Academia Española

(RAE, n.d.) de recurso. En ella, se identifica el término recurso como el medio del cual hace uso una persona para alcanzar una meta o dar respuesta a una necesidad. En consideración, al trasladar este significado al ámbito terapéutico de la Fonoaudiología, un recurso constituirá todo material que se utiliza a favor de los objetivos de intervención, y que se implementa durante las actividades planificadas en cada sesión. En línea, una reciente publicación combina ambos términos (recursos y terapia) para dar mayor claridad al concepto de recursos terapéuticos (RR.TT), tan utilizado en las ciencias de la salud. En ésta, se señala que los RR.TT son todas aquellas técnicas o estrategias empleadas en una terapia, haciendo uso de diversos materiales (concretos o digitales), con el fin de disminuir una deficiencia o discapacidad en un usuario (Priebe, Omer, Giacco, & Slade, 2014). Asimismo, se establece que estos RR.TT se adecúan a los diferentes modelos de rehabilitación utilizados, cambiando constantemente en razón del rendimiento de cada persona. Por su parte, Roth & Worthington (2016), hacen una clara distinción sobre el concepto de materiales, destacando que estos corresponden a los elementos concretos que se incorporan en las actividades y, de los cuales se deben tener distintas consideraciones, dependiendo de los propósitos de la terapia. Por tanto, como características generales, se puede señalar que los RR.TT son materiales que se emplean con usuarios a lo largo del curso de la vida y que su uso es transversal a las diferentes áreas de la disciplina. De igual manera, el nivel de sofisticación de estos también es variable y, los avances tecnológicos y científicos (práctica basada en la evidencia), nos amplían el abanico de posibilidades a utilizar en las terapias. Cabe destacar, que disponemos no sólo de elementos de confección simplificada o adaptaciones de objetos cotidianos, sino también de materiales que contemplan diseños pensados específicamente con fines fonoaudiológicos (p.e., la incorporación de realidad virtual para el tratamiento de diversos cuadros).

Basados en los años de presencia de la Fonoaudiología a nivel nacional, el conocimiento se ha actualizado significativamente, promoviendo mejoras no sólo en los mecanismos de evaluación, sino también en el proceso terapéutico en sí. Al hablar de trastornos de lenguaje adquirido (p.e., afasia), es inevitable evocar como herramienta de rehabilitación el Manual de la Afasia y Terapia de la Afasia (Helm-Estrabrooks & Albert, 2005). Frente a esta referencia, cabe cuestionarse: ¿en un sujeto con afasia, las terapias indicadas en este manual junto a los materiales propuestos, son el único RR.TT disponible para la intervención? En la actualidad, el aumento del conocimiento y de las investigaciones, nos permiten responder con certeza que éste no es el único RR.TT que se puede emplear en este tipo de usuarios, aunque es dependiente del tipo de afasia y las características de cada sujeto. En contraste, en el caso de los trastornos del lenguaje en la infancia, los diseños terapéuticos para dos sujetos que presentan similares características lingüístico-comunicativas, pueden tener un alto grado de similitud. Sin embargo, siempre los RR.TT van a marcar el punto de contraste. Por ejemplo, una niña de 4 años con trastorno de desarrollo del lenguaje y un joven de 12 años con Síndrome de Down, pueden estar ambos en nivel de discurso telegráfico y con objetivos de trabajo parecidos,

no obstante, su edad cronológica y contextos comunicativos determinarán la selección del RR.TT pertinente para la intervención en cada caso (Paul & Norbury, 2012).

Existen distintas vías para poder acceder a los RR.TT: la forma más sencilla y rápida es comprándolos. Por un lado, la compra nos entrega dos alternativas: la primera, adquirir un material que ha sido especialmente diseñado y confeccionado para fines terapéuticos en el ámbito fonoaudiológico y, la segunda, la adaptación de un objeto cuyo propósito original no es terapéutico. Por otro lado, existe la vía de acceso a RR.TT mediante la creación. Este proceso de manufactura puede, al igual que la compra, materializar dos posibilidades: que la elaboración del RR.TT permita replicar otro material disponible en el mercado, y al cual, por alguna razón, no se puede acceder, o que la confección dé vida a un RR.TT totalmente original, momento en el cual, la imaginación se convierte en un importante aliado. En base a nuestra experiencia clínica y docente, algunas interrogantes constantes en el quehacer fonoaudiológico y contexto académico son: ¿si mi creatividad es limitada, puedo lograr avances terapéuticos? o bien, ¿mi nivel de creatividad y/o mis destrezas manuales constituyen una oportunidad o limitante en mi quehacer fonoaudiológico? En este capítulo, abordaremos diversas estrategias y RR.TT disponibles a lo largo del curso de la vida, con el fin de dar respuesta a estas inquietudes, promoviendo así, un conocimiento más acabado de los recursos disponibles para el abordaje fonoaudiológico de los usuarios en diversos contextos, y proporcionando directrices de utilidad para el acompañamiento en distintas etapas del curso de la vida.

Aquellos RR.TT que compramos y que han sido creados para el trabajo fonoaudiológico se componen principalmente de material gráfico, como libros de actividades y láminas de diverso tipo. Estos RR.TT funcionan como apoyo visual para las actividades diseñadas en tareas lingüístico- comunicativas de tipo fonológica, semántica, morfosintáctica y pragmática, así como de articulación o fluidez del habla. Por ejemplo, en el libro “En la mente” de Monfort & Juárez (2001), se describe como un soporte gráfico aquel que facilita el entrenamiento de niños con trastornos que comprometen la pragmática, la comprensión de formas lingüísticas más complejas e interpretación de estados internos, entre otras habilidades. Su diseño incluye ilustraciones en blanco y negro, muy claras para los propósitos que persigue y de amplio uso en edad escolar, tanto en contextos clínicos como educativos. Otra propuesta gráfica, esta vez pensando en niños y niñas con tartamudez, es la de Fernández-Zúñiga & Caja del Castillo (2008), que además de un texto guía para el profesional que orienta el proceso diagnóstico y la intervención, incluye un cuaderno de actividades para el usuario. Este recurso le ayudará a dejar un registro de su proceso terapéutico, paso a paso, a través de la técnica de Habla fácil, contribuyendo además a visualizar la reflexión que acompaña las vivencias asociadas al diagnóstico.

En el caso del trabajo con población adulta y adulta mayor, también existen RR.TT disponibles en libros que permiten no sólo comprender la teoría, sino que también dar un enfoque más práctico al abordaje.

Dentro de estos libros destacan el clásico *Manual de la Afasia y Terapia de la Afasia* (Helm-Estrabrooks & Albert, 2005), el texto *Afasia: De la teoría a la práctica* de González Lazaro & González Ortuno (2012) y el libro de afasia que considera ejercicios para rehabilitar el lenguaje (González Ortuno & González Lazaro, 2018), los que permiten guiar el abordaje en este segmento de la población con terapias bastante estructuradas y atingentes. Si bien, dentro de los RR.TT disponibles en español son los libros más utilizados y a los cuales se recurre en primera instancia, también existe literatura internacional que pese a no contar con una versión en español, es de gran utilidad en la práctica clínica. En este contexto, una lectura recomendada (pese a estar en inglés) es el libro de Roth & Worthington (2016) titulado *Treatment Resource Manual for Speech Language*, que destaca por no generar un sesgo entre población infantil, adulta y adulta mayor, ya que entrega lineamientos prácticos para abordar todo el curso de la vida y las diferentes patologías que abordamos como profesionales fonoaudiólogos. Así como estos, existen variados libros que funcionan como valiosos RR.TT a disposición de los fonoaudiólogos para incorporar al trabajo directo con sus usuarios.

En lo que respecta a láminas, la oferta es considerablemente más amplia y los objetivos de estas también son muy diversos. Particularmente, para el trabajo con niños y niñas, son conocidas y utilizadas hace largo tiempo en nuestro país aquellas de la editorial española CEPE, con “Lotos fonéticos” y “Vocabulario en imágenes”, por nombrar algunas de las más populares de esta colección. En tiempos actuales, las tarjetas de imágenes abundan y su uso se asocia al trabajo con objetivos vinculados a la semántica, a la construcción de enunciados en morfosintaxis, a la elaboración del discurso, pero por sobre todo, al trabajo articulatorio en niños con Trastornos de los Sonidos del Habla de distinto origen. El requerimiento de una gran cantidad de estímulos asociados a un sonido o grupo de sonidos en particular, levanta la necesidad de contar con numerosas imágenes a disposición y en el mercado hay propuestas con atractivos diseños que permite a los profesionales cubrir esta necesidad.

En el trabajo con adultos y adultos mayores, las tarjetas con imágenes son ampliamente utilizadas también. Sin embargo, las opciones disponibles en nuestro país se basan en emprendimientos de diversos colegas que han decidido poner a disposición su creatividad y ofrecernos su trabajo mediante diversos catálogos (difundidos principalmente a través de redes sociales). En este punto, cabe destacar el mérito de nuestros colegas y profesionales recién titulados, quienes desde la práctica han identificado esta gran deuda que tenemos en el área de adultos con los materiales concretos como las tarjetas con láminas. Si bien, internet nos ofrece una amplia gama de textos con imágenes, éstas muchas veces no son aplicables a nuestra realidad local. Nuestros usuarios adultos y adultos mayores en el contexto nacional, responden de mejor manera a aquellos estímulos creados en base al contexto de procedencia. Por ejemplo, si presentamos estímulos creados que hagan referencia a un diario (también conocido periódico), el usuario responderá de manera más atingente a uno local (la variedad de marcas es amplia). Así, el crear láminas y apoyar

a nuestros colegas que emprenden, creemos que es el mejor RR.TT que podremos encontrar. Por tanto, la premisa en las tarjetas con láminas en este segmento de la población es que contengan estímulos familiares y atingentes al contexto local y sociocultural.

Ahora bien, no solo libros y láminas son los RR.TT disponibles para compra y que han sido creados específicamente para el trabajo fonoaudiológico. En Chile, en los últimos 10 años, se ha desarrollado ampliamente el área de la motricidad orofacial y con ello, la necesidad de contar con RR.TT más específicos. Por ejemplo, en el abordaje de niños y niñas con Desórdenes Miofuncionales Orofaciales, se cuenta con herramientas como vibradores, objetos para masticar, dispositivos para aplicar distintas temperaturas y otros elementos que facilitan la terapia de posicionamiento oral. La evidencia científica sobre la implementación de estos instrumentos aún es escasa, sin embargo, cada vez se amplía más su uso, por lo que es esperable contar con mayores datos acerca de los resultados esperados, dosificación y servicios asociados (Shortland, Hewat, Vertigan, & Webb, 2021). Por su parte, en la población adulta y adulta mayor (e incluso en población infantil), la evidencia en el abordaje de patologías vocales promueve el uso de RR.TT mediante ejercicios de tracto vocal semi-ocluido (conocido clásicamente como TVSO) (Guzman et al., 2020), en el que mediante el uso de un vaso, agua y un tubo se pueden obtener resultados terapéuticos significativos en disfonías, por ejemplo. Este RR.TT es de fácil acceso, de bajo costo y se puede adecuar a la patología que se quiere tratar y al rango etario del usuario, los cuales son aspectos importantes a considerar en nuestras terapias.

En otro ámbito, existe una oferta audiovisual y tecnológica que no es menor en lo que se refiere a RR.TT creados para apoyar el trabajo del fonoaudiólogo. Por una parte, el mercado digital cuenta con aplicaciones para dispositivos móviles, como tablet y teléfonos celulares, software de escritorio y dispositivos electrónicos de comunicación aumentativa-alternativa, que cubren necesidades principalmente para trabajar objetivos lingüísticos y comunicativos. Por otra parte, el uso de la música es un importante aliado en el trabajo terapéutico a lo largo del curso de vida, y el abordaje fonoaudiológico no puede verse ajeno a dicha realidad. Puntualmente, en el trabajo con niños y niñas, en nuestro país existe una propuesta musical que contempla un repertorio muy nutrido de canciones con temáticas específicas para acompañar el proceso terapéutico, que aporta desde la melodía y el ritmo, a la obtención de logros más significativos. Asimismo, la música es un RR.TT que se ha impuesto en los últimos años en el abordaje de usuarios adultos mayores con patologías neurodegenerativas, no obstante, a la fecha no hay un consenso o material disponible de posibles pistas musicales como ocurre en la población infantil. Pese a esto, sí existe claridad de que el RR.TT musical debe basarse en el interés y carga emotiva que tenga para cada usuario, caso contrario, emplear recursos musicales de forma azarosa no generará efectos terapéuticos significativos.

Hasta el momento, hemos revisado las opciones de comprar RR.TT específicamente fonoaudiológicos, sin embargo, la mayoría de los profesionales organiza sus actividades a través de la adaptación de

materiales. En el contexto del trabajo con niños y niñas, dado que los juguetes son los elementos más atractivos, estos constituyen el principal RR.TT escogido a la hora de preparar nuestro catálogo de insumos disponibles. La adaptación de un juguete se caracteriza por la versatilidad que ofrece y esta es una característica que cada profesional explora dependiendo de los objetivos terapéuticos, la etapa del ciclo vital en la que su usuario se encuentra, sus intereses, necesidades y nivel de desarrollo general. Quizás el ejemplo más gráfico y universal de adaptación de un juguete es el emblemático Cara de Papa. Favorito de muchos profesionales, este personaje de la clásica película animada *Toy Story*, permite materializar actividades que responden a un largo listado de metas, con niños y niñas que presentan diferentes diagnósticos. Así como este ejemplo, muchos otros tipos de juguetes son adaptados y pasan a convertirse en RR.TT de alto valor, tanto en contextos clínicos como educativos.

La lista para citar sería demasiado extensa, pero lo que resulta interesante conocer es cuando los juguetes pueden incorporarse a un programa formal y sistemático de intervención, como por ejemplo, la propuesta “MetaTaal”. Esta consiste en un enfoque metalingüístico y multimodal, que a través de las tradicionales piezas de Lego, plantea objetivos de intervención morfosintáctica para niños en edad escolar. MetaTaal ha demostrado su efectividad en niños de 12 años con Trastorno Específico de Lenguaje (TEL), hoy conocido como Trastorno de Lenguaje (TL) que, además, presentan dificultades en la lectura y que, por ello, a través de la representación de la gramática con apoyo táctil y kinestésico de las piezas de lego, permite generar cambios significativos en la producción de morfosintaxis compleja (Zwitsersloot, Wijnen, van Weerdenburg, & Verhoeven, 2015). Esto deja claro el alto valor que puede adquirir un juguete común al ser adaptado exitosamente como RR.TT. Claramente, la adaptación de juguetes no es una alternativa considerada en el trabajo con adultos y adultos mayores, ya que su uso conllevaría a una infantilización hacia nuestros usuarios. Aquí las propuestas de adaptación están basadas medularmente en el uso de material concreto, muchas veces proporcionados por los familiares de nuestros usuarios, los cuales son agentes activos del proceso de rehabilitación. Por ejemplo, es más efectivo en contexto de terapia para adultos y adultos mayores, el contar con objetos de alta carga emotiva como un libro, una cuchara o un teléfono de uso frecuente en el usuario, por citar algunos ejemplos.

Asimismo, se debe tener presente que el uso de material concreto por medio de objetos cotidianos, también se extrapola al abordaje de población infantil, siendo los más utilizados frutas de utilería que normalmente son decorativas, objetos de aseo personal, útiles de alimentación, prendas de vestir en talla de lactantes, entre otros. Estos materiales, en interacción con las estrategias de intervención y el diseño organizado de la actividad, pasan a ocupar el lugar de RR.TT.

Para cerrar este listado de ejemplos de adaptación, no podemos dejar atrás los libros infantiles. En esta categoría, se encuentran los libros informativos y los de cuentos. Los primeros son generalmente escogidos por los fonoaudiólogos para ejercitar a través del vocabulario distintas

habilidades lingüísticas. Los segundos, en cambio, se usan con más frecuencia en el trabajo orientado al discurso narrativo.

Como señalamos anteriormente, la confección de RR.TT para terapias fonoaudiológicas puede hacerse con el propósito de replicar propuestas ya existentes o de crear las propias. Los casos de réplica muchas veces responden a necesidades económicas: si bien, el acceso mediante compra es más rápido, suele representar costos que el profesional no está en posición de asumir. Es importante tener presente que existen escenarios adversos para ejercer la profesión, donde los recursos son limitados a nivel institucional y esto obstaculiza las posibilidades de comprar todo el material que se quisiera para concretar las terapias. Frente a esto, hay profesionales que optan por la réplica como una alternativa de solución. Este acto consiste, por ejemplo, en buscar imágenes en la web o incluso en revistas o textos en desuso, para luego generar la propuesta gráfica que reúna las mismas características del material original (p.e., bingos fonéticos, juegos de memorice, tarjetas de discriminación auditiva, fichas para percepción visual, entre otros). La réplica, a su vez, se suele implementar de forma más frecuente cuando se trata de material gráfico, pues no es posible lograr una alternativa igual de atractiva para los usuarios en todos los casos. Por más habilidades manuales que tengamos, hay juguetes que, por su complejidad, no podrán ser replicados con las mismas características que el ejemplar auténtico. Así como tampoco una plantilla de Power Point podrá competir con todas las bondades tecnológicas que otorga la aplicación digital Proloquo2Go. Por ello, es que la réplica se suele restringir a RR.TT que se pueden reproducir con similares características al ejemplar original, a través de materiales como papel, cartulina y micas plásticas, entre otros. La opción de fabricar RR.TT originales para el trabajo, tanto con usuarios a lo largo del curso de vida, representa quizás uno de los escenarios más desafiantes para los profesionales. Muchos fonoaudiólogos vivieron la experiencia en su formación de pregrado, de crear RR.TT para el trabajo con niños y adultos, continuando con esta práctica ya en el ejercicio laboral posterior. Lo anterior, tiene dos consideraciones importantes: por un lado, lograr la capacidad de autogestionar el acceso al material y, por otro, desarrollar la creatividad como una habilidad a favor del diseño terapéutico.

La creación de material se ha instaurado como una figura ya característica en la identidad del Fonoaudiólogo, llegando incluso a preocupar a algunos jóvenes que recién comienzan la carrera, pues claramente, entre la autogestión y la creatividad, se interpone un factor importante a tener en cuenta: las destrezas manuales. Algunos pueden ser altamente creativos para generar ideas de RR.TT, pero al momento de la confección, sienten la limitación por el poco dominio de los materiales de trabajo. Y es que tareas tan sencillas como recortar, pegar y laminar, se pueden volver un verdadero reto para lograr el cometido. En ese escenario, es muy válido contar con ayuda del entorno: desde nuestro círculo íntimo y personal, hasta los compañeros de equipo en nuestro lugar de trabajo. Otra posibilidad es contar con la motivación, interés y habilidades para la manufactura, pero con pocas ideas para dar vida a un RR.TT atractivo y funcional para los

objetivos de trabajo. En este caso, la imaginación se puede encender con inspiración. Las redes sociales, por ejemplo, derriban barreras de tiempo y espacio que permiten encontrar diversas alternativas para confeccionar RR.TT dinámicos y entretenidos.

De esta forma, se pueden materializar propuestas pensadas para un uso prolongado en el tiempo con distintos usuarios o como soluciones rápidas que se acogen a una necesidad particular de un niño aún no escolarizado, un adolescente preparándose para estudios superiores o un adulto mayor ya jubilado. Ahora bien, en la eventualidad de que no contemos ni con la creatividad, ni con el talento necesario para inventar RR.TT, no podemos sentir que estamos en una posición de desventaja frente a otros profesionales. Como hemos visto hasta ahora, el acceso a los RR.TT a través de la compra es sumamente variado y siempre se pueden buscar las mejores alternativas económicas para contar con lo necesario e indispensable. Por otra parte, es importante tener en cuenta que muchas de las actividades terapéuticas se materializan a través de láminas y estas representan un nivel de dificultad más bajo de exigencia para su manufactura. Siempre es posible optar por la vía más sencilla para fabricar nuestros RR.TT: en lugar de presentar los estímulos en un cubo de colores que simula un gran dado, se puede realizar una tarea que cumpla el mismo propósito a través de tarjetas con imágenes. En la tabla 3 se pueden revisar algunas recomendaciones para tener en cuenta al construir RR.TT para usuarios a lo largo del curso de la vida.

Planifica tu sesión: todo RR.TT debe constituir un medio a favor del plan de intervención. Las propuestas deben responder a los objetivos de trabajo para cada usuario y ser coherentes con las actividades.
Considera el destinatario: respeta sus intereses, etapa del curso de vida y capacidades de acuerdo a las características integrales de su desarrollo y condición de salud.
Que la diversión o goce sea un elemento central: prioriza un RR.TT que se implemente de forma dinámica antes que un conjunto muy complejo de instrucciones que se pueda volver tedioso. La diversión o goce en la terapia no es algo reservado solo para la infancia.
Revisa tus herramientas disponibles: es indispensable contar con regla, tijera, corta cartón, lápiz, regla y pegamento de calidad. Termolaminadora y mica aportan durabilidad. Guillotina, buril de repujado, cinta de doble contacto y velcros son instrumentos más sofisticados que pueden facilitar mucho más la tarea.
Formatos digitales: la presentación ideal en el caso de plantillas de Power Point es en una pantalla de computador o tablet de al menos 7.9", ya que, desde nuestra experiencia, permite una visualización óptima del contenido. Las pantallas de teléfonos celulares no permiten suficiente accesibilidad visual, especialmente para los adultos mayores.
Selecciona cuidadosamente las imágenes: el estímulo debe representar con precisión el significado, el tamaño debe ser accesible para toda capacidad visual. Si el usuario es lector, el texto debe representarse con tipografía clara.
Emplea estímulos táctiles amigables: resguarda tamaños, formas y texturas apropiadas según las destrezas motoras de los usuarios y sus preferencias sensoriales. Una buena medida de referencia a utilizar son estímulos de 5x5 cms.
Considera propuestas eco amigables: reutiliza material que habitualmente se desecha como tapas plásticas, cilindros de toallas de papel o cajas de cartón. Puede significar no solo protección de medio ambiente, sino también un ahorro de dinero.

Tabla 3. Consideraciones previas a la creación de RR.TT. Elaboración propia.

Generalidades a tener en cuenta para la planificación y elaboración de RR.TT originales

Al momento de construir RR.TT, ya sean originales o réplicas, la selección de la imagen es un elemento central en la preparación del material. Prácticamente, la totalidad de los RR.TT contempla el uso de imágenes para el trabajo con niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores. Éstas son un importante apoyo que permiten reducir la carga cognitiva (Spencer, Kajian, Petersen, & Bilyk, 2013) y facilita la representación concreta de conceptos abstractos (Spencer & Petersen, 2020). Por ejemplo, en la implementación del Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes, más conocido como PECS (sigla en inglés), las tarjetas deben cumplir ciertas condiciones de tamaño y claridad del pictograma. Debido a que este RR.TT se implementa en usuarios no verbales, generalmente para el espectro del autismo (o aquellos que tienen otros trastornos del desarrollo), es un requisito que las imágenes den cuenta con claridad del significado que representan. En contraste, en la población adulta y adulta mayor, el material no sólo debe considerar características visuales óptimas, sino que también debe considerar la no infantilización a este grupo de la población. Así, en el abordaje de usuarios en estas etapas del curso de la vida, deberá primar el material concreto realista, no el uso de imágenes o estímulos visuales en formato de caricaturas, por ejemplo. Esto refuerza la importancia que tiene el tiempo que se invierte en identificar los estímulos apropiados, en pro de los mejores resultados, teniendo claridad sobre cuándo es posible trabajar en base a pictogramas o representaciones de objetos reales. Asimismo, en el caso de escoger pictogramas, en la web se dispone de un excelente banco de imágenes de acceso gratuito, para la selección de estímulos gráficos: el Centro Aragonés para la comunicación aumentativa y alternativa (ARASAAC).

Recursos terapéuticos en población infantil y adolescentes

El trabajo fonoaudiológico con niños, niñas y adolescentes trae consigo el desafío que toda disciplina dedicada a esta etapa implica: que no se perciba como trabajo, sino como diversión. Gianni Rodari, destacado escritor italiano, en su discurso de aceptación al premio Andersen, señalaba: “El problema es saber elegir las palabras correctas. De las palabras que elijamos dependerá la realidad que construyamos a nuestro alrededor. Las palabras importan. Pero nadie conoce la palabra mágica: debemos buscarla todos juntos, en todos los idiomas, con modestia, con pasión, con sinceridad, con imaginación. Tenemos que animar a los niños a participar en esta búsqueda. Y para convencerlos de que nos ayuden, nuestro mayor aliado será la risa: nuestra capacidad de escribir historias que los hagan reír. No hay nada más hermoso y sincero en este mundo que la risa de un niño” (Incontrada, de Cascante, Roghi, Garcés, & Altés, 2020, pp. 388–389).

Nuestros usuarios más jóvenes en la escala del ciclo vital, en plena conciencia de su entorno, se entregan a la terapia dispuestos a

pasarlo bien y no queremos desilusionarlos con la sensación de que “hacen tareas”. El mensaje de Rodari se puede trasladar perfectamente al escenario terapéutico y las “palabras correctas”, pueden interpretarse como el camino hacia el desarrollo de mejores habilidades comunicativas. La implementación de la sesión debe proveer una experiencia positiva y los RR.TT contemplados para ello, son fundamentales. Esta circunstancia demanda un importante trabajo de diseño terapéutico, donde alcanzar los objetivos de trabajo exige una selección astuta y creativa de los materiales, pues en la mayoría de los casos, es a través del juego cómo se concretan las actividades.

Durante mucho tiempo, en la Fonoaudiología dedicada a la infancia, escuchamos el término de “materiales didácticos” al servicio de la terapia. Actualmente, se ha consolidado el concepto de “recursos terapéuticos”, pues como se señaló anteriormente, estos engloban todos los medios necesarios para generar un abordaje destinado a disminuir o eliminar las barreras que pueden acompañar a una discapacidad. La didáctica, en cambio, se define como una disciplina pedagógica que entrega respuestas a los procesos de aprendizajes en contextos educativos y que, por lo tanto, se aplica a las necesidades de todos los niños y niñas (Medina Rivilla et al., 2009).

Resulta interesante hacer un recorrido a través del tiempo, respecto a cómo ha aumentado el acceso a los recursos terapéuticos para quienes trabajan con niños y niñas. Hasta hace 15 años atrás, los recursos infaltables en el set de trabajo eran bajalenguas, globos, burbujas y láminas, donde estas últimas, generalmente, provenían de libros editados fuera de Chile, y unas pocas, eran creadas e ilustradas en el territorio nacional. El rápido incremento de las escuelas especiales cerca de dicha época y la alta demanda de apoyo fonoaudiológico, despertó la necesidad de contar con más RR.TT para trabajar, y el uso de imágenes para diseñar tarjetas y cuadernos de trabajo, cobró un rol muy preponderante. Sumado a ello, el mayor desarrollo y conocimiento de la disciplina, ha permitido la incursión de los profesionales en más áreas relacionadas con el funcionamiento integral de los niños y niñas, lo que también ha traído consigo la necesidad de incorporar recursos más especializados para la terapia. Sin embargo, durante mucho tiempo, los RR.TT más emblemáticos en el abordaje infantil fueron dos sencillos elementos: el bajalenguas y el cuaderno.

El primero sigue siendo hasta hoy un material imprescindible para facilitar la aproximación del terapeuta a la cavidad oral. Si bien, no es un implemento exclusivo ni de la fonoaudiología, ni menos del trabajo solo con niños y niñas, el bajalenguas ha sido compañero de muchas sesiones que requieren despertar la conciencia sobre zonas de articulación y movimientos relacionados con el habla. No importa si el profesional se desempeña en salud o en educación; este recurso siempre ha estado a mano. Muchas veces, al no ser posible contar con uno original de las proporciones características, sus funciones se han podido adaptar con los palitos de helados, mucho más accesibles económicamente. Y en el caso contrario, existen también alternativas más sofisticadas, como bajalenguas plásticos con colores, figuras animadas y sabor, lo que proporciona una experiencia mucho más atractiva y, por qué no decirlo, multisensorial.

El cuaderno, por otra parte, ha sido un RR.TT de amplio uso en el trabajo con niños, niñas y jóvenes. Se podría pensar que su implementación se restringe a los fonoaudiólogos que se desempeñan en educación, pero también es empleado con regularidad en centros de atención clínica. En ámbitos educativos, el valor del cuaderno se centra en que permite extender los objetivos de trabajo al hogar, algo muy necesario cuando se busca afianzar y generalizar un aprendizaje relacionado con la comunicación. Dado que en el trabajo fonoaudiológico en escuelas especiales y programas de inclusión educativa, el contacto con los padres no suele ser fácil, el cuaderno funciona como un mediador de la terapia. Cada cuaderno debería ser personalizado y contener información y actividades que se relacionen con las necesidades específicas de cada niño y niña. Nunca un cuaderno debería estar “estandarizado”, pues ello no daría cuenta de un diseño terapéutico individualizado. De esta forma, cada terapeuta puede poner su sello personal en los cuadernos que emplea como recursos de trabajo, de acuerdo a los criterios que considere relevantes: tipografía, colores, soportes gráficos a color o en blanco y negro, tamaño y organización del contenido, por citar algunos. El cuaderno de trabajo fonoaudiológico se presenta a la familia no como un cuaderno típico de tareas. La indicación más relevante que se entrega a los padres y cuidadores es que no basta con realizar una actividad un día únicamente. Los ejercicios deben ser repetitivos y las actividades se pueden dosificar para alcanzar a cubrir la mayor cantidad posible de intentos durante la semana. Todo lo anterior, con el propósito de realizar una estimulación sostenida y favorecer el progreso de cada niño y niña. Si bien, a algunos fonoaudiólogos les parece una estrategia monótona y no son partidarios del uso de un cuaderno, no se puede discutir que muchos procesos terapéuticos exitosos han llegado a buen puerto mediante el uso de este sencillo RR.TT.

Recurso terapéutico: Literatura infantil y juvenil

Como expusimos previamente, uno de los elementos que se ha adaptado con frecuencia como RR.TT, es el libro infantil y juvenil. Y es que las bondades de los libros completan un largo listado que los convierten en un elemento muy versátil, ya que logran ajustarse a distintos propósitos relacionados con la comunicación global. Además, no resultan interesantes únicamente por su contenido, sino también por su diseño y presentación, que en muchos casos los ha convertido en una especie de “caja de sorpresas”. Normalmente, lo que se espera de los libros es la clásica estructura con páginas e imágenes en dos dimensiones, pero cuando se presentan a los niños y niñas ejemplares que combinan elementos móviles, texturas y ventanas emergentes (más conocidas como *pop up*), la dinámica de la interacción cambia y el vínculo con el texto se fortalece. Esto, para nosotros como terapeutas, se convierte en una valiosa ventaja, ya que genera el clima ideal para el proceso terapéutico. Por ejemplo, el clásico cuento *La pequeña oruga glotona*, de Eric Carle, reúne atractivas características para ser utilizado como un RR.TT. A través de sus coloridas ilustraciones y hojas con agujeros que simulan la huella de

la hambrienta oruga, puede contribuir al trabajo para generalizar fonemas como la /r/ rótica percusiva o para enfocarse en la estructura narrativa de la presentación del personaje. Dado que es un cuento tan popular, que data ya de 50 años de existencia, el mercado ofrece ediciones *pop up*, peluches de oruga e incluso una versión del cuento que tiene los alimentos favoritos del relato, presentados como imanes. ¿Con todos esos recursos, cómo no escogerlo para una sesión terapéutica?

En lo que respecta a los contenidos, hay dos tipos de libros infantiles que pueden contribuir como RR.TT. Por una parte, contamos con los libros informativos y, por otra, con los libros de cuentos. Los libros informativos aportan comúnmente desde la imagen y el significado. Materializan oportunidades para poder presentar palabras agrupadas por categorías, ya sea para alcanzar objetivos semánticos, mediante la identificación y clasificación; morfosintácticos, a partir de la descripción; o fonoarticulatorios, a través de la repetición y denominación. La clave para lograr que un libro “común y corriente” pase a ser un RR.TT, está en las estrategias terapéuticas que se implementen durante la actividad que lo incluya, por lo que la destreza está siempre en el profesional y no en el material en sí mismo. Los libros informativos más frecuentes son los que presentan vocabulario, como una especie de “diccionario visual”. Reúnen distintos estímulos agrupados por categorías, como animales, partes del cuerpo, prendas de vestir, alimentos, lugares y objetos de la casa, entre otros. Estos libros se caracterizan por un alto contenido visual y poco texto escrito y suelen ser muy útiles para el trabajo con niños y niñas en edad pre escolar.

Cuando escogemos libros de cuentos como un recurso para la terapia, nos sumergimos en las infinitas posibilidades que nos ofrece la Literatura infantil y juvenil (Lij). En este punto, cabe destacar que existe un desafío relevante a tener en cuenta. En el largo recorrido histórico que ha tenido la Lij, hasta el siglo XIX, los libros para este segmento de la población tenían fines didácticos y moralizantes y en el siglo XX se acentuó aún más el acercamiento a los libros bajo criterios pedagógicos. Recién a partir del siglo XXI, se concibe una idea de infancia con intereses y necesidades formativas propias, lo que permite ofrecer propuestas para el ocio y el entretenimiento (Crespo, 2002). Bajo esta consideración, como fonoaudiólogos, debemos ser precavidos en no perder de vista los fines estéticos que tiene la Lij, al emplear los libros como RR.TT. Con esto, retomamos un punto previamente planteado: que el trabajo no se perciba como tal, sino como un momento de disfrute. En este caso, considerar los gustos personales de nuestros jóvenes usuarios al momento de escoger los títulos, sería una planificación respetuosa y considerada.

Un objetivo muy relevante del trabajo fonoaudiológico con niños, niñas y adolescentes recae sobre el discurso narrativo. Dado que se ha descrito como un precursor de la comprensión lectora y puente entre el lenguaje oral y el escrito (Pavez, Coloma, & Maggiolo, 2008), el trabajo de las habilidades narrativas resulta fundamental para apoyar a estudiantes con trastorno de lenguaje. Para lograr este cometido, la selección de cuentos debe ser cuidadosa, respondiendo a uno de los principios de la

intervención narrativa que propone Finestack (2012): se debe considerar el contexto narrativo específico para los objetivos de tratamiento. De esta forma, un cuento infantil o juvenil adaptado como un RR.TT debe conjugar el contenido y la técnica de elicitación, junto a las estrategias específicas que apuntarán al desarrollo de una micro y macroestructura más compleja que la que se puede encontrar en el discurso conversacional. Adicionalmente, el cuento se debe enriquecer con otros RR.TT, que constituyan apoyos visuales eficientes para favorecer el procesamiento de información por otros canales sensoriales. Por ejemplo, la propuesta de intervención narrativa Story Champ, combina dos tipos de apoyos visuales, íconos e imágenes, para representar los elementos gramaticales de la historia. De esta forma, logra estimular las habilidades de narración a partir de tareas de relato espontáneo y recontado, siendo descrita como un conjunto de actividades atractivas, entretenidas y eficaces para lograr su propósito (Spencer et al., 2013).

Finalmente, es necesario destacar que no solo para escolares están pensados los libros como recursos potentes para la terapia. Estos también se pueden implementar desde las etapas más tempranas del desarrollo lingüístico. El programa “Hablando nos entendemos los dos”, impartido por terapeutas del lenguaje del Centro de Intervención Temprana Hanen, considera una sesión completa de trabajo orientado al uso de estrategias de estimulación a partir de la lectura de libros, para niños y niñas con retraso del lenguaje (Weitzman, 2017). Entrega pautas específicas para guiar a los cuidadores en la interacción con los libros y sus hijos e hijas, enriqueciendo esta instancia con objetivos lingüísticos seleccionados según la etapa comunicativa a la que se busca llegar. En otro ejemplo, Brown, Westerveld, Trembath, & Gillon (2018), realizaron una investigación donde observaron la efectividad que tenía un programa de lectura temprana, para promover el desarrollo del lenguaje y comunicación social en bebés. Participaron padres, madres y sus hijos entre los 3 y 12 meses de edad, distribuidos en grupos de intervención de alta intensidad y baja intensidad. Si bien los niños de ambos grupos mostraron un desarrollo favorable de las habilidades en seguimiento, las puntuaciones de lenguaje y comunicación social seguidas en el tiempo al finalizar los talleres y hasta los dos años de edad, fueron significativamente más altas para los grupos sometidos a una intervención de alta intensidad. Esto demuestra cómo los libros pueden convertirse en una poderosa herramienta de apoyo desde los primeros años de vida.

Recursos terapéuticos digitales para niños, niñas y adolescentes

Anteriormente, se mencionó la disponibilidad de aplicaciones tecnológicas para el trabajo fonoaudiológico, aplicado al área de infancia y adolescencia. Resulta interesante profundizar un poco más en las perspectivas que ofrece esta alternativa, enmarcando la Fonoaudiología en prácticas propias de la era informática. Las aplicaciones digitales han sido utilizadas desde hace bastantes años por los fonoaudiólogos, en consonancia con la masificación del uso de dispositivos móviles. Tanto en

la práctica clínica como en contextos educativos, se emplean con cierta regularidad a través de tablet e, incluso, con teléfonos celulares. Existen algunas creadas específicamente para terapias de lenguaje y habla. Otras están orientadas a usuarios con un perfil más específico, por ejemplo, niños, niñas y jóvenes del espectro autista. Pero el grupo más numeroso corresponde a aplicaciones didácticas o de estimulación general, que son adaptadas según el propósito, para emplearse como RR.TT. En estas podemos encontrar las que presentan colores, categorías semánticas, onomatopeyas, secuencias de acciones y cuentos infantiles, como las más comunes.

La dinámica que proporcionan las aplicaciones digitales en terapias uno a uno, llama la atención, en especial en los niños y niñas más pequeños, debido a que combinan estímulos visuales y auditivos sofisticados y permiten la manipulación directa de la pantalla en entretenidas secuencias causa-efecto. Incluso, actualmente una novedosa propuesta digital ofrece escenarios de aprendizaje donde el usuario puede utilizar objetos del mundo real para interactuar con el mundo virtual, viéndolos reflejados a través de la pantalla. El impacto sobre la atención es notorio y si el fonoaudiólogo logra combinar la tecnología con las estrategias propias de su quehacer, hábilmente podrá, sin duda, tener buenos resultados. Lo anterior cobra una especial relevancia a partir del año 2020, cuando la contingencia de salud mundial obliga a los fonoaudiólogos, así como a otros trabajadores, a modificar su modalidad de prestación de servicios a una atención remota. La telepráctica lleva una larga data de implementación en el trabajo con usuarios con necesidades comunicativas, especialmente en el extranjero (Grogan-Johnson, Meehan, McCormick & Miller, 2015). Los fonoaudiólogos en nuestro país están incursionando activamente en este sistema, debido a las medidas de distanciamiento social establecidas, pero con miras a continuar con esta posibilidad de entregar terapia a quienes se encuentren geográficamente más alejados, en el futuro. Esto ha generado la necesidad de renovar los RR.TT habituales: los materiales que normalmente se consideran para las sesiones presenciales, ya no tienen el mismo efecto bajo esta modalidad de trabajo. Se suman entonces las plantillas de Power Point como una alternativa para diseñar los RR.TT para lograr los objetivos de trabajo.

A esto se añade, entonces, una nueva habilidad necesaria en los profesionales: el dominio a cabalidad de las funciones de esta aplicación de escritorio, para poder generar diapositivas interactivas, con funciones de animación y que, además, resguarden las consideraciones previamente señaladas de estímulos visuales, colores, preferencias de los usuarios, entre otras. Para los profesionales que quieren asumir el desafío de crear sus propios RR.TT para telepráctica, existen cursos que ofrecen formación y orientación al respecto. Aquellos que son más autodidactas, exploran por su cuenta mediante ensayo y error, buscando pautas rápidas en algún tutorial de la web. Por el contrario, los clínicos más escasos de tiempo para adentrarse en este aprendizaje, pueden encontrar una solución en la compra directa de plantillas para propósitos fonoaudiológicos o acceder a RR.TT disponibles de forma gratuita en la web. Por ejemplo, MED-EL, un

prestador de servicios a nivel mundial para personas con pérdida auditiva, tiene disponible en su página web y con acceso gratuito un kit de sesión de atención remota para niños y niñas que requieren terapia auditivo verbal. Como es posible apreciar, siempre hay más de una alternativa para encontrar RR.TT fonoaudiológicos. Solo hay que ser precavidos y cerciorarse de que los materiales que vamos a adquirir o diseñar, se ajusten efectivamente a las necesidades de nuestros usuarios y a nuestra planificación.

Para finalizar este espacio dedicado al trabajo fonoaudiológico para la infancia, es necesario destacar una consideración relevante en el proceso de creación y uso de RR.TT a disposición de niños y niñas: la importancia de incluirlos en el proceso. Si bien, gran parte de las sesiones requieren de agilidad y optimización del tiempo, no se puede desconocer que todo niño y niña que se involucra de forma activa en la creación, genera un vínculo más significativo con su profesional tratante y con el momento que está viviendo. Ese acto de implicarse en su aprendizaje a través de la manipulación de materiales, con miras a un producto final, empodera a los niños con una sensación de logro que va más allá de objetivos comunicativos. Todo se puede adecuar según las destrezas propias de cada edad, preparando los materiales previamente y disponiendo de herramientas sencillas, que les permitan lograr objetivos técnicos de baja dificultad: pegar tarjetas o tapitas de botellas, pintar cubos de plumavit o recortar figuras geométricas sencillas de cartulina o goma eva. Al organizar anticipadamente el RR.TT que se quiere construir, los niños se pueden sumar a la parte final de la confección, añadiendo detalles decorativos, pero que para ellos pueden ser altamente relevantes. Recuerdo una oportunidad hace ya años atrás, en mi consulta particular. Si bien, siempre trataba de dedicar un pequeño espacio de acción a mis usuarios, en esa ocasión decidí ir un poco más lejos. El niño con el cual trabajaba llevaba largo tiempo en un objetivo de trabajo y no lográbamos la generalización en el uso del sonido. Para la ocasión, llevé pre armado un robot de cartón, creado con dos cajas unidas y forrado de color rojo. Ya pueden imaginar a esta altura cuál era el sonido que trabajaríamos. El robot tenía un gran tamaño, y al verlo y explicarle lo que haríamos, el niño manifestó su entusiasmo total con la misión. Decoramos juntos el robot con stickers, antenas de palitos de madera, transistores de corcho y, por supuesto, diversas imágenes por todos lados de palabras con sonido RR. El remate de la actividad era bautizar su robot con un nombre con dicho sonido. Así fue como nació René-robot, que, para mi sorpresa, duró varias sesiones en perfecto estado y hasta se fue de vacaciones familiares a La Serena varios días. Pues bien merecido se lo tenía, ya que ayudó a su dueño a conseguir el alta fonoaudiológica.

¿Qué rescatamos de este apartado de recursos terapéuticos en el trabajo con niños, niñas y adolescentes?

1. RR.TT no es sinónimo de materiales didácticos.
2. Existen varias consideraciones relevantes a la hora de aventurarse en la confección de RR.TT, especialmente en lo que refiere a la selección de estímulos gráficos.
3. En la Literatura para infancia y adolescencia encontramos valiosas alternativas para disponer de libros como RR.TT

4. La telepráctica ha ampliado la posibilidad de implementar RR.TT a través de la tecnología.
5. La inclusión de los usuarios en el proceso de confección de RR.TT le da un valor agregado al vínculo terapéutico.

Recursos terapéuticos en población adulta y adulta mayor: lineamientos para la terapia

El abordaje de usuarios adultos y adultos mayores supone un gran desafío en la práctica clínica, puesto que a diferencia de la población infantil, nos vemos enfrentados a sujetos con un desarrollo cerebral casi completado (teniendo presente que el sistema de Wernicke es el último en lateralizarse) y con habilidades cognitivas y un lenguaje ya adquirido. En base a esto, la dinámica cerebral nos reta a poder abordar de manera oportuna y a partir de un diagnóstico certero.

Clásicamente, en la población adulta y adulta mayor, las terapias y los RR.TT a emplear dependerán del diagnóstico y características individuales de cada usuario. Así, surge la necesidad de estar constantemente actualizados en los criterios diagnósticos y síntomas neuropsicológicos/motores. Por ejemplo, si pensamos en una forma común de Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), lo primero que evocamos es la demencia tipo Alzheimer, no obstante, ¿la sintomatología reportada en este cuadro es de exclusividad o puede conducirnos a diagnósticos errados? La respuesta a esta interrogante, para nuestra sorpresa, es que el Alzheimer puede ser mal diagnosticado, confundiendo con frecuencia con demencia Frontotemporal. En esta línea, si nos centramos en el abordaje fonoaudiológico de un TNM, surgen múltiples áreas a tratar, como por ejemplo: la cognición, deglución, lenguaje y habla en algunos casos (dependiendo de la variante demencial expresada). A su vez, podemos enfrentarnos a pacientes que sólo manifiestan compromiso lingüístico, de habla o deglución en forma aislada, pero independiente del escenario, siempre nos cuestionamos qué tipo de terapia y/o material utilizaremos, cobrando así relevancia los RR.TT. A continuación, en este apartado abordaremos algunos consejos de utilidad sobre qué RR.TT utilizar en algunos diagnósticos de relevancia y recurrencia en la práctica fonoaudiológica.

Uso de láminas y material concreto en adultos y adultos mayores

Las lesiones cerebrales en personas con un lenguaje previamente adquirido, tienen como consecuencia uno de los trastornos lingüísticos más prevalentes conocido como afasia. Sabemos que en pacientes con afasia el lenguaje se ve comprometido en sus cuatro modalidades (comprensión, expresión, lectura y escritura) y que existe un “recetario” para poder abordarlos: *El Manual de la Afasia y Terapia de la Afasia* (Helm-Estrabrooks & Albert, 2005). Este RR.TT tiene la particularidad de brindarnos directrices para mejorar la expresión verbal, la expresión no verbal y la comprensión auditiva en los usuarios. Su uso está generalizado en la comunidad de fonoaudiólogos, obteniendo buenos resultados terapéuticos y relativas

mejoras en la calidad de vida de las personas; sin embargo, en la práctica clínica no es el único recurso que podemos utilizar.

Hablar de cerebro y lenguaje es un tema complejo, pero gracias a la neurociencia cognitiva hemos ido obteniendo herramientas para mejorar los procesos de evaluación y tratamiento en usuarios afásicos. Asimismo, esta complejidad en el quehacer diario de los fonoaudiólogos nos orienta a tener una premisa: tras una lesión, el cerebro tiene la capacidad de reorganizarse, por consiguiente, un cerebro post lesión no es el mismo al cerebro pre lesión. Considerando que el cerebro se reorganiza en menos de 72 horas, este periodo de tiempo es clave para evaluar y obtener una visión clara de aquellos déficits adquiridos y poder intervenir en ellos. En este sentido, el uso de estímulos en imágenes (p.e., en tarjetas termolaminadas) es un RR.TT generalizado en estos pacientes, pero cabe preguntarse ¿son las láminas la única forma de poder recuperar el lenguaje en un usuario con afasia? Para dar respuesta a esta pregunta, debemos recordar que existen diversas modalidades de estimulación, como por ejemplo la visual, la auditiva y la táctil. Las dos primeras son la base en toda terapia fonoaudiológica, de hecho, es la que empleamos al momento de presentar diversas tarjetas con estímulos a los usuarios. No obstante, desde la práctica clínica, en reiteradas ocasiones, nos vemos limitados por múltiples factores (p.e, usuarios en UCI) que nos impiden ingresar con elementos externos que pueda ser un transporte de patógenos y poner en riesgo a los usuarios. Es en este punto donde debemos recurrir a elementos concretos para trabajar el lenguaje.

En el contexto hospitalario o ambulatorio, existen diversos RR.TT que podemos utilizar para el trabajo en pacientes con afasia. Imaginemos una visita a un usuario hospitalizado en el servicio de medicina de un Hospital Regional y, paradójicamente, olvidamos llevar nuestro set de láminas para trabajar con él, ¿a qué podemos recurrir para comenzar la intervención? Pues acá es donde cobra relevancia lo comentado previamente, la modalidad de estimulación mediante el tacto. Los usuarios con daño cerebral adquirido, responden de mejor manera en etapas iniciales a estímulos concretos (p.e., un vaso, un lápiz, una botella, etc.). Al presentar el vaso que se encuentra en este contexto hospitalario, permite al cerebro dañado de nuestro usuario generar una estimulación de múltiples sentidos, siendo la manipulación de éste clave en etapas iniciales para generar redes cerebrales y favorecer los mecanismos de neuroplasticidad cerebral. No es lo mismo presentar una imagen con un vaso, donde el paciente no puede manipular y sentir las dimensiones de éste, que presentarle el vaso como objeto concreto. Mediante el uso de estos RR.TT, podemos emplear estímulos verbales dirigidos al usuario, quien mediante la visión y tacto podrá interactuar y acceder de mejor manera al léxico almacenado previamente.

Basados en el uso de láminas de estimulación, en el caso de usuarios adultos y adultos mayores, es recomendable que éstas tengan como medida dimensiones de 12 cm. por cada costado. Esta medida sugerida favorece una buena manipulación del estímulo por parte del usuario, aun cuando presente una hemiparesia en su lado dominante. Sin embargo, es importante destacar que el estímulo central (la imagen presentada) debe ser

acorde al rango etario del usuario. En este contexto, no se debe “infantilizar” al usuario presentando una imagen de un perro animado por ejemplo; deben ser estímulos reales, ya que la imagen almacenada en un cerebro adulto corresponde a esto, no a una caricatura. Adicionalmente, se debe tener presente que las láminas creadas deben estar termolaminadas, o en su defecto, con alguna protección que impida que el papel se pueda doblar, y a la vez, pueda ser desinfectado entre cada sesión con los diferentes usuarios. Debemos tener presente en nuestro quehacer profesional, que el abordaje en neurorehabilitación de usuarios adultos, permite el uso de RR.TT para más de un cuadro clínico. Si continuamos en la línea del uso de láminas y material concreto, es importante hacer referencia a que no sólo sirven estos tipos de RR.TT para usuarios con afasia, sino que también se pueden generalizar a casos de traumatismo encefalocraneano, trastornos cognitivo-comunicativo y TNM.

Uso de recursos musicales y no verbales en neurorehabilitación

En este punto de los antecedentes presentados, ustedes se preguntarán: ¿solo cuento con estos RR.TT para trabajar?, definitivamente no. Para contextualizar lo planteado en párrafos previos, la actualización de conocimientos es necesaria para brindar una terapia dinámica y heterogénea. Desde hace algunos años se ha instaurado en la comunidad fonoaudiológica el concepto de “musicoterapia”, cuya traducción oficial correspondería a Terapia Musical. Ésta se ha impuesto como una alternativa terapéutica de bajo costo, no invasiva y con efectividad en población con TNM. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que su uso puede generalizarse a usuarios con afasia. Asimismo, es importante generar una distinción entre Terapia Musical y la clásica Terapia de Entonación Melódica, ya que la primera es utilizada mayormente en enfermedades neurodegenerativas, mientras que la segunda está diseñada para mejorar las dificultades expresivas en afasia de Broca.

Molina-Ampuero, Méndez-Orellana, Fredes-Roa, & Toloza-Ramírez (2021), nos presentan evidencia actualizada sobre los efectos de la Terapia Musical en TNM y afasia post accidente cerebrovascular, destacando que este RR.TT promueve beneficios cognitivos sobre la memoria, atención y lenguaje en este grupo de pacientes. No obstante, estos efectos se limitan en TNM a grados de severidad leve a moderada versus en afasia, donde los beneficios incluyen etapas agudas y crónicas del trastorno. Ahora bien, frente al uso de este RR.TT, se deben tener ciertas consideraciones para que la terapia tenga efecto sobre los procesos cognitivos indicados. Los beneficios de la Terapia Musical son evidentes tras cinco sesiones terapéuticas como mínimo (Vink & Hanser, 2018), y debe considerar estilos musicales acorde al interés de cada usuario; caso contrario, la estimulación no tendrá efecto significativo. En este sentido, es recomendable utilizar estímulos musicales con mayor carga emotiva para el usuario durante tres meses como mínimo (Galińska, 2015), con un estilo elegido en consenso con familiares o el usuario cuando sea posible. No existe evidencia aún sobre qué tipo de estilo musical sería el más efectivo para el trabajo

cognitivo en los usuarios, pero se postula que en adultos mayores la música clásica, empleada como base, tendría efectos significativos sobre el rendimiento cognitivo (Tsai et al., 2013). Lo cierto es que este RR.TT es de fácil acceso y aplicación, promoviendo innovación y efectividad frente a las terapias tradicionales.

Por otra parte, debemos partir de la premisa de que no todos poseemos habilidades manuales y en reiteradas ocasiones esto complejiza bastante la creación de material para nuestros usuarios. Sin embargo, muchas veces olvidamos que podemos plantear una terapia formal sin tener ningún tipo de material a disposición, ¿interesante y extraño, verdad? Teóricamente, todos conocemos las características de los cuadros de afasia global y afasia no fluente mixta, donde el lenguaje se ha perdido en algunos casos en su totalidad, y resulta complejo hacer uso de la habilidad comprensiva y expresiva, especialmente cuando no existe una intención comunicativa como en la afasia global. Como estos casos, en términos de severidad, son los más graves dentro de las afasias no fluentes, comenzar con el uso de imágenes en la práctica clínica es complejo, sobre todo para un usuario con lesión extensa. Si partimos con RR.TT básicos y comunes, podríamos pensar de inmediato en ayudas que involucren claves fonémicas, por ejemplo, pero éstas en casos de pérdidas totales del lenguaje no tienen efecto terapéutico y no podemos validarnos a través de ellas. En contraste, suelen ser un excelente recurso a utilizar en conjunto con la presentación de imágenes en pacientes que han sido diagnosticados fonoaudiológicamente con una afasia anómica (la más leve de todas las afasias, tanto fluentes como no fluentes) o una afasia de Broca (donde hay una alteración importante de la nominación).

Ahora bien, recordando las diferencias a nivel de expresión y comprensión en estos dos casos de afasia que hemos citado, no podemos olvidar que, en términos expresivos, el aspecto diferencial es la estereotipia y, a nivel comprensivo, la pantomima comprensiva. Estas diferencias claves en el proceso de evaluación/diagnóstico tienen relevancia en la terapia, ya que nos indican que, al momento de comenzar la rehabilitación, podemos hacer uso de un RR.TT muy económico y que no requiere de materialización en una lámina u objeto concreto. Es decir, nos referimos al lenguaje no verbal mediado por la pantomima. Los gestos, los movimientos, el lenguaje no verbal en su máxima expresión nos permiten obtener mejoras en los usuarios si los implementamos en etapas iniciales. El cerebro humano no sólo depende de señales visuales en una imagen, sino también de señales motoras, las que en definitiva comprenden lo sensorial y motor, generando en conjunto una mayor activación cerebral y favorece las habilidades neurológicas. Solicitar al usuario que realice una pantomima que involucre la acción de comer es un excelente RR.TT, ya que aunque sea una actividad muy básica y simple, promueve en paralelo una estimulación comprensiva y expresiva desde una arista motora. Este tipo de actividad centrada en este RR.TT, es sin duda la base y puerta de entrada para continuar hacia terapias más complejas que involucren el uso de objetos concretos, de terapias formales, música, entre otros.

Es de conocimiento general que el componente motor siempre ha estado presente en las actividades que realizamos como fonoaudiólogos, el punto es que motor no sólo es sinónimo de bailar, mover la cabeza, etc., sino también de manipulación, como ocurre en imágenes u objetos concretos. Esto nos lleva a hablar de los trastornos asociados en los usuarios como la pérdida de la habilidad de escribir (agrafia), la pérdida de habilidades de cálculo matemático (acalculia) y la pérdida de la habilidad de leer (alexia), por citar algunos ejemplos. En particular, nos enfocaremos en el trastorno de lectura, la alexia, tan prevalente en usuarios que han sufrido un compromiso neurológico. Existen terapias clásicas, al igual que las recomendadas para afasia, que nos han sido enseñadas en nuestra formación de pregrado o que hemos ido profundizando (y en algunos casos conociendo por primera vez) en diversos cursos atingentes a nuestra área de interés profesional. Sin embargo, en la práctica clínica esto requiere de RR.TT simples y bastante “artesanales”, por decirlo de alguna manera.

Para contextualizarlos un poco, me permitiré la licencia de contarles una breve situación que se dio hace algunos años con mis estudiantes de internado clínico (no se asusten: ante todo la ética, respeto y resguardo por la identidad de las personas involucradas). Pues bien, como habrán notado, mi área de desempeño profesional es la neurorrehabilitación de pacientes neurológicos y es en este contexto donde surge un RR.TT importante. Mis estudiantes en su segunda semana (tras ver una gran cantidad de usuarios), post evaluaciones en contexto hospitalario, debían comenzar con las terapias de algunos casos que tenía en agenda ambulatoria. Aquí es donde conocen a uno de mis regalones, el cual cursaba con una Alexia asociada a su afasia de base. Tras conocer el caso, les solicité que comenzaran la próxima sesión no sólo con actividades para expresión, sino también para lectura. Como era de esperar, surgieron bastantes ideas desde la teoría y nuevamente muy estructuradas, pero los invité a ir más allá de lo clásico, considerando las características de mi usuario (que dicho sea de paso, es una persona maravillosa). No tomen como crueldad la reflexión intensiva a mis estudiantes, muy por el contrario, era necesario para su futuro profesional el comprender que no todo está en libros y que podemos innovar. Pasado un tiempo considerable, surge de ellos el brillante concepto de “Abecedario Móvil”, un nombre lindo y llamativo a mi parecer. Este RR.TT, al cual bautizaron con dicho nombre, era algo que yo ya ejecutaba en mis terapias, pero jamás tuve la creatividad de un nombre tan sencillo, poderoso e innovador. De seguro con tanto relato se estarán preguntando en qué consiste el Abecedario Móvil, pues es algo muy sencillo que podemos desglosar de su nombre. Un abecedario normalmente es algo que vemos en un mural como un póster, por ejemplo, donde se pueden visualizar todas las grafemas que utilizamos, pero es complejo para una terapia mostrarlo en su totalidad (muchos estímulos a la vez, no ayudan en el proceso de rehabilitación ni a cumplir un objetivo terapéutico). En sí, este RR.TT consiste en crear láminas pequeñas con cada grafema del abecedario con un tamaño variable (desde mi experiencia 5x5 cm. es una buena medida en un caso no complejo), ya que depende de las características de cada usuario y si existe o no algún compromiso

visual concomitante. Se confeccionan varios ejemplares para cada grafema e idealmente se agrega cierto relieve a cada uno (sí, efectivamente como el sistema Braille). Por su parte, el término móvil consiste básicamente en la manipulación dinámica y según el objetivo terapéutico; esto, adicionando que el usuario posee una copia de este abecedario para realizar trabajo en casa con sus familiares y/o cuidador.

Antes de proceder a entregarles un ejemplo sencillo, aunque resulte majadero y repetitivo, es aquí donde podemos ver que lo motor sí está siempre presente. La lectura cinestésica no sólo es una forma de lectura en casos de usuarios no videntes, sino que también es una herramienta de rehabilitación. Por ejemplo, si queremos favorecer la lectura y usamos el estímulo /casa/, presentar grafema a grafema (en las láminas de 5x5 cms) de este Abecedario Móvil sin mayor ayuda, sería complejo. Es cierto que nuestro usuario podría utilizar la vía fonológica para completar la tarea que hemos entregado, pero sería bastante lento y la frustración comenzaría a crecer para ambas partes (usuario y fonoaudiólogo). Pero, si a esta actividad planteada le agrego movimiento, el objetivo se cumple más rápido y el usuario evidencia mayor fluidez en la realización de la tarea. En consideración, el uso del Abecedario Móvil como RR.TT, promueve avances notables en una sesión terapéutica, siempre y cuando la actividad no sólo incluya el uso de la vía fonológica para la lectura, sino que también incluya ir recorriendo toda la forma del grafema mientras se lee, además del relieve de éste, no es nada nuevo, y probablemente más de alguno lo ha utilizado, el punto es el sustrato que presenta: múltiples actividades cerebrales en pro de una actividad.

Lo paradójico de este RR.TT que les planteo, es que hace un tiempo surgió una publicación en redes sociales sobre lo novedoso del método y los buenos resultados que brinda en casos de alexia. Esto, sin duda, es algo bastante positivo, ya que si bien no es una terapia formal/tradicional, muchos colegas la han utilizado, y múltiples colegas hemos practicado y pensado lo mismo sin estar en la misma región o conocernos. Ahora, el desafío es realizar estudios en la población y poder validar el método, pero eso ya es tema para otra ocasión, aunque la ventana queda abierta para quien quiera comenzar y aportar a nuestro quehacer fonoaudiológico.

Recursos terapéuticos para estimulación cognitiva

Existe una amplia gama de estrategias terapéuticas a utilizar en usuarios que cursan el proceso de envejecimiento, dependiendo claro está, del cuadro clínico que se exprese. En este contexto, el uso de terapias no farmacológicas tiende a ser una de las terapias más utilizadas en la práctica clínica, específicamente la estimulación cognitiva. La preferencia por el uso de estas terapias se debe a que son no invasivas, de bajo costo, y producen efectos significativos sobre la cognición. Si bien, la estimulación cognitiva se ha impuesto como un estrategia de intervención que se emplea con frecuencia en usuarios con deterioro cognitivo o TNM, no obstante, en este punto, debemos recordar que como profesionales fonoaudiólogos especializados en el abordaje de población adulta y

adulto mayor, no sólo ejecutamos procesos terapéuticos en usuarios con patología, sino que también podemos tener un rol activo pre patología (p.e., si nos desempeñamos en atención primaria de salud: rol de promoción y prevención). En base a este último punto, les llamo a la calma, ya que en las próximas líneas me detendré a explicar y darles opciones de RR.TT, especialmente en adultos.

En primer lugar, comenzaremos hablando de los RR.TT disponibles para personas que cursan el proceso de envejecimiento, que dicho sea de paso, se acelera de manera considerable a nivel mundial y Chile no es la excepción. Cuando tenemos un usuario secuestrado de un evento neurológico, o que cursa con un deterioro cognitivo típico o patológico, o que tiene un TNM diagnosticado, nuestro objetivo apunta a potenciar o mantener el funcionamiento cognitivo (dependiendo del diagnóstico, por supuesto). Dentro de los RR.TT disponibles, contamos con las clásicas actividades cognitivas en papel, donde nuestro usuario puede realizar una sopa de letras, puzzles, etc. Este RR.TT ha demostrado ser efectivo sobre las funciones cognitivas, pero tiene una gran limitante: ser una tarea muy estructurada con material monótono y poco atractivo para los usuarios. Adicionalmente, no existe un consenso sobre las medidas que debe tener esta típica hoja impresa, pero desde la experiencia, les destaco que el material debe ser adaptado al rango etario del usuario. Esto quiere decir que las letras y estímulos incluidos deben tener un tamaño que permita a un usuario adulto mayor, por ejemplo, identificar sin esfuerzo el contenido (considerando especialmente los cuadros de presbicia en esta etapa). Asimismo, se sugiere que en caso de utilizar colores en las actividades plasmadas en la hoja, éstas no presenten una sobrecarga puesto que puede inducir a distracción en la tarea y, con ello, a que el objetivo terapéutico no se alcance.

Ahora bien, en el contexto de pandemia actual en que nos encontramos, el uso de tecnologías se ha impuesto en nuestro quehacer profesional y también personal. Pero, desde mi perspectiva, la pandemia nos ha impulsado a reforzar el uso de un RR.TT que probablemente muchos de ustedes han considerado en sus terapias al menos una vez: el uso de Power Point. Personalmente, este RR.TT lo he utilizado desde que era interno de fonoaudiología, ya que las habilidades manuales no eran (y siguen sin serlo) lo mío. Ustedes se preguntarán qué me brinda realizar un Power Point por sobre el uso de un papel y lápiz y los beneficios, aunque ustedes no lo crean, son muchos. Realizar una presentación en Power Point permite utilizar imágenes (siempre reales y no animadas) en forma más dinámica, debido a que pueden ir apareciendo en movimiento durante una presentación. Esto permite que el foco de atención se centre en el estímulo visual que se está presentando y, además, que nuestro usuario no se fatigue o aburra rápidamente por estar realizando una actividad sobre aprendida y repetitiva como ocurre con el uso de hojas impresas. En este tipo de RR.TT, debemos considerar que la cantidad de estímulos no debe ser más de cuatro por diapositiva, caso contrario, a nivel cerebral se produciría una sobre excitación por la cantidad de información que llega al cerebro del usuario. Se debe destacar que este tipo de RR.TT permite

una mayor interacción con el usuario y no requiere que sea un erudito en el uso de tecnologías, ya que sólo debe enfocarse en ver y verbalizar durante la actividad.

En la siguiente idea, retomaré el concepto de estimulación cognitiva pre cuadros patológicos. Tradicionalmente, sabemos que durante el envejecimiento se experimenta un declive en las funciones cognitivas producto de la edad, progresando en algunos casos desde olvidos benignos (propios del envejecimiento) a olvidos patológicos. No obstante, durante la adultez ya se comienza a experimentar un declive en las funciones cognitivas, pero de manera discreta. Por ejemplo, la evidencia sugiere que en usuarios con Alzheimer (si bien su causa aún es desconocida), el deterioro se comienza a experimentar 20 años antes de la manifestación clínica y formal del cuadro (Villemagne et al., 2013), lo cual nos indica que como profesionales debemos orientarnos en este segmento de la población (adultos de mediana edad) para evitar a futuro una rápida progresión y deterioro en los usuarios.

Realizar intervención fonoaudiológica mediante estimulación cognitiva en sujetos de mediana edad sin patología, promueve un incremento de la reserva cognitiva que estará disponible ante algún evento patológico. Así, un estudio reciente destaca la necesidad de instaurar programas de estimulación cognitiva precoz en la población, rompiendo el paradigma de que su uso sólo está indicado para el envejecimiento normal o patológico (Tolosa Ramírez & Martella, 2019). Por tanto, previo a establecer un RR.TT novedoso para utilizar, debemos tener en cuenta que la estimulación cognitiva tiene mayores efectos cuando es combinada con ejercicio físico (Wikee 2018).

Tras esta extensa (pero necesaria) aclaración, nos enfocaremos en los RR.TT que pueden utilizar para intervenir en adultos de mediana edad. En nuestro país, se ha instaurado el uso de terapias con consolas (videojuegos como el conocido Wii), siendo su objetivo principal tratar a los usuarios que presentan trastornos vestibulares. Sin embargo, a continuación, abordaremos este punto, destacando que no es un RR.TT que se restrinja exclusivamente a este segmento. Derribar el paradigma de que la estimulación cognitiva es viable únicamente a través de material concreto (como lápiz y papel con actividades) es más necesario que nunca. Desde esta premisa, surgen los RR.TT utilizados a nivel internacional con el fin de generar estimulación cognitiva dinámica y con mayores efectos. Este RR.TT, que cobra cada vez más relevancia, corresponde al uso de realidad virtual. Líneas recientes de investigación promueven el uso de realidad virtual como un RR.TT alternativo y con mejores resultados en términos cognitivos. Pese a los beneficios reportados, este RR.TT ha sido indicado para personas de mediana edad (Doniger et al., 2018; Gajewski, Freude, & Falkenstein, 2017), ya que fue implementado en Holanda con adultos mayores, pero los conflictos sensoriales que ocasionó en este grupo determinó que no es recomendado por el alto riesgo de caídas, y con ello, de sufrir fracturas.

Ahora bien, el uso de realidad virtual como RR.TT tiene claras ventajas cognitivas, pero específicamente, estos beneficios se deben a

que existe una integración simultánea entre la parte cognitiva y motora. Básicamente, con este RR.TT se posiciona al sujeto en una plataforma (una trotadora) en la cual debe ir caminando a un ritmo normal junto a un interfaz de realidad virtual en sus ojos. Acto seguido, mientras el sujeto camina en la pantalla disponible frente a sus ojos, se reproduce un video con diferentes actividades cognitivas dinámicas, secuenciadas por funciones cognitivas. Por ejemplo, en una actividad tan simple como ir al supermercado, el sujeto debe recordar una lista de productos que debe comprar en este recorrido, y para ello, aparte de recordar la lista, debe ir moviendo sus extremidades superiores para ir seleccionando los productos disponibles en esta pantalla de realidad virtual (para una visualización más concreta del ejemplo, visitar material complementario de artículo publicado por Doniger et al. (2018)).

Si bien es un RR.TT bastante innovador, su costo es muy alto y requiere de colaboraciones con expertos de ingeniería y una gran cantidad de recursos económicos para ser implementado en Chile. No obstante, para no generar un desánimo, esta idea puede ser analogada con un RR.TT más económico, por ejemplo, una consola de videojuegos como las utilizadas en rehabilitación vestibular. En esta forma alternativa, podemos lograr que nuestro usuario ejecute no sólo actividades motoras, sino también cognitivas, guiadas con un fin terapéutico específico. Asimismo, cabe destacar que el uso de RR.TT como los recién mencionados están especialmente dirigidos a sujetos adultos de mediana edad, siendo su principal ventaja, que nos permite tener un rol activo desde la promoción y prevención. En palabras sencillas, lo que tratamos de explicar con este punto es que, si comenzamos a implementar programas de estimulación cognitiva que comprendan aspectos motores y cognitivos, podemos aumentar los niveles de reserva cognitiva en la población, y con ello, aumentar los mecanismos neuroprotectores disponibles ante un eventual envejecimiento patológico. Cabe destacar también, que como hemos planteado en este capítulo, siempre tendremos que considerar la historia clínica de los usuarios, y las características individuales de estos.

Finalmente, como hemos tratado en este apartado, la estimulación cognitiva es fundamental no sólo en TNM, sino también en población general en edades tempranas. Adicionalmente, es importante recordar también que los RR.TT para promover mejoras cognitivas pueden (y deberían) ser implementados en usuarios que cursan con sintomatología depresiva, puesto que ésta promueve un bajo rendimiento cognitivo y es capaz de evolucionar a un cuadro de TNM, pero de carácter reversible (clásicamente conocidas como demencias reversibles) (Tripathi & Vibha, 2009). Por ende, otro paradigma a derribar es que en la depresión, los profesionales fonoaudiólogos no participamos, pero si bien no la diagnosticamos, podemos contribuir mucho en el tratamiento de ésta junto a profesionales de la psicología, por ejemplo.

Recursos terapéuticos en abordaje de deglución

Existen diversos RR.TT para poder trabajar con usuarios que presentan trastorno deglutorio (clásicamente conocido como disfagia), siendo el costo y sofisticación variable, y dependiente de los recursos económicos de cada profesional. Desde la práctica clínica, y considerando mi experiencia en servicio público, les comento que no es necesario el uso avanzado de RR.TT en un contexto hospitalario. Brevemente, en base a esta premisa, para trabajar sensibilidad en un usuario, por ejemplo, podemos hacer uso del material disponible en box (o que pueden comprar a bajo costo para trabajar en contexto ambulatorio), dentro de los cuales destacan: baja lengua, gasa, la clásica cinta plástica transparente e incluso los guantes de látex. Todos estos RR.TT se pueden combinar e ir alternando para mejorar aspectos sensitivos en nuestros usuarios. Por último, desde un punto de vista de motricidad, lo más utilizado es un cepillo de dientes vibrátil (marca a elección, ya que todos presentan la misma función), con el cual se puede estimular el control motor oral y lo mejor es que es fácil de utilizar, tanto para el clínico como para el usuario y su red de apoyo. Asimismo, otros RR.TT utilizados corresponden a diferentes especies para activar también sensibilidad, de preferencia ir alternando entre olores intensos y suaves. Sin duda, el avance tecnológico ha permitido que hoy existan equipos en el mercado que se enfocan en electroestimulación, pero su costo puede no estar dentro de sus presupuestos, y en dicho caso, el trabajo con algunos de los RR.TT antes mencionados, puede alcanzar el objetivo deseado.

¿Qué nos llevamos de este apartado de recursos terapéuticos en adultos y adultos mayores?

1. Siempre considerar las características del paciente para la implementación de algún RR.TT.
2. No es necesario confeccionar la mayor parte del tiempo materiales que demanden tiempo y creatividad, ya que en nuestros propios lugares de trabajo podemos hacer uso de RR.TT que muchas veces obviamos y no consideramos podían ser útiles.
3. La actualización constante desde una perspectiva de evaluación, instrumentos de evaluación y mecanismos terapéuticos, es necesaria para ir generando innovaciones en las terapias e incluir nuevos RR.TT que probablemente sean de bajo costo y que alcancen resultados funcionales en nuestros usuarios.
4. No todos los RR.TT son aplicables a adultos y adultos mayores, ya que dependen del cuadro clínico concomitante.
5. Los RR.TT no sólo son efectivos desde una arista de rehabilitación, sino también desde un rol de prevención para favorecer la expresión más tardía de un cuadro de TNM, por ejemplo, como es el caso de las estrategias de estimulación cognitiva.

2.5.2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, M. I., Westerveld, M. F., Trembath, D., & Gillon, G. T. (2018). Promoting language and social communication development in babies through an early storybook reading intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 337–349.
- Crespo, M. (2002). *Literatura infantil y juvenil: teoría y didáctica* (pp. 17–19). España: Grupo Editorial Universitario.
- Doniger, G. M., Beeri, M. S., Bahar-Fuchs, A., Gottlieb, A., Tkachov, A., Kenan, H., ... Plotnik, M. (2018). Virtual reality-based cognitive-motor training for middle-aged adults at high Alzheimer's disease risk: A randomized controlled trial. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 4(1), 118–129.
- Fernández-Zúñiga Marcos de León, A., & Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Finestack, L. H. (2012). Five principles to consider when providing narrative language intervention to children and adolescents with developmental disabilities. *Perspectives on Language Learning and Education*, 19(4), 147–154.
- Gajewski, P. D., Freude, G., & Falkenstein, M. (2017). Cognitive Training Sustainably Improves Executive Functioning in Middle-Aged Industry Workers Assessed by Task Switching: A Randomized Controlled ERP Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 81.
- Galińska, E. (2015). Music therapy in neurological rehabilitation settings. *Psychiatria Polska*, 49(4), 835–846.
- González Lazaro, P., & González Ortuno, B. (2012). *Afasia: De la teoría a la práctica* (pp 212). México: Editorial Médica Panamericana.
- González Ortuno, B., & González Lazaro, P. (2018). *Afasia. Ejercicios para rehabilitar el lenguaje* (pp 263). México: Afasia Contacto.
- Grogan-Johnson, S., Meehan, R., McCormick, K., & Miller, N. (2015). Results of a national survey of preservice telepractice training in graduate speech-language pathology and audiology programs. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 42(Spring), 122–137.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. (2005). *Manual de la Afasia y Terapia de la Afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Guzman, M., Bertucci, T., Pacheco, C., Leiva, F., Quintana, F., Ansaldi, R., Quezada, C., & Muñoz, D. (2020). Effectiveness of a physiologic voice therapy program based on different semiocluded vocal tract exercises in subjects with behavioral dysphonia: A randomized controlled trail. *Journal of Communication Disorders*, 87, 106023.
- Incontrada, A., de Cascante, J., Roghi, V., Garcés, J., & Altés, M. (2020). *El libro de Gianni Rodari: versos, cuentos y vida* (pp 388–389). Barcelona: Blakie Books.
- McGinty, J., & Anderson, G. (2008). Predictors of physician compliance with American Heart Association. Guidelines for acute myocardial infarction. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(2), 161–172.

- MED-EL (2020) Telepractice: Introducing MED-EL Remote Lesson Kits (en línea). Acceso el 10 de marzo del 2021. Retrieved from <https://blog.medel.pro/telepractice-rehabilitation-remote-lesson-kit-1/>
- Medina Rivilla, A., Salvador Mata, F., Arroyo González, R., Blázquez Entonado, F., de Vicente Rodríguez, P. S., Fernández Cruz, M., ... McWilliam, N. (2009). *Didáctica General*. Madrid: Pearson Educación.
- Molina-Ampuero, K., Méndez-Orellana, C., Fredes-Roa, C., & Toloza-Ramírez, D. (2021). La terapia musical y sus implicaciones en la neurorrehabilitación en pacientes con ictus y con demencia. *Neurology Perspectives*, 1(1), 66–81.
- Monfort, M., & Juárez, I. M. (2001). *En la mente*. Madrid: Entha.
- Morán Peña, L. (2011). [Evidence-based practice: some challenges for integration into the curriculum of undergraduate nursing. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 4–7.
- Paul, R., & Norbury, C. F. (2012). *Language disorders from infancy through adolescence*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Pavez, M. M., Coloma, C., & Maggiolo, M. (2008). *El desarrollo narrativo en niños: Una propuesta práctica para la evaluación y la intervención en niños con trastorno del lenguaje* (pp. 20). Barcelona: Ars Médica.
- Pictogramas y recursos para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). (n.d.). Acceso el 14 de marzo del 2021. Retrieved from <https://arasaac.org/>
- Priebe, S., Omer, S., Giacco, D., & Slade, M. (2014). Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review. *British Journal of Psychiatry*, 204(4), 256–261.
- Real Academia Española (RAE). (n.d.). Diccionario de la lengua española. Acceso 19 de Enero de 2021. Retrieved from <https://dle.rae.es/recurso>
- Roth, F., & Worthington, M. S. (2016). *Treatment Resource Manual for Speech Language Pathology*. USA: Cengage Learning.
- Shortland, H. A. L., Hewat, S., Vertigan, A., & Webb, G. (2021). Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Speech Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. *American journal of speech-language pathology*, 30(1), 301–317
- Spencer, T. D., & Petersen, D. B. (2020). Narrative intervention: Principles to practice. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 51(4), 1081–1096.
- Spencer, T. D., Kajian, M., Petersen, D. B., & Bilyk, N. (2013). Effects of an individualized narrative intervention on children's storytelling and comprehension skills. *Journal of Early Intervention*, 35(3), 243–269.
- Toloza Ramírez, D., & Martella, D. (2019). Reserva cognitiva y demencias: Limitaciones del efecto protector en el envejecimiento y el deterioro cognitivo Limited protective effects of cognitive reserve on the progression of cognitive impairment. *Revista Médica de Chile*, 147(12), 1594–1612.
- Tripathi, M., & Vibha, D. (2009). Reversible dementias. *Indian Journal of Psychiatry*, 51 Suppl 1, S52–5.

- Tsai, P.-L., Chen, M.-C., Huang, Y.-T., Lin, K.-C., Chen, K.-L., & Hsu, Y.-W. (2013). Listening to classical music ameliorates unilateral neglect after stroke. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(3), 328–335.
- Villemagne, V. L., Burnham, S., Bourgeat, P., Brown, B., Ellis, K. A., Salvado, O., ... Group, A. I. B. and L. (AIBL) R. (2013). Amyloid β deposition, neurodegeneration, and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: a prospective cohort study. *The Lancet. Neurology*, 12(4), 357–67.
- Vink, A., & Hanser, S. (2018). Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 5(4), 109.
- Weitzman, E. (2017). *It takes two to talk: a practical guide for parents of children with language delays* (pp. 131–151). Toronto, Ontario: Hanen Centre.
- Williams, D. O. (2004). Treatment delayed is treatment denied. *Circulation*, 109, 1806–1808.
- Zwitserlood, R., Wijnen, F., van Weerdenburg, M., & Verhoeven, L. (2015). 'MetaTaal': enhancing complex syntax in children with specific language impairment—a metalinguistic and multimodal approach. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(3), 273–297.



3. PERSPECTIVAS FINALES

“La reflexión siempre está a la mano si uno quiere, pero el tema es darse cuenta qué uno quiere (hacer): qué me interesa, si hacerme rico con la madera o conservar el bosque que está ahí porque genera tales condiciones ecológicas adecuadas para la comunidad y para los otros habitantes del bosque; ese es el tema. Si reflexiono o no reflexiono”

Humberto Maturana
Biólogo, filósofo y escritor chileno

Reflexiones finales

ANTONIETA HERRERA-LILLO
MARCELO SANDOVAL-RAMÍREZ

Todo proceso creativo tiene una historia personal y colectiva detrás, que en cierta forma justifica y nutre su existencia. La principal razón de este proyecto proviene de nuestro compromiso con la disciplina fonoaudiológica. Es una certeza que nuestros colegas enfrentan, día a día, no solo desafíos en lo técnico, sino también aspectos vinculados a su ética profesional, estrechamente relacionada a la configuración del *êthos*. Por lo tanto, contar con material o textos de referencia que permitan describir y analizar aspectos vinculados al Ser y Hacer de nuestra profesión, nos parece necesario para la realidad de la disciplina actual.

Intentar concluir el presente trabajo es más bien una pretensión teórica, ya que en realidad, el mismo trabajo de campo sigue en proceso. Por lo tanto, a continuación, nos centraremos en hacer un cierre parcial o más bien, esbozar unas reflexiones de cierre. Una de las razones que motivó que el texto tuviera co-escritura de capítulos, fue enriquecer a través de la mirada de otros colegas, temáticas que nos parecían ejes prácticos, que son temas recurrentes en la discusión fonoaudiológica, pero sobre los que se generan pocas posiciones que se encuentren a disposición del colectivo para poder discutir. Es así, como cada uno de esos capítulos, han sido pensados para abarcar dimensiones que nuestros colegas en el proceso de investigación de campo, han dejado entrever como contenidos que necesitan ser discutidos.

Durante el proceso de entrevistas, en algunas ocasiones los colegas mencionaron asuntos sobre política o políticas y uno de los aspectos llamativos fue la vaguedad y diferencias que expresaban respecto a si tenemos o no un rol político, o incluso a que se entiende por política. Esto se convierte en un punto interesante de ser analizado, que nos ha llevado a considerar la falta de formación cívica y, con ello, sobre algunos conceptos que sustentan la estructura democrática de un país. Por eso nos parece importante que las profesiones, incluida la nuestra, tengan un rol político, evidentemente no desde el punto de vista partidista, sino más bien desde el comprender la convivencia y, por lo tanto, la política como un saber práctico, tal como lo explicaban los griegos en la antigüedad. Es así como dentro del presente texto, hemos incorporado un capítulo destinado a problematizar las políticas públicas en torno al curso de la vida y, simultáneamente, tensionando nuestra posición y rol en las mismas. También en esa línea, fue un incorporado un apartado que describe los diferentes contextos laborales y de acción de los/as fonoaudiólogas/os, en el que uno de los aspectos a reflexionar, dice relación con las diferencias salariales y el campo laboral actual de nuestra profesión.

Otras dimensiones que durante el trabajo de campo emergieron tienen que ver con el área del conocimiento en que podríamos clasificar a

la Fonoaudiología (salud, educación, ciencias sociales y arte) y, con ello, cuál es el énfasis de la disciplina, si curar, cuidar u otro. En relación a lo antes mencionado, se pueden esbozar algunas ideas iniciales respecto a clasificar nuestro saber, que en opinión de los entrevistados es difícil. Lo que se traduce en la existencia de una variedad de respuestas, algunas inclinadas a visualizarlo como un agente de salud, que visita diferentes contextos (hospitales, escuelas, colegios, hogares), mientras que otros más osados, reconocen la disciplina como un saber social. A partir de lo anterior, una de las ideas que podemos desprender, es que al ser una disciplina construida desde la interdisciplina, tal vez debemos generar un sustento reflexivo sobre lo que somos y cómo nos articulamos en diversos contextos. Esto nos permitiría adscribirnos a más de una facultad y no exclusivamente a la facultad de medicina, como se ha declarado tradicionalmente a la carrera de fonoaudiología a lo largo del tiempo. De esta manera, podríamos desarrollar diferentes perspectivas o “escuelas” que generarían en los futuros estudiantes, la posibilidad de elección en base a la postura teórica desde dónde se mirará la comunicación y, por ende, la facultad a la que decide adscribirse el proyecto fonoaudiológico en cuestión.

Un criterio importante de ser analizado, corresponde a la polisemia en los entrevistados sobre cuál es nuestro énfasis, algunos no dudan del carácter curativo, otros lo vislumbran como rehabilitador, algunos cuidador e, incluso, acompañador. La variedad de respuestas expone un desafío, porque implícitamente devela que estos colegas, a su vez, transmiten esta (su) visión en los estudiantes que pueden formar, generando más ambivalencia. Claramente, no tenemos el consenso que tiene un profesional de la medicina sobre su quehacer curativo o el de enfermería, sobre su naturaleza cuidadora, dejando esta dimensión del *êthos* profesional al criterio profesional de cada colega. Sobre esto, consideramos que se necesita una conversación profunda, académica y gremial, para no perpetuar una inconsistencia que impacta en la formación y la posibilidad de entender (nos) para llegar a ser fonoaudiólogos, no solo en lo técnico, sino también en la dimensión del carácter.

En síntesis, no debemos olvidar que ante todo somos terapeutas, y construirnos como terapeutas es la labor que está pendiente. Esta construcción implica discutir sobre qué creemos y consideramos como nuestro setting terapéutico. Es por esta razón, que decidimos destinar un capítulo a la problematización de nuestro espacio terapéutico, manifestado en una forma que es diferente a la del psicólogo, kinesiólogo o terapeuta ocupacional, con los que compartimos el rótulo de “terapeuta de”. Uno de los desafíos estriba en que no hemos tipificado ni estructurado las conductas, requisitos y características que deberán componer el espacio terapéutico, desde un punto de vista simbólico y, por qué no decirlo, espacial también.

Durante los procesos de entrevista que se configuraron como parte de la base para plantearnos una discusión analítica, quisimos aterrizar una dimensión muy concreta y que debería ser un eje y derrotero para un terapeuta, nos referimos al cómo planificar y utilizar los recursos

terapéuticos, es así como también se pensaron capítulos que abordaran estas temáticas. Lo sorprendente es que, del trabajo de campo, emergieron aspectos interesantes a considerar dentro de esta dimensión. Uno de ellos, es la gran diversidad sobre cómo se planifica, encontrando tantas formas como universidades hay que imparten la carrera de Fonoaudiología. Situación, sin duda alarmante, en especial para los estudiantes que se exponen a una relatividad abrumadora. Esta relatividad o tal vez, falta de desarrollo, no nos sorprendió al querer explorar sobre valores o ética, es más, lo esperábamos y se dio así, ya que son áreas de conocimiento que han quedado relegados a una relatividad semántica, encontrándonos con que muchos fonoaudiólogos las utilizan y mencionan, pero nadie sabe realmente definir las y aterrizarlas.

Sin embargo, muy diferente es que los procesos de planificación y uso de recursos terapéuticos también sean puntos de desencuentro, sumado a la falta de trabajos para nuestra realidad que aborden estas temáticas. Entonces, lo preocupante es preguntarse ¿hay algo que tengamos claro?, ¿tenemos consenso en algo, aparte de llamarnos fonoaudiólogos?. Nos atrevemos a decir que la respuesta a estas interrogantes no es tan alentadora. Esto permite entender por qué al estudiante de Fonoaudiología se le hace tan difícil apropiarse o dilucidar qué es en realidad la profesión, muchas veces teniendo grandes dificultades para saber si es realmente lo que desea o percibir si es compatible o no. Pero a la vez, es una oportunidad para desarrollar un trabajo sistemático en fundarnos y darnos sustancia reflexiva, estamos en el momento ideal para realizarlo.

Muy relacionado a las interrogantes planteadas anteriormente (sobre qué tenemos claro), en relación a los significados que pudieron emerger de los entrevistados sobre diálogo y comunicación, tampoco fue un panorama tan esperanzador, existiendo una gran diversidad de respuestas, que en otras circunstancias podría ser un valor. En este caso, la heterogeneidad de significados al preguntarse sobre el cómo entendían la comunicación y el diálogo, dejó expuestas nuevas relatividades, en torno a lo que debería ser un concepto pivotal sobre el que anclar todo. Estos conceptos tan manipulados, tan pronunciados, pero tan poco pensados como colectivo. Puede ser un diagnóstico difícil de digerir, pero tener multiplicidad de significados es el reflejo de la falta de un sustento o postura teórica unificadora que tenemos como disciplina ante la comunicación, ya que constituye el eje que debería nutrir parte de nuestra identidad profesional. Entre los significados, era posible encontrar desde: “es el intercambio de mensajes entre emisor y receptor” hasta es “todo”. Esto significa, que al igual que con “ética”, la relatividad semántica deja en el vacío reflexivo al mismo eje y sustancia, que en teoría planteamos en los perfiles de egreso. Muy conectada con esta falta de base filosófica y epistemológica sobre la comunicación, estaba la pobre conceptualización que existe sobre el diálogo. Es así como esta problematización fue abordada en el capítulo uno, donde se expuso la paradoja de la comunicación, relacionada con ser los expertos de la comunicación, pero a la vez no saber realmente qué es.

Desde otro ámbito de análisis, es importante destacar que quienes entran a formarse como futuros fonoaudiólogos, ingresan con

un firme conjunto de creencias sobre el papel del fonoaudiólogo que fueron configuradas durante muchos años desde el papel de estudiante. Los procesos de práctica marcan la primera tensión del profesional: la transición entre la identificación con el rol de estudiante a la identificación con el rol de terapeuta y el reconocimiento de que en los procesos de práctica, durante la formación inicial, se ponen en juego los dos roles. Asimismo, es relevante reflexionar y considerar que la identidad del futuro profesional será el resultado del equilibrio entre la identidad personal y la profesional. Para ello, se requiere la consideración de aspectos externos (contextos de vida, de formación académica, de desarrollo profesional, relaciones consigo mismo, con el otro, con los otros) y aspectos internos (historias y emociones).

Asimismo, para los fonoaudiólogos que se desempeñan como académicos en instituciones de educación superior como tutores y/o guías, resulta necesario potenciar los procesos reflexivos sobre la identidad con el rol que desempeñan en la práctica, de tal manera que puedan establecer competencias y recursos que los validen como formadores. Para ello, los programas de formación de fonoaudiólogos deberían potenciar el funcionamiento de comunidades de tutores y de guías que les permitan construir colectivamente el sentido de propósito profesional, establecer lenguajes y formas de trabajo compartidos, y poder mirarse a la luz de las exigencias del rol que desempeñan en el proceso formativo de práctica. Además, estas comunidades son un espacio privilegiado para generar oportunidades de desarrollo profesional en función de las necesidades de los formadores, como por ejemplo, la preparación en estrategias de acompañamiento emocional.

En función de todo lo anteriormente planteado, este libro busca ser un aporte para la formación y el desarrollo profesional de fonoaudiólogos, puesto que permite replantear las prácticas pedagógicas y la construcción de la identidad profesional de los dos actores (fonoaudiólogo en formación y fonoaudiólogo tutor o guía), a partir de la consideración consciente de procesos reflexivos de naturaleza cognitiva y afectiva que están más allá del análisis de los resultados de aprendizaje, situando al sujeto frente a la configuración que hace de sí mismo como terapeuta, usando sus propias concepciones en diferentes contextos profesionales y en interacción con sus pares.

Como fue planteado en las líneas iniciales de este apartado, estas son solo reflexiones preliminares de un trabajo que decidió extenderse más allá de los límites de este libro, analizando y presentado todos los vacíos conceptuales y reflexivos descritos hasta aquí. Por lo tanto, sin buscar ser pretenciosos, nos atrevemos a enunciar algunas problemáticas urgentes de fundamentar como profesión:

- Promover el desarrollo de formación sistemática en esta esfera desde el pregrado sobre la identidad profesional.
- Desarrollar la competencia moral democrática desde el pregrado.
- Trabajar en bases epistemológicas disciplinares para fundamentar la comunicación, el diálogo, el setting terapéutico y, con ello, la creación del proceso de intervención terapéutica.

- Establecer un eje cívico en la formación fonoaudiológica, relacionada con una dimensión que no se puede desligar de la comunicación, como la posibilidad de ser ciudadanos, tanto a nosotros como colectivo, como a las personas que acuden hasta nuestros espacios.

Ahora bien, también sería necesario generar jornadas y simposios en el que se hagan presentes gremios y academias, para trabajar y definir esferas de la identidad profesional, que se transformen en una ruta común para las universidades, volviéndose un eje articulador, reflexivo y transversal, que no responda a las modas de las palabras polisémicas y vacías de los perfiles de egreso, que siguen indicadores impuestos, que nos han distraído de fundamentarnos, lo que sin duda, nos permitiría progresar en hacer “escuelas” en torno a nuestra disciplina. Lo relevante, entonces, es abandonar las dicotomías, mezquindades o pequeñeces, que han dificultado tener un consenso de qué entendemos por comunicación, ética fonoaudiológica, espacio terapéutico, planificación y, con ello, diálogo en el proceso terapéutico. Nos queda pendiente adentrarnos en la discusión de asuntos como el género y la profesión, la instrumentalización, nuestro rol con el ambiente, cultura y tantos otros más.

El mejor momento para comenzar es hoy. La Fonoaudiología tiene en sus manos una posibilidad de una belleza exultante, que es entregarle a la sociedad una mirada práctica y, a la vez, terapéutica de lo que ha constituido el mundo y los imaginarios, en el pasado, en el hoy y lo será en el futuro: comunicar, transcendamos y volvámonos los transcomunicadores que nos debemos para cada persona que acude hasta nuestro espacio.

Que la comunicación sea herramienta sanadora y creadora.

Autores

Antonieta Herrera-Lillo

Nacida en Santiago, cursa sus estudios de Fonoaudiología en la Universidad de Valparaíso, Chile. Luego, realiza un Magíster en Fonoaudiología, Mención Lenguaje, seguido de un Magíster en Educación Superior e Investigación Aplicada. En su ejercicio profesional se ha desempeñado como terapeuta en instituciones educativas, tanto públicas como privadas de diversa índole: escuela especial, jardín infantil, colegio subvencionado con programa de integración escolar y agrupación de padres, tratando alteraciones de la comunicación, lenguaje y habla en niños y adolescentes. Asimismo, ha ejercido la docencia en pregrado en diversas universidades de la región, principalmente en líneas temáticas vinculadas con las alteraciones de lenguaje y habla infantil circunscritas en contextos educacionales. Actualmente forma parte del cuerpo académico de la Universidad Viña del Mar, Chile.

Marcelo Sandoval-Ramírez

Nacido en Viña del Mar, realiza sus estudios de Fonoaudiología en la Universidad de Valparaíso, Chile. Posteriormente, buscando ampliar sus perspectivas, cursa el Magíster en Bioética en la Universidad de Chile. En su ejercicio profesional se ha desempeñado como terapeuta interconsultor en unidades de cuidados intensivos en el ámbito público y privado, tanto en Chile como en el extranjero. Además, ha formado parte de equipos de trabajo en salud mental en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Ha realizado diversas investigaciones en temáticas vinculadas con: Ética profesional y sus vinculaciones al desarrollo del éthos de profesiones de salud, desarrollo moral y Meta funciones del lenguaje. Ha impartido docencia de pre y postgrado en diversas Universidades de la región de Valparaíso y Santiago. Actualmente es académico de la Universidad Viña del Mar, Universidad Andrés Bello y Universidad de Playa Ancha.

Co-autores

Carolina Contreras-Saguas

Fonoaudióloga. Licenciada en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. Magíster en Educación Infantil. Directora Carrera de Fonoaudiología, Universidad del Alba, Sede La Serena. Chile.

Carolina Martínez-Sotelo

Fonoaudióloga. Magíster en Estudios Latinoamericanos con mención en Lingüística. Doctora en Ciencia Cognitiva y Lenguaje de la Universidad de Barcelona, España. Profesora Asistente de la carrera de Fonoaudiología de la Facultad de Salud de la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Carolina Valenzuela-Tapia

Fonoaudióloga. Licenciada en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. Magíster en Educación. Docente Carrera de fonoaudiología Universidad Arturo Prat (UNAP), Iquique, Chile.

David Toloza-Ramírez

Fonoaudiólogo. Magíster en Neurociencias. Profesor Asistente Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. Candidato a Doctor en Neurociencias, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Becario Doctoral, ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/2021-21212181.

Gisella Malatesta-Haug

Fonoaudióloga. Licenciada en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. Magíster en Fonoaudiología, mención Lenguaje. Académica Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

Jessica Pacheco-Saavedra

Fonoaudióloga. Licenciada en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. Magíster en Docencia de Educación Superior, Universidad Andrés Bello, Chile. Magíster en Gestión Pedagógica y Curricular, Universidad Andrés Bello. Docente Universidad Viña del Mar, Chile.

Katherine Dinamarca-Aravena

Fonoaudióloga. Licenciada en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. Magíster en Desarrollo Curricular y Proyectos Educativos, Universidad Andrés Bello, Chile. Doctoranda en Políticas Públicas, Universidad Mayor, Chile.

Rodrigo Trujillo-Manríquez

Fonoaudiólogo. Licenciado en Letras. Magister en Arte Terapia. Coordinador área lingüística, Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Sebastián Bello-Lepe

Fonoaudiólogo. Licenciado en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. PhD (c) Language and cognition. Académico Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile.

Yuri Vega-Rodríguez

Fonoaudióloga, Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Magíster en Didáctica de Lengua Materna – Universidad del Bío-Bío, Chile. Magíster en Trastornos de Lenguaje y Habla, Universidad de Talca, Chile. Doctoranda en Filosofía y Ciencias del Lenguaje, Universidad Autónoma de Madrid, España. Académica Dpto de Ciencias de la Rehabilitación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío.

Identidad Profesional y Fonoaudiología

Reflexiones
y Fundamentos Prácticos

