

TRABAJO FINAL DE EGRESO

Sistematización de Experiencias

Patologías del Lenguaje y Trastornos Asociados. Resultados de evaluaciones diagnósticas en FONUBA con niños de 4 a 6 años de edad.

Universidad Nacional de General San Martín

Escuela de Humanidades

Lic. en Psicopedagogía

Autora: Prof. Natalia Garetto

Tutor: Dr. Alejandro Drewes

Fecha: agosto 2021

“Es esencial comprender la fuerza de la palabra en sus múltiples dimensiones de la vida humana, como aliada del pensamiento y como arma civilizadora. Se trata de rescatarla de su degradación y de intencionales distorsiones e, incluso, silenciamientos”.

Horacio Lejarraga.

ÍNDICE GENERAL

I. Contextualización de la experiencia.....	5
II. Estado del arte.....	13
III. Fundamentos conceptuales de los procesos implicados.....	33
IV. Análisis de los componentes de la experiencia.....	37
V. Conclusiones.....	41
VI. Bibliografía.....	47

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Introducción

A principios del mes de agosto del 2016 y finalizando el mes de septiembre del 2017 la autora ha participado de manera voluntaria en el Programa de Neurolingüística: FONUBA que es un servicio a la comunidad que trabaja de manera interdisciplinaria para la asistencia de Patologías del lenguaje y Trastornos Asociados en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires (UBA, 2018)

Dicho programa brinda asistencia a la comunidad y también una instancia de formación y capacitación para los alumnos de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad de Buenos Aires que están cursando las últimas materias y graduados que deseen adquirir experiencia.

El área que se encarga de los servicios de asistencia a la comunidad está compuesta por las siguientes especialidades: fonoaudiología, psicología, psicopedagogía, psicomotricidad. Cada profesional que forma parte del programa asistencial trabaja en equipo, aunando conocimientos para lograr un trabajo colectivo.

Si bien el servicio admite pacientes de diferentes etapas evolutivas- niños, adolescentes, adultos- el trabajo de campo realizado en el transcurso de un año fue específicamente con niños de 4 a 6 años de edad.

Las evaluaciones realizadas indicaron un predominio en el diagnóstico “Retraso del lenguaje” (Ellis, 2017), esto se debe principalmente a la edad de los niños evaluados y criterios diagnósticos.

Historia de FONUBA

Los cimientos del programa FONUBA tienen origen en su historia y en el aporte de dos cátedras de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología comprometidas con los objetivos institucionales, estos son, los relativos a la “Educación Superior” que dicen que la formación Universitaria no sólo debe lograr la transmisión del conocimiento sino también la producción de los mismos.

Frente a la fragmentación de las profesiones producto de la especialización creciente la formación debió tomar en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipo. Las transformaciones sociales han impuesto una dinámica diferente a la relación de correspondencia entre profesión y problemática a resolver (UBA, 2018).

Desde el año 1998, la cátedra de Psicología I, II, III implementa una metodología de enseñanza-aprendizaje inédita en la currícula universitaria. El equipo docente está integrado

por profesionales del área psicológica, psicopedagógica y fonoaudiológica, quienes tienen a su cargo en forma simultánea, las comisiones de Trabajo Práctico.

De este modo, la formación de alumnas de la carrera de Fonoaudiología en dichas materias, les permite vivenciar el funcionamiento de un equipo interdisciplinario.

El proyecto institucional propuesto muestra la aplicación clínica de esta metodología, como continuación de la formación curricular.

Las siguientes cátedras de Lenguaje: Adquisición de la lengua materna y lenguaje, APS, Patología del lenguaje I y II, Terapéutica del Lenguaje I y II desde sus inicios han orientado la formación a la salida a la comunidad para la prevención y promoción de la salud. Cada año se organizan encuentros entre docentes y alumnos en este sentido y como consecuencias de ellos surgen demandas de las instituciones educativas. Es por lo dicho que un trabajo abierto a la comunidad y en forma interdisciplinaria constituye un ámbito indispensable para la formación de profesionales con este perfil.

En 1997 a través de un convenio realizado entre la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología y el profesorado de Educación Inicial “Eccleston”¹ se programan las actividades del Plan de salud Escolar adaptado. Grupo Social Medio.

En 1998 la “Dirección de Educación Especial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través del Equipo de orientación Escolar, solicita a la Directora de la carrera, la participación de un grupo de Fonoaudiólogos dentro del ámbito escolar. Se comienza con el Plan de salud Adaptado. Grupo de Alto riesgo Social en las escuelas N° 12 y 18 de Villa Soldati.

En 1998 a partir de la demanda educativa, por la existencia de muchos niños con problemas de lenguaje, las autoridades de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología, Facultad de Medicina-UBA y de la Enseñanza Superior N° 1 “Presidente Roque Sáenz Peña” realizan un acuerdo para llevar a cabo un screening Fonoaudiológico en el Nivel inicial de esta Institución.

Dicho screening o “despistaje” tuvo como objetivos:

Detectar las posibles alteraciones en el lenguaje, la voz, la audición y el sistema estomatognómico.

Hacer seguimiento y una orientación de aquellos niños que presentaban dichas alteraciones. Un grupo de graduados de la Licenciatura en Fonoaudiología inició esta tarea junto a

¹ Instituto Superior de Profesorado de Educación Inicial “Sara C. de Eccleston”. Instituto de Formación Docente de Nivel Superior No Universitario de Gestión Pública- Gobierno de la Ciudad -CABA-Buenos Aires-Argentina.

estudiantes de 4° y 5° año de dicha carrera supervisados por la Licenciada Ana María Gesualdo² como coordinadora.

Se realizaron charlas preventivas tanto con padres como con docentes y directivos tomando como tema principal “El rol del fonoaudiólogo en el ámbito educativo, desarrollo del lenguaje y lectoescritura” y “La incidencia de los trastornos del lenguaje en el aprendizaje”.

El screening se llevó a cabo en los meses de septiembre a noviembre y se observó a los niños de 3-4 y 5 años. Los resultados fueron presentados a los directivos y docentes del Jardín y luego se citó a una reunión a aquellos papas de niños que presentaban alguna posible dificultad.

Gran parte de esas familias se mostraron interesadas en conocer detalladamente las dificultades que sus niños presentaban y solicitaron que se hiciera de maneras personalizada.

Las entrevistas fueron realizadas en la Facultad de Medicina- secretaría de Fonoaudiología y ante la demanda de algunos padres se decidió que allí también podía brindársele la atención fonoaudiológica a sus niños.

Actualmente, el Programa FONUBA se desarrolla en otro espacio que depende de la Facultad de Medicina y es uno de los Institutos de Investigación: Instituto Alberto Taquini. Alguno de los docentes que integraban el equipo en el momento de su inicio ya no están a cargo, ya que el plantel se fue renovando.

Para el ingreso de pacientes se realizó un convenio con la obra social del personal de la Universidad de Buenos Aires, DOSUBA.

Si bien su nombre original fue “Programa FONUBA” en la actualidad se denomina “Programa de Neurolingüística FONUBA”.

Estructura y funciones de las áreas involucradas.

El programa de neurolingüística FONUBA tiene como objetivo primordial la formación y capacitación permanente para los graduados y estudiantes de la carrera Licenciatura en Fonoaudiología, quienes están supervisados por docentes y profesionales.

El mismo, está dividido en las siguientes áreas:

- Área extensión.
- Área de Investigación
- Área de asistencia

² Licenciada Fonoaudióloga Ana María Gesualdo, directora de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires.

- Área de capacitación y formación.
- Área de docencia.

Dentro del área asistencial, este centro realiza pasantías para los alumnos que están cursando el último año de la carrera para que puedan tener una primera aproximación a la clínica con observación de casos, lectura de viñetas, admisiones, toma de algunas pruebas estandarizadas y test.

También, esta área asistencial realiza admisión, evaluación, tratamiento de niños, adolescentes y adultos que se aproximen a la institución, mediante un equipo interdisciplinario compuesto por:

- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Psicología
- Psicomotricidad

El trabajo interdisciplinario que se realiza implica una disposición de cooperación entre las diferentes especialidades donde se busca enriquecer desde las disímiles miradas de cada disciplina, tomando como eje de construcción de estrategias de abordaje las reuniones de equipo para potenciar y mejorar las intervenciones.

Para ello es necesario reconocer la complejidad de los problemas que se abordan donde la tolerancia y el respeto son absolutamente necesarias.

El programa FONUBA depende de la directora de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología la Licenciada Ana María Gesualdo y está coordinado por la Licenciada Cecilia Djadnikian³.

Se trabaja con una mirada integral del sujeto.

Los servicios que ofrece la comunidad son los siguientes:

- Evaluación Fonoaudiológica con orientación Neurolingüística.
- Evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de adolescentes y niños con alteraciones del lenguaje.
- Atención integral del paciente y su familia.

La evaluación neurolingüística provee información cuanti y cualitativa y, contempla el análisis que facilita la comprensión del funcionamiento comunicativo, lingüístico, conductual y cognitivo del sujeto.

³ Licenciada Fonoaudiología Cecilia Djadnikian, coordinadora Programa FONUBA, profesora de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología- Facultad de Medicina-Universidad de Buenos Aires.

Programa Institucional.

Fundamentos

Desde hace varias décadas y en modo creciente, ha habido un acelerado crecimiento científico y tecnológico que hace que la capacidad de los profesionales para aprender “todo lo que hay que saber” en un campo determinado disminuya progresivamente. A esto hay que sumarle la dispersión y fragmentación del saber en los campos académicos. A partir de allí, fue ganando terreno el paradigma de la interdisciplina e integración de áreas a las necesidades actuales.

El rol del profesional se hace cada vez más difícil en la medida que se inscribe dentro de espacios sociales complejos, en los cuales se requiere interactuar con colegas, con otros especialistas, con administradores y con pacientes cuya problemática no aparecen delimitados en forma clara.

Los profesores y docentes de la carrera de fonoaudiología proponen para este proyecto docente asistencial el paradigma de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad como respuesta a las demandas actuales.

Trabajar intersectorialmente, colabora con la flexibilización de las Instituciones Educativas, y en este proceso de enriquecimiento mutuo están incluidas las Instituciones de educación Superior.

Que algunas o muchas disciplinas, independientemente y más o menos yuxtapuestas, concurren casual o intencionalmente en el planeamiento de un problema es algo diferente del caso en que dos o más disciplinas tengan interrelaciones fuertes entre ellas y aborden el problema en cuestión desde la relación misma.

En efecto en la relación multidisciplinar o pluridisciplinar, los profesionales intervinientes dan su aporte al problema, su visión propia o enfoque particular, pero en sentido estricto no interactúan ni se modifican en el trabajo, en cambio en la relación propiamente interdisciplinar, las disciplinas intervinientes interactúan sus mismos enfoques y conforman una visión diferente del problema. Resultado de esta interacción se modifica el interior de cada disciplina.

A diferencia del recurso de la interconsulta esta modalidad genera un entramado que enriquece el diagnóstico, permite abordar diferentes áreas afectadas y optimiza los recursos a partir de elaborar estrategias de equipo.

La propuesta es enseñar y trabajar estas cuestiones de la interdisciplinariedad e intersectorialidad con el objetivo de poder operar el pensamiento complejo.

Objetivos

Área de extensión:

- Propiciar una facultad abierta a la comunidad, prestadora de servicios, estimuladora de actividad, anticipando y generando recursos para dar respuesta a las demandas.
- Brindar asesoramiento dentro del ámbito de su competencia a la comunidad.
- Ofrecer capacitación y orientación a otros sectores sociales.

Área de investigación

- Crear un ámbito de trabajo y cooperación en formación científica e investigativa de docentes y alumnos.

Área de asistencia:

- Brindar asistencia con un abordaje interdisciplinario posibilitando estrategias conjuntas en beneficio del paciente preservando la especificidad de cada profesión.
- Realizar diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación a “población con síntomas fonoaudiológicos” con un enfoque interdisciplinario
- Construir una Red Intersectorial que favorezca la interconsulta y la derivación.

Área de capacitación y formación:

- Ofrecer un espacio de formación y capacitación a jóvenes graduados.

Área de docencia:

- Que el estudiante de la carrera pueda observar la aplicación de un modelo de práctica asistencial que se corresponda con los conocimientos aprendidos en la carrera.
- Que el futuro profesional pueda intervenir como agente de salud en situaciones sociales complejas.

Tareas

Asistenciales:

- Se efectúan estudios y evaluaciones en trastornos del lenguaje, lectoescritura y modalidad de aprendizaje en niños y adultos.
- Se realizan tratamientos de las patologías fonoaudiológicas de niños y adultos.
- Se ejecutan diagnósticos e intervenciones interdisciplinarias en las problemáticas de dinámica familiar y su relación con los trastornos del lenguaje y el aprendizaje.

Preventivas:

- Se realizan acciones para la detección de perturbaciones y/o anomalías en el ámbito Fonoaudiológico, Psicológico y Psicopedagógico.
- Se consuman asesoramientos a las instituciones sobre planeamientos de estrategias que posibiliten espacios de salud.
- Se brinda capacitación a los docentes sobre temas del desarrollo infantil
- Participación en la dinámica de las relaciones de la comunidad educativas, a fin de favorecer procesos de integración y cambio.
- Se realizan screening en escolares y preescolares.

Investigación y formación de los docentes:

- Se brinda orientación respecto a las características bio-psico-social y culturales para la intervención con individuos y grupos.
- Se brinda asesoramiento respecto cuestiones metodológicas sobre:
 1. Didáctica y estrategia de aprendizaje
 2. Investigación clínica interdisciplinaria
 3. Intervenciones grupales.
- Se realizan estudios e investigaciones referidos Docencia:
- Se realizan actividades de aprendizaje dirigidos a los alumnos de la carrera.

Contexto socio-geográfico

La experiencia dentro de este programa la realicé en el año 2016 - 2017 los días viernes de 13 a 18 hs. en el Instituto Alberto Taquini de Investigaciones Médicas que depende de la Facultad de Medicina, destinado a la investigación, allí tiene lugar el “Programa de Neurolingüística FONUBA”.

El Instituto ocupa un amplio predio en la esquina de las calles Marcelo T. de Alvear 2270 y Azcuénaga; cuenta con cuatro pisos, planta baja y subsuelo, distribuidos en 1500 m2.

El programa FONUBA funciona en el horario vespertino y utiliza los consultorios de los Médicos Especialistas en Cardiología.

La difusión del programa se realiza mediante la página FMED y está dentro de la cartilla de DOSUBA que es la obra social de los empleados de la UBA.

Los pacientes admitidos en el programa pertenecen, por lo general, a los profesionales y administrativos que trabajan en la UBA.

CAPÍTULO II

ESTADO DEL ARTE

Tema conceptual involucrado en la experiencia: Lenguaje

El programa Neurolingüística FONUBA basa sus prácticas en el papel protagónico que cumple el lenguaje en la estructuración de la personalidad, no es una mera función comunicativa sino que posibilita:

- La construcción de la inteligencia o el desarrollo del pensamiento.
- El acceso al pensamiento formal y
- La regulación de la conducta individual y social.

Su funcionamiento parte del ser que Es (organización biológica) y del ser que se Hace, a través de la relación con los otros. (Djadnikian, 2016)

El marco teórico en el que se basa para el abordaje de sus prácticas es el siguiente:

- Estudios de Vygotsky (Vygotsky, 2016) donde refiere a la formación de conceptos en el niño y el proceso de interiorización del lenguaje que lleva implícito el desarrollo del lenguaje interior y su íntima influencia sobre los procesos de pensamiento.
- Conceptos vinculados a los estadios del desarrollo de la inteligencia según Piaget.
- Modelo neurolingüística del Dr. Azcoaga (1979-1983)

El análisis del lenguaje es complejo. Actúan independientemente habilidades cognitivas, auditivas, visuales, orales, emocionales y sociales sobre un sustrato neurológico que no puede ni debe obviarse ya que es el centro del proceso mismo.

Josep Artigas- Pallares (2010) plantea que los niños vienen al mundo con una capacidad innata para comunicarse con los miembros de su especie. Basta con que el niño este inmerso en un entorno donde las personas se comunican por medio de la palabra para que el lenguaje aparezca, más o menos a la misma edad, independientemente de otras circunstancias del medio.

El lenguaje es un instinto, propio y característico-aunque quizá no exclusivo- de la especie Homo Sapiens, en la cual se ha sustentado la selección natural para asegurar la persistencia y extensión de la especie.

Asimismo, puede contemplarse jerárquicamente como un nivel intermedio entre el habla y la comunicación. El habla hace referencia a la producción de los sonidos que conforman las palabras. La comunicación se sustenta en gran medida en el lenguaje, pero añade a la emisión de palabras elementos no verbales: expresión facial, gesticulación y entonación. Estos elementos comunicativos están incorporados en la teoría de la mente, entendida, al igual que el lenguaje, como un aspecto básico de la especie que rige la relación social y el manejo contextual de la comunicación.

Los trastornos del habla son alteraciones formales en la emisión del discurso que pueden afectar a la articulación (fonética), la fluidez o la voz. Se denominan:

Dislalia: Trastorno de la capacidad de articular o pronunciar correctamente determinados fonemas o grupos de fonemas.

Disartria: Trastorno articulatorio secundario a un déficit neurológico.

Disglosia: Trastorno de la pronunciación determinados por problemas estructurales del aparato bucofonatorio

Disfemia o tartamudeo: Trastorno del habla caracterizado por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una coordinación imperfecta de las funciones ideomotrices cerebrales.

Los trastornos del lenguaje son alteraciones en la comprensión o el uso del lenguaje hablado y/o escrito. El lenguaje integra los siguientes aspectos:

- **Fonología:** representación mental de los sonidos y, sobre todo, de la estructura sonora de la palabra.
- **Semántica:** contenido del lenguaje. Significado de las palabras y de las marcas y relaciones gramaticales.
- **Sintaxis:** orden y combinación de las palabras y relación entre los elementos que conforman una frase.
- **Pragmática:** utilización del lenguaje como medio de comunicación adaptado funcionalmente a cada situación o contexto social.

Desarrollo típico del lenguaje

Martha Boullón (2016) explica que el desarrollo del lenguaje no se da al mismo tiempo en todos los niños, cada uno tiene su ritmo. Como se ha mencionado anteriormente el lenguaje es una aptitud específicamente humana y de naturaleza cognitiva y compleja.

En los primeros años de vida el lenguaje es la herramienta para construir el pensamiento. Se aprende por imitación, por lo cual requiere del estímulo de las personas que nos rodean.

Antes del primer año de vida los pilares de la comunicación son sociales, emocionales, a los dos meses de vida se puede observar el contacto visual con la mamá, a los tres meses aparece la sonrisa social.

Fase de balbuceo no imitativa: hasta los 6-8 meses.

6-7 meses el bebé puede seguir con la mirada lo que la mamá le muestra.

Por lo general, se observa un ensayo fonético. Puede distinguir ciertos matices de entonación.

7-8 meses el bebé puede esperar su turno cuando la mamá está hablando y responder con gorgojos cuando esta está en silencio.

Periodo balbuceo imitativo pre lingüístico: Segundo semestre.

Gestos protoimperativos y protodeclarativos.

El bebé va mimetizando los fonemas de la lengua materna.

Al final del primer año:

El bebé ya es capaz de decodificar una decena de palabras y comienza a realizar emisiones bisilábicas que, por retroalimentación con el entorno van a ir adquiriendo valor referencial.

A lo largo del segundo año:

El niño llega a comprender 500 palabras y también frases sencillas de una sola proposición.

Período de la palabra frase. A los 18 meses:

Emite abundante jerga entremezclada con medio centenar de términos ininteligibles.

Después de los 24 meses:

Comprende términos interrogativos del tipo ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Quién? Y frases de 2-3 proposiciones. También, adjetivaciones referentes a tamaño, bueno-malo, bonito-feo, etc.

A partir de los 36 meses:

Es capaz de comprender cortos relatos referentes a cuestiones de la vida ordinaria.

En cuanto a la expresión durante el 3° y 4° año se realiza la primera expansión sintáctica: el niño emite frases con gramática muy simple, usando los verbos en imperativo y presente de indicativo al principio y más tarde en infinitivo y pretérito.

Desde la edad de los 30 meses:

Emplea pronombres siendo los primeros en aparecer: “tu”, “mío” y “yo”. El uso de los adjetivos calificativos es abundante, pero las preposiciones, conjunciones y adverbios aparecen con escasa frecuencia.

Hasta final del 4° año:

Es normal que existan peculiaridades articulatorias que caracterizan la “Dislalia fisiológica” de todo este periodo, con simplificaciones fonéticas. Después del 4° año de vida solo pueden persistir algún tiempo inexactitudes en la pronunciación de ciertas palabras pro silábicas.

A lo largo del 5° y 6° año:

Ocurre la segunda expansión sintáctica en las vertientes expresiva y receptiva. Durante el 5° año el niño es capaz de comprender el relato de historias y al final del 6° año está preparado para seguir explicaciones verbales en la escuela primaria.

Después de los 6 años:

El lenguaje expresivo infantil ya completamente exento de errores fonéticos, cuenta con más de 2000 términos y posee una complejidad gramatical prácticamente madura.

El lenguaje es un aspecto, el más importante de la función semiótica o aptitud para la simbolización que desarrolla el ser humano a partir del 4° trimestre de vida (Narbona García & Chevrie Muller, 2001).

Trastornos del lenguaje

Narbona (2010) describe que los trastornos del habla son alteraciones formales en la emisión del discurso que pueden afectar a la articulación (fonética), la fluidez o la voz. Se denominan:

Dislalia: Trastorno de la capacidad de articular o pronunciar correctamente determinados fonemas o grupos de fonemas.

Disartria: Trastorno articulatorio secundario a un déficit neurológico.

Disglosia: Trastorno de la pronunciación determinados por problemas estructurales del aparato bucofonatorio

Disfemia o tartamudeo: Trastorno del habla caracterizado por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una coordinación imperfecta de las funciones ideomotrices cerebrales.

También distingue los trastornos del lenguaje que son alteraciones en la comprensión o el uso del lenguaje hablado y/o escrito. El lenguaje integra los siguientes aspectos:

- **Fonología:** representación mental de los sonidos y, sobre todo, de la estructura sonora de la palabra.
- **Semántica:** contenido del lenguaje. Significado de las palabras y de las marcas y relaciones gramaticales.
- **Sintaxis:** orden y combinación de las palabras y relación entre los elementos que conforman una frase.
- **Pragmática:** utilización del lenguaje como medio de comunicación adaptado funcionalmente a cada situación o contexto social.

Desde el neurodesarrollo se plantea el término TEL (Trastorno Específico del Lenguaje) que actualmente se denomina TDL (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje).

El TEL o TDL tiene una incidencia altísima en la población infantil, entre el 5 y 7% de la población padecen trastornos para construir la lengua y el lenguaje por causas inexplicables.

Las condiciones biológicas favorables y una buena estimulación del ambiente benefician el desarrollo del lenguaje.

Martha Boullón (2016) dice que los niños que padecen este trastorno son niños sanos, siguen la curva del desarrollo normal, tienen un nivel cognitivo que está dentro del rango de normalidad, estándar. Muestran una apetencia por comunicarse con otros niños y con los adultos conocidos se comunican de manera natural, sin dificultad (Boullón, 2016).

Al mismo tiempo presentan una serie de limitaciones, desde el punto de vista lingüístico pueden haber padecido una prolongada ausencia del lenguaje, tienen problemas de comprensión cuando se les dice muchas palabras, muchas oraciones. Son esos niños que les cuesta prestar atención a los cuentos o no aprenden las canciones que les enseñan en los primeros años de escolarización.

Denotan dificultad para aprender palabras nuevas y el síntoma más preocupante es la demora para lograr el dominio sonoro de la lengua, el conjunto de sonidos que se requiere para formar palabras.

Este trastorno no es inocuo, es una patología heterogénea y compleja que requiere de la atención de un conjunto de profesionales especializados (Boullón, 2016).

Clasificación DSM V

El DSM-5 (2013) aporta novedades con respecto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos del lenguaje oral y/o la comunicación.

Trastornos de la comunicación

Trastornos del lenguaje. 315.32 (F80.2)

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades debido a deficiencias de la comprensión o la producción.
- B. Las capacidades del lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificables por debajo de lo esperado para la edad.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica

y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Trastorno fonológico. 315.39 (F80.0)

A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal.

B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.

D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas.

Trastornos de la fluidez de inicio en la primera infancia (tartamudeo). 315.35 (F80.81)

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo.

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.

D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, difluencias asociadas a un daño neurológico o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Trastorno de la comunicación social (pragmático). 315.39 (F80.89)

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal.

B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz ya sea individualmente o en combinación.

C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explica mejor por un trastorno del espectro autismo, discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Trastorno de la comunicación no especificado. 307.9 (F80.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas características del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en otras áreas del funcionamiento pero que no cumplen con todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. (Boullón, 2016)

Investigaciones halladas sobre el tema

Con el fin de conocer el estado actual en cuanto a las intervenciones en cuestiones relacionadas con los problemas de lenguaje usé dos criterios, uno de ellos una visión global sobre el tema, citando investigaciones del ámbito anglosajón, ruso y de habla hispana, otro de los criterios fue ordenarlos cronológicamente desde las investigaciones más actuales a las menos actuales. La mayoría de las investigaciones citadas hacen hincapié en la falta de consenso sobre criterios y terminologías de los problemas de lenguaje y analizan una nueva denominación diagnóstica haciendo un análisis pormenorizado del porqué y para qué del cambio, las últimas hacen referencia al trabajo preventivo para la detección de trastornos del lenguaje.

En España los investigadores consideran como definición de TEL a “la alteración de inicio temprano en la adquisición y el uso del lenguaje, en la que las habilidades lingüísticas del niño están significativamente por debajo de su edad cronológica y van acompañadas de un impacto considerable en su funcionamiento diario” (Vacas, Antolí, Sanchez-Raya, PerezDueñas, & Cuadrado, 2021)

Dicha alteración no puede deberse a factores como discapacidad intelectual, TGD, trastornos auditivos o sensoriales, ni a cualquier otra condición médica o diagnóstica ya que estas condiciones son criterio de exclusión de TEL.

Actualmente, las investigaciones respaldan que la presencia de un C.I bajo o medio no conlleva diferencia significativa en el perfil clínico de estos niños, por lo que el tradicional uso del CI no verbal como criterio de inclusión/exclusión pierde validez teórica. Esto implica que el TEL haya sido reconceptualizado como un trastorno más amplio, que no incluye limitaciones diagnósticas como CI no verbal y que pierde el carácter específico, ya que se asume que la afectación del lenguaje puede aparecer sola o ir asociada a otra condición biomédica.

Esta nueva perspectiva ha promovido a un cambio de terminología, en el ámbito anglosajón, especialmente, que respalda el término “Trastorno del desarrollo del lenguaje” (TDL).

Tanto niños con sospecha de TEL como de TEA presentan dificultades comunicativas. Tradicionalmente, se ha considerado que en el TEL éstas se encuentran en las áreas fonológicas, gramatical y semántica, mientras que los principales déficits en TEA se circunscriben a nivel pragmático. Sin embargo, estos criterios han sido saboteados por la investigación actual que ha encontrado dificultades similares en ambos perfiles.

Demostrando así que la variabilidad del espectro autista y del propio TEL implica perfiles lingüísticos muy heterogéneos (Vacas, Antolí, Sanchez-Raya, Perez-Dueñas, & Cuadrado, 2021).

También se demuestra que un porcentaje significativo de casos conduce a la confusión entre ambos trastornos lo cual dificulta el diagnóstico diferencial temprano.

Por todo lo expuesto surge el término “Migración Diagnóstica” para referirse al cambio de diagnóstico en algunos individuos que en el momento del diagnóstico inicial son incluidos en una categoría diagnóstica, pero con el paso del tiempo cumplen los criterios de otra, ya sea por cambios en los criterios de clasificación, los métodos y procedimientos de evaluación, o por las características individuales del sujeto y del trastorno.

Este fenómeno se ha atribuido mayoritariamente a la modificación de criterios de los principales manuales de clasificación.

Dado que la investigación y la práctica clínica coinciden en señalar que el diagnóstico temprano es fundamental para el inicio y orientación de la intervención, se podría suponer que la migración diagnóstica implicaría la inespecificidad de la intervención.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la incidencia y la repercusión del fenómeno migración diagnóstica en Atención Temprana.

La atención temprana se define como el conjunto de acciones enfocadas a atender las necesidades puntuales o permanentes de niños de 0 a 6 años con trastorno del desarrollo y riesgo de padecerlos, abarcando la intervención sobre el niño, la familia, el entorno. Dichas prácticas se basan en la evidencia (PBE), es decir, que se realiza una evaluación comprensiva que considera al niño en su globalidad, centrándose en sus fortalezas en lugar de sus debilidades, haciendo hincapié en la familia y devolviendo juicios clínicos de una manera comprensible y empática.

En España la Atención Temprana está regulada por Decreto que rige su organización y funcionamiento y basa sus juicios clínicos en criterios del CIE 1 y DSM 5. (Vacas, Antolí, Sanchez-Raya, Perez-Dueñas, & Cuadrado, 2021)

Los datos cuantitativos de la investigación respaldan una alta incidencia de migración diagnóstica.

De acuerdo con Vacas, J, Antolí A., Sanchez-Raya, A, Perez-Dueñas, C, y Cuadrado, F. (2021) a edades tempranas se observa un mayor solapamiento de fenotipos en los patrones lingüísticos y comportamental de ambas condiciones, pero con el tiempo este evolucionan de manera que en edad escolar las diferencias entre ellos son más pronunciadas.

Esta evolución propia del trastorno podría explicar la alta incidencia del fenómeno migración diagnóstica, ya que a medida que el niño va creciendo se va concretando su perfil y se clasifica el diagnóstico.

Se concluye que los trastornos del desarrollo deben considerarse como dimensiones, lo que implica que debe contemplarse cierta flexibilidad y que debe servir como orientación para profesionales y familias, no como categorías cerradas. El modelo neuroconstructivista es el predominante en A. T.

Siguiendo la misma línea, Luis Herrera de la Universidad Católica de Maule en Chile plantea en el artículo: “Procesamiento Cerebral del lenguaje: Historia y evolución teórica” (2019), que el fenómeno del lenguaje ofrece una complejidad de diferentes perspectivas de análisis que no solo nos dirige a la visión biológica, sino también a la ciencia lingüística que paralelamente nos posibilita abordar el lenguaje desde otras dimensiones, como la filosófica, científica, cognitivista, funcionalista, estructuralista, social, psicológica, etc.

Desde la visión biológica, el modelo de procesamiento del lenguaje que ha dominado el conocimiento referente a la relación lenguaje- cerebro durante 150 años, este modelo plantea un procesamiento lineal, lateralizado y bien localizado. Actualmente, se considera un procesamiento del lenguaje de “Doble Ruta” (Yule, 2007 pp. 164), con funciones presentes en ambos hemisferios y con variadas áreas complejas, interrelacionadas y que cumplen diversas tareas.

La metáfora de las rutas refiere al proceso de enviar señales a través de circuitos electrónicos interconectando los dos hemisferios.

“El cerebro se caracteriza por su plasticidad, capacidad de predicción y concentración de innumerables funciones en cada región”.

Hoy se sabe que el tamaño del área del lenguaje está relacionado de forma inversa con la capacidad para utilizarlo.

Actualmente la lingüística cognitiva plantea que el lenguaje es un aspecto del procesamiento cognitivo que puede definirse en términos de “patrones” recurrentes de la actividad neuronal y que simboliza, a través de estructuras lingüísticas el modo en que los sujetos percibimos, experimentamos y categorizamos el mundo, y, consecuentemente, le otorgamos significación. Tanto la lingüística como el procesamiento cerebral del lenguaje utilizan procedimientos distintos pero que apuntan a las mismas problemáticas sobre la naturaleza del lenguaje.

La idea clásica de las áreas monofuncionales y amplias ha evolucionado hasta reconocerse que las áreas son más pequeñas y especializadas con subtareas asociadas a otras mayores. El procesamiento del lenguaje no ocurre en una vía lineal, sino que en dos vías o corrientes de procesamiento, ventral (reconocimiento del habla) y dorsal (percepción del habla) que en su conjunto dan cuenta del proceso (Herrera, 2018).

En la investigación denominada “Utilidad del enfoque neuropsicolingüística para la intervención de las patologías del lenguaje: una revisión metodológica de sus diferentes antecedentes, los autores rusos Alonso Aguilar- Valera y Helena Pleuchova, plantean que las intervenciones se observa un vacío metodológico producto de una falta de consenso por la multiplicidad de enfoques existentes. En base a ello, ha surgido un modelo neuropsicolingüístico como resultado de la integración, no ecléctica, de diferentes disciplinas, como lo son la neurología, la neuropsicología, la psicología cognitiva y la

lingüística aplicada, las cuales tienen una finalidad en común: El estudio del lenguaje patológico -tanto en población infantil como adulta- asociado a disfunción y/o daño cerebral adquirido (Pleuchova, 2018).

El modelo neuropsicolinguístico consideraría los siguientes niveles de análisis:

Un primer nivel neurobiológico que se limita a comprender las bases cerebrales implicadas y responsables de la generación de esta conducta, considerando la participación de los procesos de plasticidad y re-estructuración cognitiva.

Un segundo nivel lingüístico, el cual permite llevar a cabo un registro de las conductas verbales, partiendo desde una visión molar –conductas globales tales como la comprensión auditiva, la repetición, la denominación- hasta una molecular –en función de los componentes lingüísticos, tales como el fonológico, sintáctico, semántico, etc.

Finalmente, *un tercer nivel psicolingüístico (cognitivo)*, que intenta generar –aunque de forma aproximada- una posible explicación de la participación de los diferentes sistemas modulares, relativos a la cognición, previos al ingreso del sistema de procesamiento lingüístico (SPL) y que constituyen el soporte cognitivo necesario para la realización de este comportamiento.

Bajo este modelo, el diagnóstico de estos trastornos permitiría precisar el problema en base a las características únicas que presenta cada sujeto, dejando de lado a un forzoso y artificial encuadre, tal como puede observarse en los enfoques estrictamente clínicos. Las particularidades de cada caso se mantendrían conservadas e inalterables, generándose no solo un espacio propicio para el ejercicio clínico eficiente, sino que también para definir las diferencias individuales de cada uno de estos (Pleuchova, 2018).

Obispo Dorothy, VM (2017) publicaron un artículo científico titulado: “¿Por qué es tan difícil llegar a un acuerdo sobre la terminología? El caso del Trastorno del desarrollo del Lenguaje”.

Se acordó que los trastornos del lenguaje en los niños pueden adoptar varias formas. El caso más clásico, un niño de 4 años cuyo nivel de lenguaje se encuentra por debajo de los niños de su edad, habla más como un niño típico de 2 años, con gramática simplificada y vocabulario limitado. ¿Pero qué sucede cuando los problemas del lenguaje son más sutiles o cuando las dificultades involucran el uso más que la forma del lenguaje?

Una noción fundamental es que el lenguaje no está en consonancia con el nivel de desarrollo general del niño, pero cualquier intento de convertir esta idea en criterios más específicos está plagado de dificultades sobre todo porque el lenguaje es una habilidad compleja y multidimensional que cambia rápidamente con la edad(citar).

Las investigaciones sobre el tema se han centrado en la sintaxis expresiva de los trastornos del lenguaje pero es evidente que los problemas a menudo afectan la comprensión y la producción del lenguaje, y pueden involucrar la fonología, semántica y pragmática como así también una estructura gramatical.

Sucede que a veces se corra el riesgo que una etiqueta diagnóstica se convierta en un amo en lugar de sirviente si sobre interpretamos su significado, en lugar de considerarlo como un abreviatura útil. Es importante reconocer que los términos son socialmente construidos e históricamente específicos.

El Trastorno del desarrollo del lenguaje se define en términos que son complejos, multifactoriales y que varían en continuo.

En la mayoría de las investigaciones sobre niños con problemas del lenguaje surge el problema de la “estigmatización” como reacción a las dificultades de comunicación del niño. Y la experiencia en otros escenarios sugiere que las etiquetas en realidad pueden ayudar a reducir el estigma al mejorar la comprensión.

En el campo de la salud mental existe alguna evidencia de que la autoidentificación con un grupo estigmatizado puede proteger al individuo contra alguno de los efectos negativos. Dado el uso generalizado de la distinción retraso/trastorno, es vital que quienes usan “Trastorno del Desarrollo del Lenguaje”, el término trastorno no implica ninguna discrepancia ya sea entre el desarrollo verbal o en diferentes funciones del lenguaje. El concepto de “Trastorno del desarrollo del Lenguaje” elimina cualquier discriminación basada en la capacidad no verbal o cualquier otro concepto de cognición.

También, debemos tener en cuenta que en esta categoría existe “heterogeneidad” de problemas de lenguaje y “superposición” entre los trastornos que afectan el lenguaje y otros dominios.

Por todo lo expuesto, es importante destacar que el término TDL dependerá su eficacia si ayuda a avanzar hacia una mejor comprensión de lo que es claramente una categoría heterogénea, teniendo en cuenta que la categoría es una hipótesis a probar y refinar (Bishop, 2017).

En la revista ACAMH “The Association for Child and adolescent mental Health”, el artículo denominado *Developmental Language Disorders* Edited by: Courtenay Frazier Norbury (2017) esboza una falta de consenso sobre los criterios y las terminologías de los problemas de lenguaje de los niños y en consecuencia lo planteado afecta a la práctica y dificulta la investigación. Para poder estudiar este problema se ha diseñado el método DELPHI, en el que un grupo de expertos califica un conjunto inicial de declaraciones, que luego tienen acceso a su vez calificaciones anónimas de otros miembros del panel.

Sobre esta base, pueden revisar sus puntos de vista o defender su posición. Luego, las declaraciones se revisan en base a los comentarios del panel, y nuevamente el panel los califica y comenta (Bishop, 2017).

Mediante este procedimiento se llegó a plantear las denominadas “declaraciones de consenso”, que a continuación se detallan:

- 1- Es importante que quienes trabajan en el campo de los problemas del lenguaje de los niños utilicen una terminología coherente.

- 2- El término “trastorno del lenguaje” (TDL) se propone para los niños que probablemente tengan problemas durante la niñez media y más allá, con un impacto significativo en las interacciones sociales cotidianas o el progreso educativo.
- 3- La predicción de resultados es particularmente difícil en niños menores de 3 años. Muchos niños pequeños que tienen un vocabulario limitado entre los 18 y 24 meses se ponen al día. Los niños que no logran combinar palabras a los 24 meses parecen tener peores resultados que aquellos que no producen ninguna palabra a los 15 meses, aunque todavía está lejos de ser un predictor perfecto. El pronóstico también es más pobre para los niños con problemas de comprensión, aquellos que no se comunican a través de Gestos no imitan movimientos corporales. En general, la predicción desde la aparición tardía del lenguaje hasta el posterior trastorno del lenguaje en la edad escolar es sorprendentemente débil: en parte porque muchos de los que hablan tardíamente se ponen al día, pero también porque algunos niños en edad escolar con trastorno del lenguaje no llegaron tarde para hablar. De los niños de 4 años, cuando mayor sea el número de áreas del funcionamiento del lenguaje que se ven afectados, mayor será la probabilidad que los problemas persisten en edad escolar. A los 5 años o más es probable que los niños que comienzan la escuela con problemas de lenguaje oral corren el riesgo de tener problemas de lectura y un bajo rendimiento académico.
- 4- Algunos niños pueden tener necesidades lingüísticas porque su primera lengua o lengua materna difiere de la lengua local, y no han tenido una exposición suficiente en la escuela o en la comunidad para dominarlo con total fluidez. Esto no debe considerarse como un trastorno del lenguaje, excepto que el niño no tenga las habilidades adecuadas para su edad con todos los idiomas.
- 5- En la definición de trastorno del lenguaje se traza una triple distinción entre: condiciones diferenciadoras, factores de riesgo y condiciones concurrentes. Ya no se utilizan los criterios de exclusión.
- 6- Las condiciones diferenciadoras son condiciones biomédicas en las que el trastorno del lenguaje ocurre como parte de un patrón más complejo de deficiencias. Los autores recomiendan referirse a “Trastorno del lenguaje asociado con X, donde X es la condición diferenciadora.
- 7- Se propone el término Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) para referirse a los casos de trastorno del lenguaje sin una condición diferenciadora conocida.
- 8- Un niño con un trastorno del lenguaje puede tener un nivel bajo de capacidad no verbal. Esto no excluye un diagnóstico de DLD. Lo cual significa que los niños con baja capacidad no verbal que no cumplen los criterios de discapacidad intelectual pueden incluirse como casos de DLD.
- 9- Los trastornos coexistentes son alteraciones en los dominios cognitivo, sensorimotor o conductual que pueden coexistir con la DLD y pueden afectar el patrón de deterioro y la respuesta a la intervención, pero cuya relación causal con los problemas del lenguaje no está clara. Estos incluyen problemas de atención (TDAH), problemas motores (trastorno de coordinación del desarrollo o DCD), problemas de lectura y

ortografía (dislexia del desarrollo), problemas del habla, limitaciones del comportamiento adaptativo y / o trastornos emocionales y del comportamiento.

- 10- Los factores de riesgo son factores biológicos o ambientales que están estadísticamente asociados con el trastorno del lenguaje, pero cuya relación causal con el problema del lenguaje es poco clara o parcial. Los factores de riesgo no excluyen el diagnóstico de DLD.
- 11- El trastorno del desarrollo del lenguaje es una categoría heterogénea que abarca una amplia gama de problemas. No obstante, puede ser útil para los profesionales identificar las principales áreas de intervención: fonología, sintáctica, semántica, pragmática.
- 12- Se recomienda el uso del término, como categoría superior, “Necesidades del habla, lenguaje y comunicación” para que pueda ser utilizado por los responsables de formulación de políticas.

Una limitación de este estudio es que se realizó en lengua inglesa, por lo cual se recomienda el estudio DELPHI en otros idiomas.

En la investigación denominada “Acciones intersectoriales en la estimulación temprana del desarrollo del lenguaje” aprobado en diciembre del 2014, las autoras Deborah Magaly López Salas y Nelu del Milagro Puebla Caballero, plantean que para la atención al desarrollo del lenguaje se tiene en cuenta el enfoque comunicativo que prevalece en la investigación psicolingüística a partir de la década del 80 y principios de los 90, lo que ha puesto en relieve que la comunicación es el motor de la adquisición del lenguaje: “el niño adquiere el lenguaje en entornos de comunicación”.

Las carencias del lenguaje o las limitaciones que en él puedan presentarse, obstaculizan las posibilidades de recibir y transmitir información, así como el desarrollo normal de todos los procesos cognitivos.

Vygotsky reconoce el periodo comprendido entre cero y cinco años como el más sensitivo para el desarrollo general y del lenguaje del niño y el de mayor plasticidad del SNC.

La lingüística actual y la pragmática o la psicología educativa, a través del enfoque socio histórico influyen en las intervenciones fonoaudiológicas.

Debe concebirse el desarrollo del lenguaje como un proceso de aprendizaje socio fisiológico único e indivisible.

El desarrollo del lenguaje en el niño se realiza de forma ininterrumpida desde el nacimiento. Se produce un desarrollo muy importante entre los 2 y 3 años.

El estado cubano implementó un proyecto denominado “Educa a tu hijo”, constituida como programa nacional cuyo objetivo fundamental es favorecer el desarrollo integral de los niños en su medio social bajo la influencia de la familia. Una debilidad de este programa se expresa al no incluir con profundidad acciones específicas dirigidas a aspectos del lenguaje.

Asimismo, después de su implementación se iniciaron servicios de rehabilitación en lenguaje en APS y la formación del licenciado en Logopedagogía, quien con sus competencias, desarrollan acciones de promoción, prevención y atención primaria. Este debe ser capaz de detectar las alteraciones, realizar las diferentes pruebas diagnósticas y dominar las técnicas psicométricas.

El citado artículo se propone enlazar acciones intersectoriales en la estimulación temprana del desarrollo del lenguaje partiendo del análisis de la trayectoria científica tecnológica en la organización de la atención especializada al desarrollo del lenguaje y su estimulación: Ciencia- Tecnología y Sociedad (CTS).

La propuesta tiene como objetivo propiciar un estudio social sobre la gestión del conocimiento y la innovación tecnológica en la dirección de programas para la estimulación del lenguaje de menores en edad preescolar desde la visión CTS.

En Cuba la definición de prevención o nivel primario (Lopez Salas & Puebla Caballero, 2014) se enmarca en la atención de madres y niños con factores de riesgo, actualmente se aborda también desde la orientación a los grupos sanos, en este sentido la comunicación y el lenguaje deben atenderse tempranamente de modo que se estimule el desarrollo y las potencialidades del menor a partir de la orientación oportuna y especializada a la familia.

La estimulación temprana como componente o parte esencial del trabajo “preventivo” se define como un sistema de acciones desarrolladas de carácter integral que se concretan en un programa o guía de estimulación para potenciar y promover el desarrollo de los niños/as desde la primera infancia, tomando en cuenta su historia de vida, necesidades y demandas del desarrollo.

Este programa parte de relaciones intersectoriales para la atención de menores y sus familias. Desde el nacimiento hasta los dos años de edad, se da seguimiento y orientación en el programa del médico de la familia. En la comunidad ocurre a partir del trabajo de ejecutoras y promotoras, adscritas al programa del ministerio de Educación, quienes atienden a los niños entre dos y cuatro años de edad. Cuando los menores tienen 4 años son atendidos dos veces por semana por maestros del grado preescolar en las escuelas.

Se propone lograr fundamentalmente la preparación de las familias, quienes adquieren conocimientos esenciales para conducir el desarrollo psicomotor de sus hijos.

Mediante el título “Teorías subjetivas de profesionales de escuelas de lenguaje en Chile sobre TEL, los autores von Keyserlingk, Pablo J. Castro y Joaquín Carrasco (von Keyserlingk, Castro, & Carrasco, 2013), tienen como objetivo poder comprender y reconstruir las teorías subjetivas de profesionales de escuelas de lenguaje en Chile, sobre las causas y el tratamiento de datos en profundidad.

Se llegó a la conclusión que entre las explicaciones subjetivas de los profesionales entrevistados y las explicaciones científicas acerca de las causas del TEL existen diferencias.

Mientras las entrevistadas hablan de causas sociales, los enfoques científicos explican ese trastorno por causas biológicas.

Esta diferencia debería ser investigada en estudios posteriores.

Las fonoaudiólogas y educadoras diferenciales ven la familia del niño como una de las causas principales del TEL y al mismo tiempo consideran el apoyo familiar como un requisito esencial en el tratamiento.

En la opinión de los profesionales de las escuelas del lenguaje el TEL es un trastorno superable, si escuela y familia trabajan juntos.

Cuando aparece comprometida la comunicación en edades tempranas, llegar a un diagnóstico del lenguaje exige un abordaje interdisciplinario. Para que éste pueda llevarse a cabo, se requiere sistematización y focalización de objetivos en cada disciplina. Con la Batería ICRA-A se busca aportar instrumentos y lineamientos conceptuales pragmáticos específicos para el abordaje fonoaudiológico. A partir de su validación, las correlaciones y los resultados obtenidos permiten encaminar nuevas investigaciones clínicas tanto en relación con el desarrollo típico pragmático como así también con su impacto en la patología del lenguaje.

La batería ICRAA (Investigación de la Competencia Comunicativa para la Realización de Actos del Habla) (Abraham & Brenca, 2014) fue elaborada para evaluar el aspecto pragmático del lenguaje infantil en el marco de la evaluación neurolingüística.

La batería está conformada por 4 elementos:

- 1-Análisis y registro de los actos del habla
- 2- Observación pragmática del juego
- 3- Cuestionario para padres
- 4- Guía para padres

Los resultados obtenidos muestran la fortaleza de la batería ICRAA para evaluar el aspecto pragmático del lenguaje infantil en la clínica fonoaudiológica.

En la lectura psicolingüística aún son escasos los instrumentos pragmáticos para aplicar en edades tempranas.

Cuando un niño no puede comunicarse del modo esperable para su edad, tanto gestual como lingüísticamente, llevar a cabo un abordaje neurolingüística de su competencia comunicativa se torna central. Este abordaje contempla la evaluación y tratamiento de todos los aspectos del lenguaje: fonológico, morfosintáctico, léxico-semántico, pragmático. Teniendo en cuenta los diversos procesos cognitivos que subyacen a estos.

Esta batería nos permitiría trabajar desde lo preventivo. Así lograríamos centrarnos, fundamentalmente en la valoración de parámetros del desarrollo socio comunicativo durante los primeros años de vida, tales como: contacto visual, seguimiento y sostenimiento ocular, manifestación de intención comunicativa no verbal, conductas protoimperativas y protodeclarativas, atención compartida, riqueza gestual, flexibilidad y ajuste en una interacción, calidad lúdica, gestos deícticos, alternancia de turnos, producción de palabras con carácter referencial, entre otros.

Hay un común denominador entre todos y es el carácter pragmático, es decir, las conductas comunicativas que son el conocimiento para el desarrollo del aspecto pragmático del lenguaje y el eje conceptual del estudio realizado. El ICRAA evalúa las competencias lingüísticas del niño entre los dos y cuatro años de edad.

Relaciones entre las diferentes investigaciones y el trabajo de la autora en FONUBA

En una de las investigaciones se plantea el concepto de “Migración Diagnóstica” como un fenómeno que señala que algunos niños son incluidos en una categoría diagnóstica en el momento inicial de la evaluación y luego, con el paso del tiempo, van migrando a otra categoría diagnóstica.

En el transcurso de la experiencia consumada en FONUBA hubo una cantidad considerable de pacientes que al ingresar con 4 años de edad fueron diagnosticados como “Retraso del lenguaje” (Ellis, 2017) y en las reevaluaciones siguientes, luego de un tiempo de tratamiento en la institución, fueron migrando hacia otros diagnósticos, los más frecuentes TEL, TEA.

Luis Herrera (2019) plantea que el estudio del lenguaje se torna complejo por lo cual el abordaje no debe limitarse a la dimensión biológica proponiendo, también, el abordaje desde la ciencia lingüística. Al comparar esta cita con la experiencia realizada se puede decir que en ella se tenían en cuenta todas las dimensiones que implica el lenguaje con una mirada integral.

Los autores Alonso Aguilar- Valera y Helena Pleuchova (2018) en la investigación realizada en Cuba hablan de un modelo neuropsicolingüístico para realizar un análisis más complejo del lenguaje y que este no quede limitado al encuadre estrictamente clínico, agregando tres dimensiones: neurobiológica, lingüística y psicolingüística.

El análisis del lenguaje en FONUBA se realizaba desde una mirada neurolingüística, por un lado, a nivel biológico, pensar el sustrato neurológico como centro del proceso mismo.

Por otro lado, a nivel lingüístico, analizar el lenguaje desde el modo que el sujeto experimenta y categoriza el mundo, como lo percibe y le otorga significación mediante procesamiento cognitivo que pueden definirse como patrones recurrentes de actividad neuronal.

La investigación citada en este trabajo se interroga el porqué de la complejidad en llegar a un consenso con los términos utilizados en las patologías del lenguaje. En ella se plantea que los términos son socialmente construidos e históricamente específicos.

Actualmente, en el campo de las investigaciones se está hablando de TDL (trastorno del desarrollo del lenguaje) en lugar de TEL (Trastorno específico del Lenguaje), más aun en el ámbito anglosajón. Esto se debe a que hay un criterio más amplio sobre el trastorno donde la afectación del lenguaje puede ir solo o asociado a otra condición.

En las prácticas realizadas en FONUBA usábamos el término TEL, haciendo referencia a todos los niños que posean dificultades en la adquisición y el uso del lenguaje cuyas habilidades lingüísticas se encuentren significativamente descendidas en base a su edad cronológica y afecten su funcionamiento diario.

Se destaca que la dificultad del lenguaje se produce en ausencia de otras deficiencias del neurodesarrollo.

Continuando con el problema planteado sobre la falta de consenso en cuanto a las denominaciones de los problemas del lenguaje, un grupo de expertos creó el método DELPHI y luego, realizó un conjunto de declaraciones basadas en la discusión y comentarios de los miembros de un panel de expertos.

En consecuencia a ello expondré las declaraciones del panel tratando de encontrar analogías o contradicciones con lo trabajado en FONUBA.

- Coherencia en la terminología, como he expuesto en los párrafos anteriores en FONUBA trabajábamos con el término TEL para referirnos a los niños cuyas habilidades lingüísticas estaban descendidas en base a su edad cronológica y Retraso del lenguaje para aquellos cuya adquisición del lenguaje se adquiere de manera tardía en base a la media.
- El término propuesto por la investigación que en los países anglosajones se está usando: TDL (Trastorno del Desarrollo del lenguaje) no lo hemos utilizado en la experiencia realizada. Vale aclarar que las prácticas las lleve a cabo en el año 2016-2017.
- Predicción de resultados es particularmente difícil en niños menores a tres años. En FONUBA no hubo admisión de niños de esa edad.
- Niños con necesidades lingüísticas porque su lengua materna difiere con la lengua local. Con respecto a esta temática el 30 de septiembre de 2016 participamos de un certamen llamado. “Bilingüismo e interculturalidad: entre la realidad y el mito. Allí se planteó la problemática poniendo énfasis en la interface salud-educación y la interdisciplinariedad. La psicopedagoga Analía Wold habló del término migración como quiebre con el origen, pérdida y duelos. Recalcó la importancia de la lengua materna, parafraseando a Wold “La lengua materna no es cualquier lengua, es

producto de un intercambio amoroso que convoca al mundo simbólico, de las voces de la cultura, los cantos, los arrullos, los espacios de tiempo: todo ello se quiebra en las migraciones.”

- En la definición de Trastorno del Desarrollo del Lenguaje ya no se utilizan los criterios de exclusión, como por ejemplo CI verbal descendido en relación al CI manipulativo. En el análisis de los test psicométricos en FONUBA hacíamos esta distinción entre CI como uno de los criterios para el diagnóstico de TEL.
- En base a la recomendación del artículo de realizar la identificación de las diferentes áreas del lenguaje: fonología, sintáctica, semántica, pragmática, subrayo que es la manera con la cual trabajábamos en FONUBA teniendo en cuenta la implicancia cognitiva.

Otro de los temas planteados en las investigaciones elegidas es sobre los programas que se enfocan en el trabajo preventivo utilizando la “Estimulación Temprana” en la atención de madres y niños con factores de riesgo. Dichos programas se basan en el “modelo psicolingüístico” donde se plantea que el niño adquiere el lenguaje en entornos comunicativos. Si bien en FONUBA se tiene en cuenta el entorno del niño no se deja de lado la psicogénesis del pensamiento y los modelos neuronales.

También, se puede decir que si bien en un principio el Programa Fonuba comenzó desde el enfoque preventivo trabajando en la interfase salud.-educación en el momento de ingreso al programa esta parte del trabajo ya no se desarrollaba.

En el año 2014 en nuestro país se desarrolló una batería para evaluar el aspecto pragmático (ICRA-A) del lenguaje dentro del marco de la neurolingüística. Esta batería está pensada para trabajar desde lo preventivo y así centrarse en la valoración de los parámetros del desarrollo sociocomunicativo durante los primeros años de vida. Esta batería está pensada para niños de 2 a 4 años de edad.

La publicación realizada en la revista chilena CEFAC plantea reconstruir teorías subjetivas sobre las causas y tratamientos del TEL y dice que los fonoaudiólogos y educadores resaltan que las causas del mismo se deben a factores sociales y recalca el apoyo de la familia para que el tratamiento sea efectivo. El equipo de FONUBA mediante la intervención ha comprobado que las causas sociales son un factor determinante en los trastornos del lenguaje pero no exclusivas, se ponen en juego otras causas que tienen que ver con lo constitutivo del sujeto, lo biológico y por su parte el ambiente en el que se mueve el niño que influye en su desarrollo.

Se ha verificado también, que el apoyo de la familia es fundamental para poder avanzar en los tratamientos.

CAPÍTULO III

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LOS PROCESOS IMPLICADOS

Etapa de admisión:

Es la primera etapa del proceso y la dividimos en dos subetapas: un pre entrevista y la entrevista inicial o de admisión a los padres.

La pre entrevista es el primer contacto, generalmente telefónico. Se inicia con el pedido de consulta profesional y finaliza con la apertura de la entrevista inicial o de admisión.

Los pacientes ingresan a la consulta por derivación del pediatra o sugerencia de la escuela en el caso de niños y adolescentes.

Pain (2012), nos dice que “al tener en cuenta la vía por la cual el paciente ha llegado hasta nosotros nos servirá para aclarar de entrada el tipo de vínculo que el paciente pretende tender al plantear el problema como propio o como impuesto desde afuera, revela el grado de independencia con que el paciente asume su problema”. (Pain, 2012, pp. 44).

La entrevista inicial a padres dentro del proceso psicodiagnóstico es el instrumento fundamental del método clínico. Es la técnica por la cual se logran datos sobre el motivo de consulta, característico de la personalidad del niño y de la dinámica familiar, con el objetivo de inferir hipótesis diagnósticas y pronósticas. (RUSSO, 2013).

Se comienza por la entrevista de admisión donde a través de un espacio de escucha, con los padres del paciente, se trata de delimitar el “motivo de consulta”. Los datos a extraer según Pain (2012)

Significado del síntoma: La versión que obtenemos de la problemática por intermedio de los padres pueden darnos algunas claves para aproximarnos al significado que tiene el no aprender en la familia.

Significado del síntoma para la familia: la reacción familiar ante el fracaso escolar o el incumplimiento de las pautas generales de crecimiento depende de los valores que dominan la clase y los grupos sociales a los cuales pertenece la familia.

Indagación sobre las expectativas que los padres ponen en la intervención de los profesionales

Podemos observar las modalidades comportamentales expresadas por la pareja, que tipo de comunicación adoptan frente a un tercero, los puntos de irritación y desavenencia, los niveles de contacto y coincidencia

Luego, se realiza un segundo encuentro con el fin de poder armar la historia vital del niño que es la reconstrucción de su historia.

Pain destaca la importancia que “a pesar de que en esta entrevista necesitamos develar una serie de datos bien establecidos, deberá ser tan libre como sea posible, dándose a la madre como consigna el tema en general y dejando que las especificaciones surjan de la espontaneidad del diálogo”. (Pain, 2012, pp. 54)

Se analiza el material recolectado en una reunión de equipo, allí se discute los pasos a seguir en la etapa de evaluación.

Etapa de evaluación:

Dentro de esta etapa se trabaja con el paciente

Es importante aclarar que antes de comenzar cualquier tipo de evaluación formal se trata de generar vínculo con el mismo mediante encuentro/s donde se prioriza el juego. Es una primacía del equipo generar confianza entre el paciente y el terapeuta.

Asimismo, la actividad lúdica nos provee de información acerca de los esquemas que organizan e integran el conocimiento en un nivel representativo. Por ello consideramos de gran interés para el diagnóstico en la infancia la observación del juego del paciente.

Lo importante es descubrir como juega el niño y, en el extremo, en qué condiciones puede hacerlo

También contamos para este proceso con pruebas psicométricas y pruebas proyectivas gráficas. Por lo general, la toma se realiza en conjunto con los demás profesionales.

Dentro de las pruebas psicométricas tomamos: WIPSSI III, WISC V, según edad del paciente. El aspecto intelectual del comportamiento del niño se nos revelará más precisamente a través de la administración de pruebas psicométricas. Desde el punto de vista cuantitativo el uso de los baremos nos indica la ubicación en su grupo de edad, dentro de una población definida, situándolo ya sea en su orden perceptual, ya sea en relación de desvío respecto de la media del rendimiento de dicho grupo. En ambos casos tendremos un dato acerca de la eficacia del comportamiento inteligente del sujeto en la situación de la prueba, en un momento dado, la que puede ser ejemplar o no respecto de sus posibilidades generales. Para las técnicas proyectivas se utiliza: pareja educativa, familia kinetica, HTP, figura humana, Bender. Así también se realizan pruebas de indagación de lectura y escritura.

Si bien las evaluaciones son el puntapié inicial para poder encarar el tratamiento y guiar nuestras prácticas, las categorías diagnósticas que se desprenden de ellas las hemos tomado como dimensiones teniendo la precaución de no someternos a ellas y poder ver más allá, es decir, mirar al niño como tal y no como una etiqueta diagnóstica.

No obstante, los test psicométricos utilizados nos ayudaron a medir las habilidades lingüísticas de los pacientes ingresados para poder compararlos con los esperados para su edad cronológica.

Asimismo, la implementación de pruebas proyectivas dio cuenta de aspectos emocionales que emergieron de los pacientes evaluados.

Etapa de devolución:

Se cita a los padres para informar sobre el resultado de la evaluación realizada.

En esta etapa está presente todo el equipo más la familia del paciente. Las devoluciones se realizan de la manera más empática posible dando lugar a la familia para que puedan hablar sobre dudas, ansiedades, angustias.

Por lo general, los pacientes que vienen en zonas muy alejadas a la institución se trata de derivarlos para que la distancia no sea un factor obstaculizador del tratamiento.

Etapa de tratamiento:

En esta etapa las intervenciones se llevan a cabo sobre el niño, la familia y el entorno.

Las prácticas se basan en la evidencia, considerando al niño en su globalidad, nos centramos en sus fortalezas en lugar de sus debilidades.

La tarea psicopedagógica tiene un encuadre propio que contempla la posibilidad de solucionar rápidamente los efectos más nocivos del síntoma para luego dedicarse a afianzar los recursos cognitivos. Aspectos más importantes:

- 1) es sintomático: el tratamiento psicopedagógico se trata de devolverle al sujeto la dimensión de su poder (poder escribir, poder hacer, poder saber), para que acredite a su yo sus potencialidades.
- 2) es situacional: nos basamos básicamente en lo que ocurre en la sesión. Nuestra tarea será subrayar precisamente los encuadres reales para que quede claro que el profesional no es justamente una mamá y que es posible fijar con él otro tipo de relación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DE LA EXPERIENCIA

Obstaculizadores:

Los primeros tiempos de transitar por la experiencia FONUBA, uno de los obstáculos que se presentaron fue el aprendizaje del trabajo interdisciplinario, tal dificultad se dio por varios motivos, uno de ellos fue entender que si bien el equipo estaba integrado por profesiones diferentes, con posturas teóricas heterogéneas, el abordaje no debía de ser una competencia de poderes, de quien tenía el saber, sino más bien aunar conocimientos para poder tener la tan necesaria visión integral del niño. Llegar a entender el trabajo interdisciplinario llevó varias reuniones y discusiones, pero con el paso del tiempo se fue logrando.

Para tal fin, poner el foco en el niño, trabajar junto a él nos ayudó a la reflexión conjunta y a poder lograr la escucha de los diferentes criterios en los abordajes.

Otro de los obstáculos evidentes fue la falta de espacio físico y recursos para poder armar el consultorio de “atención temprana”, así como también la adquisición de test o materiales para el tratamiento.

También, los horarios de atención fueron acotados, por lo cual había que restringir la demanda de pacientes.

Por último, de las cuatro profesionales integrantes del equipo, solo la fonoaudióloga tenía una vasta experiencia en el trabajo con niños, pero el resto del plantel tenía el carácter de pasantes sin experiencia previa. En consecuencia, se debía realizar supervisiones por fuera del programa.

Facilitadores:

La coordinación del programa a cargo de la Licenciada Cecilia Djadnikian brindó a cada una de las profesionales la libertad para poder armar las intervenciones de la manera que creíamos conveniente y cada paso a seguir era charlado previamente en las reuniones de equipo que se realizaban con frecuencia semanal.

Luego, del trabajo con cada paciente al final de la jornada se exponía el caso trabajado, allí la coordinadora daba una devolución con intención de facilitar la discusión. Por lo tanto, los espacios de escucha y contención tenían mucha prioridad, lo cual brindaba seguridad y apertura a la reflexión.

Niveles de participación.

En la bibliografía consultada (De Sousa, Maya, & Palacios, 2012) aparecen cuatro niveles de participación en los programas comunitarios, ellos son:

1-Nivel de Información: Es el nivel más básico y elemental de participación. A la comunidad sólo se les informa de las decisiones ya tomadas. Pueden participar en las acciones, siendo guiados por las personas que tomaron las decisiones y planificaron las actividades.

2- Nivel de Consulta: La Comunidad no sólo conoce propuestas y decisiones, sino que pueden expresar su parecer sobre un determinado asunto y declarar en función de sus intereses. Pueden ser o no, tomadas en cuenta los aportes de los miembros para ajustar o adaptar la propuesta presentada.

3-Nivel de decisión: La Comunidad participa activamente para que sus opiniones y consultas se cumplan en las decisiones finales. En muchos casos todos los miembros o parte de ellos están presentes e intervienen en la elaboración de las decisiones iniciales.

4- Nivel de Gestión: Es éste el nivel más elevado por cuanto supone que las comunidades poseen las competencias y los recursos para el manejo autónomo de ciertas esferas de la vida colectiva.

El colectivo determina sus objetivos, escoge sus medios y establece los controles pertinentes sin referencia a una autoridad externa, o sólo con el apoyo y asesoría de esta.

Realizando un análisis exhaustivo del nivel de participación en el programa, en base a lo citado en los párrafos anteriores ubicaría el desempeño en el nivel tres, es decir, nivel de decisión, ya que en el área asistencial del programa los integrantes teníamos la libertad de tomar decisiones referidas a las intervenciones con los pacientes.

Resultados obtenidos.

Como resultado de la experiencia se puede enumerar los hallazgos y lecciones aprendidas en el recorrido realizado:

- Aprendizaje del trabajo interdisciplinario.
- Observación de las prácticas basadas en la neurolingüística.
- Poner en práctica diversos test pertinentes a la profesión.
- Distinción entre Retraso del Lenguaje y Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (en su momento TEL).
- Diagnóstico diferencial.
- Trabajo en red.
- Fortalecimiento en la toma de decisiones
- Experiencia en la devolución de informes a padres.
- Experiencia clínica

Prospectiva para continuar la experiencia:

Las perspectivas para la autora de continuar el programa FONUBA se ve truncada por motivos de índole económica principalmente, ya que el trabajo es ad donaren y requiere esfuerzo y tiempo que no es compensado monetariamente.

Si el programa contara con fondos necesarios tendría muchas vetas para explorar y poner en marcha, como por ejemplo, el marco preventivo planteado en los fundamentos, como también los objetivos del programa en sí.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Pertinencia:

Cuando se analiza la pertinencia de un programa se tiene en cuenta si los objetivos de las intervenciones realizadas son congruentes con los requisitos del beneficiario. En el caso del Programa FONUBA, los beneficiarios directos son:

- 1- La comunidad: porque cierta parte de la población que requiere atención ante un problema relacionado con el lenguaje recibe los beneficios del programa.
- 2- Los alumnos de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología: porque acogen formación y actualización de las diferentes maneras de abordaje de las prácticas interdisciplinarias. Logrando así, no solo la transmisión de conocimiento sino la producción de los mismos.
- 3- Los profesionales integrantes del programa: porque al acceder a él se abre la posibilidad de participar en diferentes cursos relacionados con la temática y el camino a las praxis.
- 4- Los docentes de las diferentes materias que están relacionadas con el proyecto y de hecho lo forjaron.

Eficacia:

Para medir la eficacia del programa la autora verificará la congruencia de los resultados con los objetivos del mismo con el fin de corroborar si fueron cumplidos en el momento de la experiencia.

En el área de extensión propone “facultad abierta” para brindar servicio a la comunidad, este objetivo es cumplido por el programa.

También, brindar asesoramiento a la comunidad y ofrecer orientación a otras áreas de la comunidad, por ejemplo cuando se trabaja con las escuelas donde asisten los pacientes.

En cambio, los objetivos relacionados con la capacitación a la comunidad, no fueron puestos en práctica en el periodo de la experiencia realizada.

El área de investigación propone como objetivo crear un ámbito de trabajo y cooperación en formación investigativa y científica. Para llevar a cabo el mismo se presentan los casos trabajados en un ateneo para docentes y alumnos que se realiza en el instituto con una frecuencia de una vez al mes, donde mediante el recorrido de las experiencias realizadas se crea un ámbito de reflexión y de incentivo a la investigación científica.

Dentro del área de asistencia los objetivos planteados se cumplieron, como por ejemplo brindar atención, realizar diagnóstico, tratamiento, seguimiento desde la interdisciplina, construcción de red intersectorial para derivación e interconsulta. Este último objetivo de trabajo en red se formó junto a las integrantes de la experiencia, ya que no existía.

Los objetivos planteados en el área de capacitación y formación para los jóvenes graduados son llevados a cabo en el programa el último viernes de cada mes en el formato de ateneo para los alumnos de la carrera de la Licenciatura en Fonoaudiología que están cursando los últimos años de la carrera.

Eficiencia:

Para realizar la evaluación de los resultados debemos pensar sobre los recursos utilizados en la experiencia, ellos fueron:

- Espacio físico cedido por la Facultad de medicina Universidad de Buenos Aires.
- Programa aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- Convenio con la obra social de docentes y no docentes de la Universidad de Buenos Aires: DOSUBA.
- Supervisión de la directora de la carrera de la Licenciatura de Fonoaudiología y de la Secretaría de Licenciaturas y Cursos de la Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires.
- Coordinación de la profesora Cecilia Djadnikian.
- No docentes del Instituto Taquini que tenían la función de secretarias, tomando turnos y recibiendo a los pacientes en la sala de espera.

Las estrategias utilizadas para poder asegurar la eficiencia de la intervención fueron las supervisiones dentro del programa y fuera de él y los espacios de reflexión acerca de las mismas mediante reuniones semanales.

En referencia al área de docencia el objetivo de ofrecer un espacio donde los estudiantes puedan observar la aplicación de un modelo práctico asistencial es cumplido y también el objetivo de poder brindar modelos de situaciones sociales complejas que sirvan para futuras intervenciones.

Impacto/Propósito:

Efectos a largo plazo de las intervenciones:

Para analizar este ítem se tomó las áreas en las cuales está conformado el programa, área asistencial, área de extensión, área de formación, área docente, de investigación tomando las fechas en las cuales se llevó a cabo la experiencia, de septiembre del 2016 a septiembre de 2017, adquiriendo los siguientes resultados:

- Positivas: se asistió a la población infantil que requería la intervención de un equipo interdisciplinario, se ofreció a los alumnos interesados un espacio de aprendizaje, se

abrió un área de asistencia a la comunidad para poder intervenir en una de sus problemáticas y asesorar a familias, escuelas.

- Negativas: por falta de recursos y espacio se dejó fuera del programa parte de la población que requirió sus servicios y objetivos formulados quedaron truncados.
- Primarios: mejor calidad de vida para los pacientes que pasaron por el programa, transmisión de experiencia y actualización para los alumnos de la carrera que participaron de los ateneos, crecimiento para los profesionales implicados en FONUBA.
- Secundarios: servicio de salud con un costo económico muy accesible para la comunidad.

Sostenibilidad:

Para poder sostener el programa y poder cumplir con la totalidad de los objetivos planteados se requiere inversión por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, tanto en espacio físico y horarios disponibles de los consultorios, como así también en material, supervisiones y cargos.

Conclusión:

En el presente trabajo se realizó un recorrido por el Programa FONUBA comenzando por los objetivos propuestos en sus inicios, continuando por su historia fundante y luego realizando una descripción pormenorizada del programa en la actualidad.

Podemos observar que en sus inicios el plantel estaba integrado por cuatro profesionales que tenían la responsabilidad de asesorar y supervisar y cuatro más que llevaban adelante el área asistencial. En el año que se realizó la experiencia de la autora quedaba a cargo una supervisora y una profesional que funcionaba como coordinadora, por lo cual el programa se redujo en cuanto al personal y en consecuencia, al cumplimiento de los objetivos planteados.

Se resalta como fundamento esencial del Programa FONUBA la interdisciplinariedad, por lo cual se abrió la posibilidad de trabajar en forma de pasantía a las profesiones de psicopedagogía, psicología y psicomotricidad.

Si bien el programa también se armó en base al trabajo intersectorial en el presente de FONUBA no existió esa vertiente.

La experiencia consumada tuvo como protagonista principal la asistencia de niños de 4 a 6 años cuyo diagnóstico esencial fue “Retraso del Lenguaje”, esto se dio por varios motivos, como por ejemplo el nivel etario de los pacientes, la observación clínica y los criterios diagnósticos.

Con menor frecuencia el diagnóstico de TEL (Trastorno Específico del Lenguaje), que actualmente se denomina TDL (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje) también fue observado.

La experiencia realizada tuvo varios aspectos positivos a destacar, entre ellos el aprendizaje del trabajo interdisciplinario, el afianzamiento de conceptos aprendidos, la indagación de marcos teóricos novedosos como por ejemplo la neurolingüística, el incentivo de buscar herramientas para el abordaje y lecturas apropiadas.

La supervisión de casos y las reuniones semanales como espacio de discusión conllevaron a la reflexión de los abordajes que se llevaron a cabo en el Programa FONUBA.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, M. d., & Brenca, R. M. (2014). ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA EVALUACIÓN DEL ASPECTO PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE INFANTIL: BATERÍA ICRA-A
PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF CHILD LANGUAGE PRAGMATIC ASPECT EVALUATION: ICRA-A BATTERY. *Interdisciplinaria*, 139-161.
- Acosta, V., Morena, A., & Axpe, A. (2011). Implicaciones clínicas del diagnóstico diferencial temprano entre Retraso del Lenguaje (RL) y Trastorno Específico del lenguaje (TEL). *Universitas Psychologica*, 279-291.
- Azcoaga, J. E. (1983). *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*. Buenos Aires: Paidós.
- Boullón, M. (2016). *Servicio de Fonoaudiología Hospital Universitario Austral*. Obtenido de Servicio de Fonoaudiología Hospital Universitario Austral: <https://www.youtube.com/watch?v=gkW5pILGPwWc>
- Carretero, F. L. (2000). Diez preguntas sobre el lenguaje, y un intento por responderlas desde una perspectiva principalmente sintáctica. *Una mirada múltiple sobre el lenguaje*, 33-92.
- De Sousa, I., Maya, B., & Palacios, M. (2012). La participación comunitaria en la gestión creativa. *Sapiens*, 15-36.
- Djadnikian, C. (2017). *Neurolingüística y Psicología del Lenguaje*. Buenos Aires, Argentina.
- Ellis, S. (2017). Lenguaje development spectrum? En R. Paul, *Lenguaje disorders from a developmental perspective* (pp. 83-101). Mahwah: Erlbaum.
- Feld, V. (2017). La obra de Juan E. Azcoaga. *Revista Neuropsicología Latinoamericana- vol. 9, num. 3*, 1-6.
- Fuks, A. (30 de septiembre de 2016). *Facultad de Medicina-UBA*. Obtenido de <http://www.cognitivas.fmed.uba.ar/historia.htm>

Giachetti, CM.(2020). Avaliação da fala e da linguagem: perspectivas interdisciplinares em Fonoaudiologia

https://www.academia.edu/45190207/Avalia%C3%A7%C3%A3o_da_fala_e_da_linguagem_perspectivas_interdisciplinares_em_Fonoaudiologia

Herrera, L. (2018). Procesamiento cerebral del lenguaje: Historia y evolución teórica. . *Fides Et Ratio- Universidad Católica de Maule*, 101-130.

Luisse von Keyserlingk, P. J. (2013). Teorías subjetivas de escuelas de lenguaje en Chile sobre Trastornos Específicos del Lenguaje. *CEFAC*, 873-883.

Narbona García, J., & Chevrie Muller, C. (2001). *El lenguaje del niño, desarrollo normal, procesos cognitivos y rehabilitación*. España: Elsevier.

Narbona, J. A.-P. (2010). *Trastornos del Neurodesarrollo*. Viguera.

Obispo Dorothy VM, M. J.-2. (2017). Developmental Language Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1068-1080.

Pain, S. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de problemas de aprendizaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Peersman, G. (2014). Criterios de Evaluación, síntesis metodológicas: evaluación de impacto N° 3. *UNICEF* (págs. 1-18). Florencia- Italia: Centro de Investigaciones de UNICEF.

Pleuchova, A. A.-V. (2018). Utilidad del enfoque neuro psico lingüístico para la intervención de las Patologías del lenguaje: una revisión metodológica de sus diferentes antecedentes. *Actas do XIII Congreso Internacional de Lingüística Xera* (págs. 40-46). Vigo- España: UVIGO.GAL.

Russo, A. B. (2013). *EL PSICODIAGNÓSTICO DE NIÑOS*. BUENOS AIRES: PAIDOS.

Vacas, J., Antolí, A., Sanchez-Raya, A., Perez-Dueñas, C., & Cuadrado, F. (2021). Migración diagnóstica entre Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno del espectro autista: Estudio exploratorio del impacto de los Centros de Atención Infantil Temprana. *Revista de Investigación en Logopedia, II (Num. Especial)*, 77-88.

V. V. A. A. (2013). *Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5*. Arlington. V.A: Asociación Americana de Psiquiatría.

Vygotsky, L. (2016). *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: Paidós.

Yule, G. (2007). *El lenguaje*. Madrid-España: Akal.

