

" El Rol del Fonoaudiólogo en Neurorehabilitación "

TESIS DE LICENCIATURA
FGA. TASCÓN MARÍA
CANDELA

TUTORA: Lic. MOSCARDI GRACIELA
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
Dra. Mg. MINNAARD VIVIAN
Lic. GONZALEZ MARIANA

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGÍA
2022



“No existe daño cerebral demasiado leve para ser ignorado
ni demasiado grave para perder la esperanza”

Hipócrates

Dedicatoria

A mis seres queridos

Este trabajo es el esfuerzo de largas horas de lectura, estudio y dedicación. Quiero agradecer a quienes formaron parte del proceso.

Agradezco a la Dra. Mg. Minaard, Vivian y a la Lic. González Mariana, ambas del departamento de metodología de la universidad FASTA, por la atenta lectura y asesoramiento continuo, y a la Lic. Moscardi Graciela, tutora de este trabajo, por las sugerencias brindadas.

Al Lic. Trejo Jonatan por el diseño de las portadas de este trabajo.

A los profesionales del equipo de rehabilitación que participaron en la recolección de los datos para este trabajo.

A mis colegas y compañeros de trabajo por el apoyo y acompañamiento en mis primeros pasos dentro del área de salud como fonoaudióloga.

A mi familia y amigos por el apoyo y ánimo brindado en cada momento.

Y a Dios, quién me acompaña y me ha guiado por el camino de la fonoaudiología que tanto amo.

Los fonoaudiólogos participan en los equipos interdisciplinarios de rehabilitación, para ayudar a sujetos adultos afectados tras un daño cerebral adquirido a superar deficiencias, aprender formas de compensación de los déficits, entrenar a familiares, y por sobre todo mejorar la calidad de vida de estas personas.

Objetivo: Analizar el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la percepción del equipo interdisciplinario acerca del mismo en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022.

Materiales y Métodos: investigación de tipo descriptiva y transversal con un diseño no experimental. Conformaron el estudio de caso 9 profesionales de un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata

Resultados: los profesionales encuestados enfatizan la importancia de la participación del fonoaudiólogo en la neurorehabilitación de sujetos adultos. Reconocen las patologías médicas de base que tratan. Destacan la función del fonoaudiólogo en el área del lenguaje y la comunicación, incorporando sus indicaciones para el abordaje de sujetos con afasia. En relación al aspecto deglutorio, respetan las indicaciones de los fonoaudiólogos, vía de alimentación y tipos de dietas según consistencia segura para el paciente, de esta manera se evitan posibles neumonías aspirativas. Por su parte, los fonoaudiólogos expresan que su opinión es tenida en cuenta tanto en las orientaciones brindadas para los sujetos con diagnóstico de afasia como con disfagia. Todos los encuestados, incluyendo a los fonoaudiólogos, resaltan el valor del trabajo en interdisciplina, consideran que a través de ella los pacientes y sus familiares son los más beneficiados. Si bien no presentan espacios definidos para fomentar la interdisciplina, se encuentran trabajando en ello. El trabajo en equipo se basa en la comunicación entre colegas o profesionales de otras especialidades y realización de reuniones donde conversan e intercambian opiniones sobre casos particulares.

Conclusiones: los profesionales de salud y los fonoaudiólogos entrevistados tienen una percepción positiva y adecuada de la labor fonoaudiológica dentro del centro de rehabilitación. Valoran el trabajo interdisciplinario y se encuentran en proceso de mejora en este último aspecto.

Palabras claves: rehabilitación, neurorehabilitación, fonoaudiología, daño cerebral adquirido.

Speech therapists participate in interdisciplinary rehabilitation teams to help affected adults after acquired brain damage to overcome deficiencies, learn ways to compensate for deficits, train family members, and above all, improve the quality of life of these people.

Objective: To analyze the role of the speech therapist in the rehabilitation of adult subjects with acquired brain injury and the perception of the interdisciplinary team about it in a rehabilitation center in the city of Mar del Plata in the year 2022.

Materials and Methods: descriptive and cross-sectional research with a non-experimental design. The case study is made up of 9 professionals from a rehabilitation center in the city of Mar del Plata

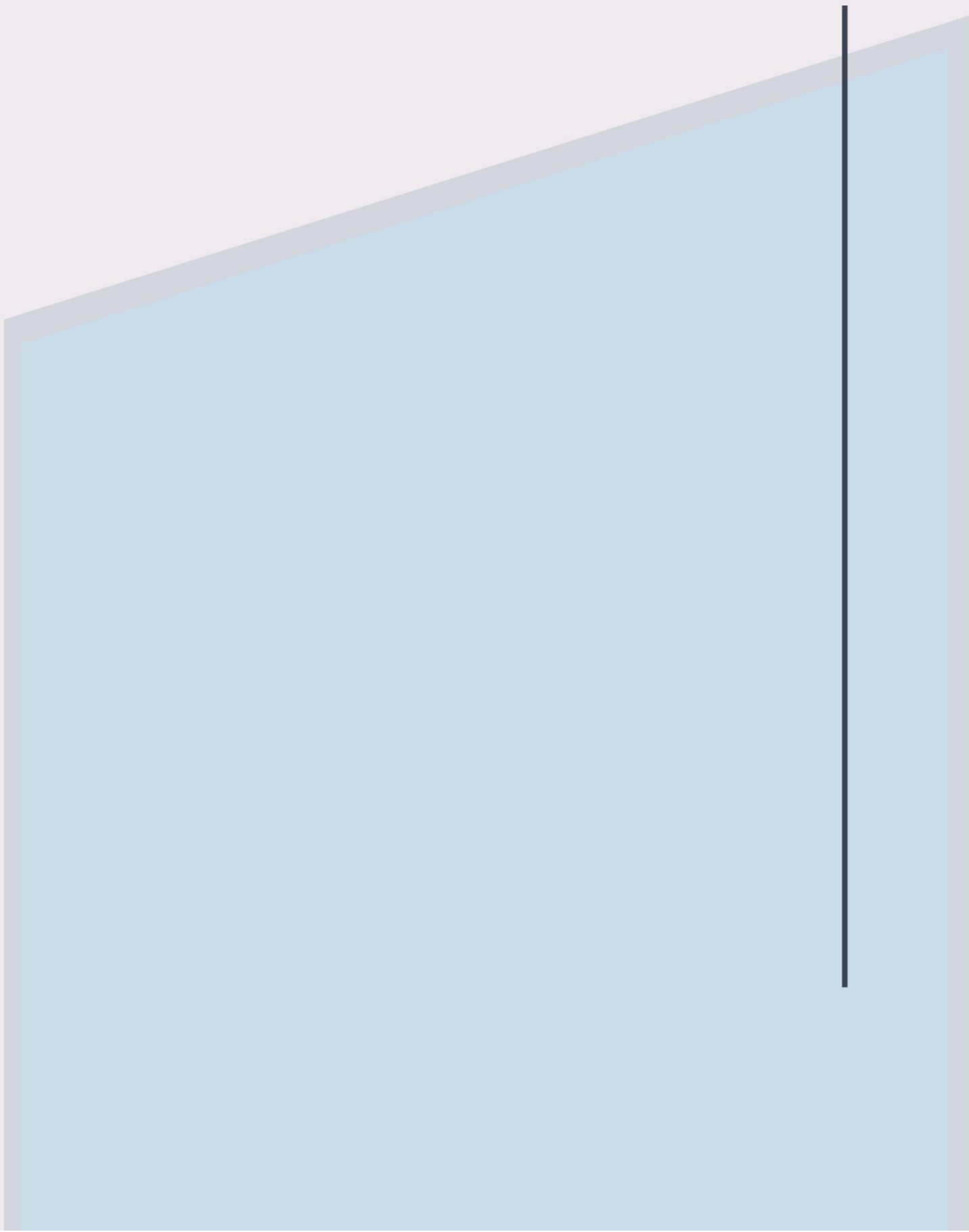
Results: the professionals surveyed emphasize the importance of the participation of the speech therapist in the neurorehabilitation of adult subjects. They recognize the underlying medical conditions they treat. They highlight the role of the speech therapist in the area of language and communication, incorporating their indications for the approach of subjects with aphasia. In relation to the swallowing aspect, they respect the indications of the speech-language pathologists, feeding route and types of diets according to a safe consistency for the patient, in this way possible aspiration pneumonias are avoided. For their part, speech therapists express that their opinion is taken into account both in the guidance provided for subjects diagnosed with aphasia and dysphagia. All the respondents, including the speech therapists, highlight the value of interdisciplinary work, considering that through it the patients and their relatives are the most benefited. Although they do not present defined spaces to promote interdiscipline, they are working on it. Teamwork is based on communication between colleagues or professionals from other specialties and holding meetings where they talk and exchange opinions on particular cases.

Conclusions: the health professionals and the speech-language pathologists in this study have a positive and adequate perception of the speech-language pathology work within the rehabilitation center. They value interdisciplinary work and are in the process of improving in this last aspect.

Keywords: rehabilitation, neurorehabilitation, speech therapy, acquired brain injury.

Introducción	1
Capítulo I	3
Capítulo II	15
Diseño Metodológico.....	26
Análisis de Datos	33
Conclusión	51
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN



Un daño cerebral adquirido en sujetos adultos, como puede darse tras sufrir un accidente cerebro vascular o un traumatismo encéfalo craneano, conlleva a la presencia de limitaciones en diferentes áreas con diversos grados de severidad. Las esferas implicadas pueden ser la motora, sensorial, cognitiva, comunicativa y emocional.

En los últimos años la atención de estos pacientes, en un primer estadio críticos, ha mejorado, gracias al avance en las tecnologías y especializaciones médicas. A pesar de ello, las secuelas generadas impiden a los sujetos sobrevivientes volver a sus actividades cotidianas y realizar de forma independiente diversas actividades de la vida diaria, ya sea por el deterioro funcional motor y/o cognitivo. Debido a esto, requieren la derivación a un centro de rehabilitación, para superar esas deficiencias, aprender formas de compensación de los déficits, entrenar a familiares y/o cuidadores y por sobre todo mejorar su calidad de vida (Vázquez y Veronesi, 2013)¹.

La rehabilitación es un proceso integral con objetivos que deben ser determinados tanto por los profesionales tratantes como por la persona afectada y su familia. Los mismos deben estar dirigidos a promover y lograr la máxima independencia posible, para que el sujeto pueda desempeñarse libremente tanto en el hogar como en la sociedad, pudiendo integrarse a sistemas sociales diferentes a los de su familia (Céspedes, 2005)².

Los servicios de rehabilitación deben estar conformados por equipos interdisciplinarios que incluyan un grupo central de profesionales y un coordinador del mismo. Entre los profesionales que conforman el equipo debe existir buena comunicación e interacción para poder lograr objetivos compartidos. Entre los especialistas que constituyen este equipo se pueden mencionar a kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, médicos fisiatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, profesores de educación física, fonoaudiólogos, entre otros (Lusiardo, 2002)³.

En el área de salud los fonoaudiólogos se ocupan de la promoción y prevención de la salud, evaluación, diagnóstico y rehabilitación de las alteraciones de la comunicación, lenguaje, habla, cognición, sistema estomagnático, voz y audición (Vega Rodríguez et al; 2017)⁴.

¹ Resaltan en su artículo la falta de información, por parte de los médicos a los pacientes, una vez que los mismos reciben el alta de internación en relación a las secuelas y limitaciones acarreadas luego de un daño cerebral. Además, señalan un porcentaje bajo de derivación a institutos de rehabilitación.

² Destaca la importancia de concebir a la rehabilitación desde el modelo ecológico, respetando por sobre todo los derechos de la persona afectada.

³ Refiere que los equipos de rehabilitación deben estar conformados por profesionales que representen diversas áreas, social, psicológica, motora, entre otras, y que fundamentalmente deben trabajar en interdisciplina para obtener buenos resultados.

⁴ Si bien un fonoaudiólogo graduado se encuentra capacitado para intervenir en una amplia cantidad de áreas, las autoras refieren que los mismos generalmente optan por especializarse en alguna de ellas, trabajando de forma competente en la misma según su continua educación y experiencia.

En lo que respecta al rol del fonoaudiólogo en un centro de rehabilitación son parte activa de un equipo de trabajo formado por diversos profesionales, con el objetivo en común de lograr una rehabilitación integral y la reinserción de los sujetos con daño cerebral adquirido a la sociedad (Ramírez y Colina Matiz, 2009)⁵. Pero, a pesar de lo expuesto, actualmente se cuenta con escasos artículos científicos donde se analice en profundidad el rol específico que cumple un fonoaudiólogo en un centro de rehabilitación, por lo que se plantea el siguiente problema de investigación:

- ¿Cuál es el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la percepción del equipo interdisciplinario acerca del mismo en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022?

El objetivo general es:

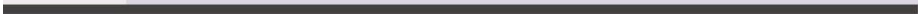
- Analizar el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la percepción del equipo interdisciplinario acerca del mismo en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las patologías médicas de base que abordan los fonoaudiólogos en sujetos adultos con daño cerebral adquirido.
- Indagar sobre el rol del fonoaudiólogo en la evaluación del aspecto deglutorio y en la elección de la vía de alimentación de los pacientes adultos con daño cerebral adquirido.
- Establecer las estrategias brindadas por los fonoaudiólogos para el abordaje del lenguaje en sujetos con diagnóstico de afasia.
- Sondar las áreas más relevantes de la intervención del fonoaudiólogo para cada profesión en particular en sujetos adultos con daño cerebral adquirido y las ventajas de contar con los fonoaudiólogos.
- Determinar las actividades que se realizan para fomentar el trabajo interdisciplinario y el valor del trabajo interdisciplinar otorgado por los profesionales.

⁵ En su artículo describen el rol del fonoaudiólogo, principalmente en la intervención de las alteraciones del lenguaje y la comunicación, en el área de la salud mental, remarcando la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios para potenciar la rehabilitación de cada sujeto.

CAPITULO I



Antiguamente se asociaba el significado de la palabra salud con la ausencia de enfermedad, diferenciándose de esta forma un estado de bienestar y otro de malestar. Al día de hoy, este concepto ha quedado relevado por una nueva forma de concebir a la salud. (Guerrero y León, 2018)⁶. Como definición general a nivel mundial, la más aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud⁷(2006)⁸, esta es considerada como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (p.1).

Asimismo, en la constitución de la OMS (2006)⁹se incluyen los principios básicos para el bienestar, los vínculos armoniosos y la seguridad de todos los pueblos. Entre los más importantes se pueden mencionar los siguientes: los gobiernos de cada país tienen la responsabilidad de cuidar de sus ciudadanos, para ello deben aplicar medidas de educación sociosanitarias adecuadas. Deben garantizar a cada ser humano, sin importar su raza, religión o partido político, el máximo estado de bienestar posible en cada caso, ya que las comunidades sanas son garantía de progreso. Además, es indispensable mantener controles del desarrollo de todos los niños, ya que ellos representan la población adulta futura. Igualmente es esencial informar a las comunidades de los avances científicos en relación al área de salud, incluyendo métodos de prevención y tratamientos posibles según necesidades o afecciones de cada individuo. Para que todo esto se logre, se requiere de la participación activa de toda la comunidad.

A pesar de que la definición de salud propuesta por la OMS constituyó un progreso, no permaneciendo en la idea de salud como ausencia de enfermedad, hay autores como Gavidia y Talavera (2012)¹⁰, que disciernen de esta definición, realizando algunas observaciones. Es utópica pues no existe el completo bienestar, existen diferentes niveles entre el todo y la nada. Por otro lado, actualmente, no se concibe a la salud como un estado estático, sino más bien se la reconoce como dinámica, resultante de la interacción y adaptación del individuo a su medio ambiente, dependiente de su edad y estilo de vida, incluyendo dieta, ejercitación física, educación y desempeño laboral. Además, es considerada una definición subjetiva, porque la representación del bienestar depende de la imagen mental

⁶ Los autores del artículo aproximación al concepto de salud, realizan una profunda descripción del término salud a lo largo de la historia desde una mirada sociológica de la medicina.

⁷ De aquí en adelante Organización Mundial de la Salud, OMS

⁸ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

⁹Para mantener la paz y la seguridad es indispensable que estos principios básicos se cumplan en cada estado participante, ya que toda acción de investigación, instrucción a la población y cuidado relacionado con la salud influye tanto en las pequeñas comunidades, como a nivel global.

¹⁰ Consideran que el término salud ha ido cambiando a lo largo de la historia, principalmente por los aportes de las personas según los contextos sociales de cada época.

generada por cada individuo. Y por último y no de menor importancia, el carácter objetivo, relacionado con la capacidad funcional que genera cada individuo según sus deseos e intereses.

Más allá de las críticas explicadas en los párrafos anteriores, el concepto de salud propuesto por la OMS señala con certeza las dimensiones social, psíquica y física de la salud, tratándose de un fenómeno multidimensional, que se extiende más allá de la competencia médica y aún en día se continúa utilizando (Alcántara Moreno, 2008)¹¹.

Para la OMS (2005)¹² el concepto de sistema de salud es el conjunto de organizaciones, establecimientos y recursos dispuestos con un mismo fin, lograr mejorar la salud.

El sistema de salud de Argentina se encuentra conformado por tres sectores, público, privado y seguridad social. El sector público atiende de forma gratuita a toda la población que lo requiera a través de una red de hospitales públicos, ya sean nacionales, provinciales o municipales. Los recursos provienen principalmente de la recaudación de impuestos y en menor medida del sistema de seguro social cuando se tratan a sus afiliados. Luego le sigue el sector correspondiente a las obras sociales, que incluye a los trabajadores y sus familias. Los aportes competen de las contribuciones del empleado y empleador. Por último, el sector privado compuesto por profesionales de la salud, que se financia a partir del aporte de sus usuarios (Belló y Becerril Montekio, 2011)¹³.

El sistema sanitario se divide en niveles de atención, según grados de gravedad. El primer nivel de atención médica, conocido como la puerta de entrada al sistema de salud, se encarga de la prevención, diagnóstico temprano, promoción y educación de la salud, teniendo como fin último evitar complicaciones mayores. En nuestro país en el sector público este tipo de actividades se lleva a cabo en los centros de atención primaria de la salud¹⁴. Los fonoaudiólogos son parte de estos equipos dentro del sector de salud mental, conformado además por psicólogos y psicopedagogos. Hay que tener en cuenta que no todos los CAPS cuentan con estos tres profesionales y que, apenas en un tercio de los mismos, los fonoaudiólogos son parte de él (Ballesteros, 2016)¹⁵.

¹¹ El autor se posiciona en el marco de las ciencias sociales para realizar el análisis pertinente sobre el tema. Desde tal perspectiva considera a la salud como una interacción de múltiples factores, ya sean sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

¹² Los sistemas de salud que funcionan de forma correcta mejoran notablemente la calidad de vida sus ciudadanos.

¹³ Los autores afirman que el sistema de salud de Argentina es muy heterogéneo, ya que se encuentra muy fragmentado por la conformación de los tres subsistemas público, privado y seguro social. Consideran que el país tiene un gran desafío para lograr un acceso más igualitario.

¹⁴ De aquí en adelante centros de atención primaria de la salud, se abreviarán como CAPS.

¹⁵ El autor refiere que el relevamiento de la presencia de fonoaudiólogos en los CAPS se realizó de forma conjunta con los profesionales de psicopedagogía y psicología, todos pertenecientes al sector salud mental. Por lo cual, solo se computaron los fonoaudiólogos de los centros en los que estaban los tres profesionales mencionados.

Este primer nivel de atención es considerado primordial y base de los sistemas de salud. Se considera que, en los países donde es el pilar fundamental de la salud, el 80% de los problemas se resuelven aquí, sin conllevar a mayores complicaciones médicas y por ende mayores gastos económicos. Este nivel presenta cuatro atributos, accesibilidad, coordinación, integración y longitudinal. El primer atributo corresponde al acceso al sistema de salud, toda la población debe poder llegar al mismo. El segundo atributo hace referencia a la acción en conjunto de todo el nivel para la prevención y promoción de la salud. La integración es el poder solucionar los inconvenientes de salud de la mayor cantidad de la población. Y el último atributo refiere al seguimiento próximo de los profesionales que atiende a un mismo usuario (Calvo Rojas et al; 2018)¹⁶.

Los siguientes dos niveles son de mayor complejidad. El segundo nivel de atención recibe a los usuarios que se encuentran con patologías más graves. Corresponde a los servicios relacionados con la asistencia médica propiamente y especialidades como ginecología y cirugías generales. Aquí los fonoaudiólogos trabajan tanto en las salas de clínica médica generales como en las unidades de terapia intensiva de los hospitales de agudos. Y por último el tercer nivel de atención de salud encargado de llevar adelante procedimientos especializados y de alta tecnología, por lo general centros exclusivos para diferentes patologías o secuelas de mayor gravedad según necesidades de los usuarios. En este último nivel los fonoaudiólogos se encargan de la rehabilitación de diferentes alteraciones (Vignolo et al; 2011)¹⁷.

El auge en la tecnología empleada en el ámbito de la salud, ha logrado una mayor longevidad, con la consecuente aparición de las enfermedades crónicas, anteriormente causantes de muerte en edades más tempranas, requiriendo de profesionales de la salud en centros de rehabilitación correspondientes al tercer nivel de atención, quienes se encuentren capacitados para brindar estrategias y mejorar la calidad de vida de cada sujeto que así lo requiera (Schwartzmann, 2003)¹⁸.

Por lo expuesto recientemente, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado. Y si bien una parte de la población adulta fallece luego de padecer complicaciones durante internaciones en hospitales de agudos, otra gran mayoría sobrevive, quedando con ciertas secuelas y requiriendo concurrir a centros de rehabilitación en búsqueda de estrategias, herramientas y equipamiento que les puedan brindar los diferentes profesionales de la salud

¹⁶ Resaltan la importancia del primer nivel de atención y la realización de evaluaciones sobre el funcionamiento del mismo, teniendo en cuenta los cuatro atributos mencionados.

¹⁷ Cada nivel corresponde con una complejidad mayor, requiriendo diferentes recursos tanto humanos como tecnológicos.

¹⁸ Para lograr el objetivo de mejorar la calidad de vida en un sujeto es imprescindible contar con la percepción del mismo, sus intereses y contexto social en el que se desempeñaba previo a la aparición de su injuria cerebral.

para minimizar las secuelas y obtener una mejor calidad de vida (Belló y Becerril Montekio, 2011)¹⁹.

En los centros de rehabilitación neurológicos se reciben a personas que hayan sufrido algún daño cerebral adquirido, es decir sujetos que presentan una lesión en un cerebro con desarrollo normal, secuela de accidente cerebro vascular²⁰, traumatismo encéfalo craneal²¹, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativas, entre otras (Castellanos Pinedo et al., 2012).

Este daño cerebral genera consecuencias importantes en la funcionalidad cotidiana de las personas (De Noreña et al;2010)²².

A continuación, se describen las dos causas más comunes de daños cerebrales adquiridos según la OMS. Los ACV corresponden a un déficit neurológico repentino, ocasionados por disturbios en la circulación sanguínea cerebral. Estos pueden ser de dos formas isquémicos o hemorrágicos. Los infartos isquémicos suceden cuando se reduce la luz de un vaso arterial, limitando su flujo, conocido con el nombre de trombosis vascular in situ. Pero, también pueden darse cuando un trombo se fragmenta y se desprende del corazón o un vaso que lleva a una oclusión distal del vaso cerebral, es decir una embolia (Amerisoy Esnaola y Rojas, 2005)²³. Por otro lado, los ACV hemorrágicos ocurren cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro. Las principales causas de este segundo tipo de ACV están asociadas a malformaciones arteriovenosas o aneurismas, zona débil en la pared de un vaso sanguíneo que provoca que éste sobresalga o se abombe (Zurrú y Casas Parera, 2005)²⁴.

La segunda causa de daño cerebral adquirido corresponde a los TEC. Las lesiones craneoencefálicas son producidas por un impacto de un objeto en la cabeza o por un movimiento brusco de la misma con desplazamiento de traslación y rotación del cerebro adentro del cráneo, generando lesiones axonales difusas (Malmierca y Nosti, 2005)²⁵.

¹⁹ Las principales causas de muerte para ambos sexos son la insuficiencia cardiaca, enfermedades cerebrovasculares, infecciones respiratorias agudas y las enfermedades isquémicas del corazón.

²⁰ Desde aquí en adelante accidente cerebro vascular, ACV.

²¹ A partir de aquí traumatismo encéfalo craneano, TEC

²² Una de las consecuencias más importantes que pueden dejar los daños cerebrales adquiridos son a nivel cognitivo, por lo que los autores ahondan en la rehabilitación de este aspecto, incluyendo las funciones atencionales, mnémicas y lingüísticas.

²³ Según el cuadro clínico los ACV isquémicos pueden clasificarse en ataque isquémico transitorio, de duración menor a una hora, sin secuelas; déficit neurológico isquémico reversible, mayor a 24hs con secuelas reversibles; ACV en evolución, se agrava luego del inicio; y ACV completo, establecido sin cambios, irreversible.

²⁴ En relación a los ACV hemorrágicos por lo general suelen ocurrir en el parénquima, denominadas hemorragias intraparenquimatosas, en el espacio subaracnoideo y en otras estructuras como puede ser el tronco cerebral.

²⁵ Los TEC en su mayoría suceden por accidentes de tránsito, constituyendo la primera causa de muerte y secuelas graves en adultos jóvenes.

Estas enfermedades son consideradas por la OMS dos problemas importantes de salud pública, ya que generan un gran gasto sociosanitario y económico, además de producir la muerte de gran cantidad de personas y otras tantas quedando con secuela de diversos grados de severidad.

Estas personas sobrevivientes, requieren comenzar cuanto antes un abordaje de rehabilitación adecuado. Esto ocurre una vez que la persona se encuentra clínicamente estable y recibe el alta en el hospital de agudos, momento fundamental para iniciar el proceso rehabilitador. Se debe empezar realizando una buena anamnesis tanto al paciente como a la familia y continuar con una exploración física y cognitiva del sujeto, para poder establecer objetivos de tratamientos. La especialidad de medicina física y rehabilitación, por lo general suele ser quien coordina a los equipos tratantes, conformados por diversos profesionales. El objetivo general de todo plan de rehabilitación integral es lograr la mayor autonomía y funcionalidad posible en cada caso (Arias Cuadrado, 2009)²⁶.

Si bien la rehabilitación ha demostrado ser útil en la mejoría de los pacientes, muchos quedan con cierto grado de discapacidad, debido a múltiples factores como el tamaño de la lesión, la edad, nivel de educación alcanzado previo al daño cerebral, contexto social, entre otros.

Etimológicamente el término discapacidad significa falta de capacidad. Y si bien años atrás se consideraba a la discapacidad como la presencia de una minusvalía, actualmente desde el punto de vista biomédico se la define como la disminución en la capacidad para realizar una actividad ocasionada por ciertas deficiencias fisiológicas. Pero, no solamente se debe tener en cuenta esta perspectiva, también hay que considerar la mirada social, donde la discapacidad no es un concepto neutro, sino que el mismo se modifica con el correr del tiempo y en respuesta a los actos de las sociedades. De esta manera se considera que es responsabilidad de las sociedades aceptar a las personas con discapacidad y poder adaptarse a las necesidades de esta población, evitando la discriminación, el desprecio y abandono de estas personas (Díaz Velázquez, 2020)²⁷.

En el año 2001 la OMS propuso una clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud²⁸. El fin de esta clasificación es unificar un lenguaje común entre los profesionales de la salud, que sea aplicable en diferentes culturas y que pueda describir el funcionamiento humano y la discapacidad con una visión universal.

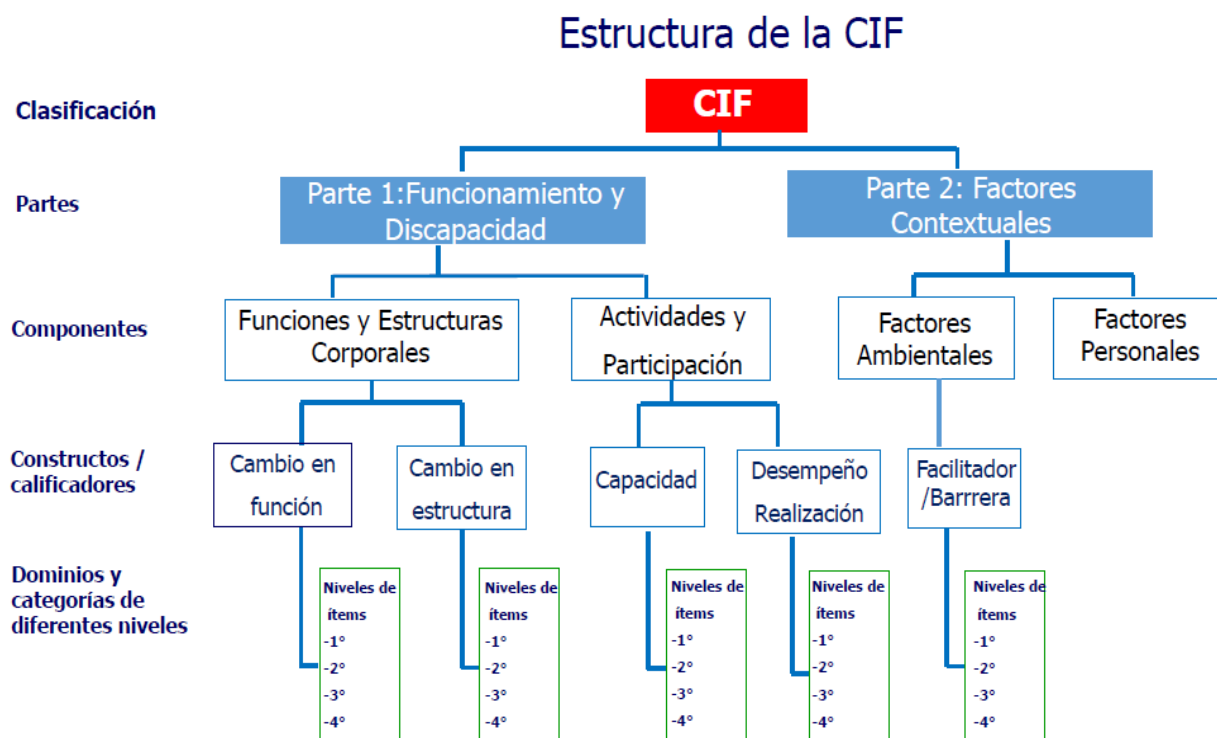
²⁶ Recomienda que en todo proceso de rehabilitación se utilicen escalas para poder medir la funcionalidad inicial y de egreso del paciente, de esta manera poder cuantificar los avances que presenta cada sujeto.

²⁷ Resalta la importancia de considerar a la discapacidad desde un punto de vista social, incluyendo a esta población, acercándoles la accesibilidad necesaria para realizar cualquier tipo de actividad en igualdad de condiciones.

²⁸ De aquí en adelante CIF, clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.

La Organización Panamericana de la Salud²⁹ menciona que la CIF se encuentra organizada en un esquema jerárquico, que a continuación se presenta:

Esquema 1: Componentes de la CIF



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (s.f)³⁰

Esta clasificación permite tener una visión de la problemática de cada sujeto conectando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular. De esta manera cada elemento constituyente influye sobre los demás, uniéndose y superponiéndose (Chaná y Albuquerque, 2006)³¹.

Otro elemento relevante dentro de la salud, es la clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud³², actualmente en su décima

²⁹ De aquí en adelante Organización Panamericana de la Salud.

³⁰ En este esquema se puede observar la estructura jerárquica de la CIF, donde las partes corresponden a sus dos grandes divisiones. Luego se encuentran los componentes, que representan las subdivisiones de las partes. A continuación, aparecen los constructos que corresponden a las clasificaciones utilizadas para detallar y analizar cada uno de los componentes de la CIF. Por último, aparecen los dominios y categorías, grupos de las diferentes funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones y áreas de la vida.

³¹ Esta clasificación puede ser utilizada por diversas disciplinas con objetivos múltiples, medibles, que permiten realizar comparaciones. Por ejemplo, teniendo como base a la CIF en una evaluación de un paciente, con daño cerebral adquirido, se puede plantear un plan de tratamiento y luego de unos meses de trabajo volver a medir los parámetros de la funcionalidad y ver avances o no durante este proceso de rehabilitación.

³² Desde aquí en adelante se mencionará como CIE-10.

revisión. La finalidad de la CIE-10 es el relevamiento metódico, análisis, interpretación y comparación de los datos de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Además, esta clasificación permite convertir los diferentes diagnósticos en códigos preestablecidos, lo que favorece su archivo y posterior recuperación para el análisis de los mismos. Con el objetivo de agregar nuevos hallazgos y/o modificar antiguos términos dentro de la medicina, se realiza una revisión cada diez años (Ramos Martín Vegue et al., 2002)³³.

Dentro del tercer nivel de atención en salud, específicamente en centros de rehabilitación neurológica, la CIE-10 y la CIF son dos elementos utilizados de forma cotidiana para generar los certificados únicos de discapacidad³⁴, en los sujetos que así lo requieran, según su estado de salud luego de algún acontecimiento importante, en este caso en su cerebro. El CUD es un documento público de validez nacional. Este es otorgado por una junta evaluadora, conformada por profesionales de la salud de diversas áreas, que certifican la discapacidad de la persona. Es personal, no puede transferirse a otras personas (Masciantonio et al., 2016)³⁵.

Según la OMS (2021)³⁶ la rehabilitación corresponde a diversas técnicas utilizadas para que sujetos con discapacidad logren su máximo nivel de independencia y ejecución en actividades de la vida diaria, incluyendo las áreas psicosocial, física, sensorial y cognitiva. Para llevar a cabo esta compleja tarea de la rehabilitación, existen diversas estrategias a utilizar según las características del paciente, pudiéndose optar por un tratamiento dirigido a restaurar funciones, compensar déficits u obtener beneficios con modificaciones realizadas en el ambiente (Mateer, 2003)³⁷.

A continuación, se describirán las tres técnicas de intervención más comunes en la rehabilitación neuropsicológica según Muñoz Céspedes y Tirapu Ustárriz (2001)³⁸. Por un lado, se pueden encontrar la restauración de la función dañada, esta técnica se basa en que los procesos cognitivos afectados se pueden restablecer realizando estimulación. Para ello se utilizan series de ejercicios aplicados de modo repetitivo, con el fin de poder conseguir la

³³ Esta última edición está compuesta por tres volúmenes. Presenta 21 clasificaciones y dos clasificaciones suplementarias. Los capítulos se encuentran identificados con números romanos.

³⁴ Desde aquí en adelante certificado único de discapacidad, CUD

³⁵ El CUD otorga múltiples beneficios como obtención de una obra social, que cubra las prestaciones y rehabilitaciones que el usuario necesite; transporte público gratuito; el no pago de patente de vehículo propio y libre estacionamiento; entre otros.

³⁶ La rehabilitación consta de varios servicios, fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, nutrición, fonoaudiología entre otros. Todas las personas con cierta discapacidad luego de algún evento neurológico deberían tener acceso a estos servicios según sus necesidades particulares.

³⁷ En el caso de un programa de rehabilitación cognitivo, el autor refiere que se deben tener en cuenta los siguientes parámetros: deber ser individualizado, se trabajará en conjunto tanto con el sujeto afectado como con su familia en busca de funcionalidad y además habrá que tener en cuenta los componentes emocionales.

³⁸ Cada una de estas tres técnicas de rehabilitación neuropsicológica se basan en diferentes principios relacionados con el funcionamiento de sistema nervioso central.

reactivación de los procesos deteriorados y obviamente lograr la recuperación de la función cognitiva afectada luego del daño cerebral.

Otra técnica de gran utilidad es la de compensación de la función perdida. Se aplica cuando las lesiones cerebrales son muy extensas e importantes, y no hay grandes posibilidades de recuperación. Se lleva a cabo mediante la utilización de ayudas externas que puedan favorecer la funcionalidad del individuo en determinadas actividades de su vida diaria.

La tercera técnica más utilizada es la optimización de las funciones residuales. Considera que tras las lesiones cerebrales quedan restos, ciertas reservas. Entonces tomando estos residuos en conjunto con la utilización de otras rutas cerebrales adyacentes sanas, que puedan acompañar en el desempeño de los procesos cognitivos afectados, se podría lograr la función. Por lo cual el fin de esta forma de rehabilitación es lograr mediante el aprovechamiento de las estructuras cerebrales intactas mejorar el rendimiento de los procesos cognitivos afectados.

A lo largo de los años se han creado nuevas herramientas tecnológicas y técnicas de evaluación del encéfalo. Una correcta exploración neuropsicológica del cerebro y su funcionamiento orienta a la programación de un plan de rehabilitación preciso, rescatando tanto los hallazgos positivos como los negativos encontrados en cada individuo. Las principales técnicas de neuroimágenes utilizadas para realizar una exploración tras un daño cerebral adquirido son la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, la tomografía por emisión de fotón simple, el electroencefalograma o el magneto encefalograma (Junqué Plaja, 2011)³⁹.

Estas nuevas tecnologías y formas de evaluar, permitieron conocer con más detalle el funcionamiento del cerebro y las estructuras adyacentes. De esta manera también se pueden llegar a determinar las posibilidades que posee el cerebro para su recuperación luego de un daño cerebral adquirido en la adultez, según localización y tamaño de la lesión, entre otros factores individuales como la edad y el nivel de educación alcanzado (Christensen, 2011)⁴⁰.

³⁹Menciona que es importante utilizar la información que revelan los estudios de neuroimágenes para la programación de un plan terapéutico, y de esta manera poder trabajar para lograr una reorganización cerebral luego de una lesión cerebral, que genera ciertas conductas observables. No obstante, admite que no todos los institutos de rehabilitación cuentan con los aparatos tecnológicos necesarios para realizar los estudios y que aún faltan investigaciones más precisas en relación al tema.

⁴⁰ En la historia de la rehabilitación de las funciones cerebrales, se pasó de la negación de la regeneración del sistema nervioso central, a la demostración de que el cerebro no es un órgano estático, sino que es capaz de realizar diversos cambios celulares según experiencias de cada individuo, incluso luego de haber sufrido un daño cerebral adquirido.

Una vez que se cuenta con el diagnóstico médico de base se puede comenzar el proceso de rehabilitación. Para la OMS (2021)⁴¹ este proceso siempre debe centrarse en la persona afectada, por lo tanto, los objetivos de tratamiento deben ser consensuados con el paciente, teniendo en cuenta sus gustos, preferencias y estilo de vida. Además, se debe analizar cada situación en particular para determinar la modalidad de atención más adecuada, ya sea internación, ambulatoria o domiciliaria. Pero, no basta solamente con la atención centrada en el sujeto afectado, el proceso de rehabilitación solo se puede lograr trabajando en equipo, conformado por diversos profesionales, el paciente y su familia. Estos tres pilares son fundamentales para lograr el máximo desempeño funcional a nivel motor y/o cognitivo posible en cada sujeto que sufrió un daño cerebral adquirido.

Entre los equipos de profesionales se pueden encontrar diferentes formas de trabajo entre ellas: multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar. A continuación, se describirán brevemente estas tres formas de trabajo, mencionando sus ventajas y desventajas según Lusiardo (2002)⁴².

Por multidisciplina se entiende el abordaje de cada profesional de forma aislada, es decir cada disciplina realiza sus evaluaciones y plan de tratamiento. Luego se comparte la información con el equipo tratante. Puede haber un líder quien guíe al equipo, pero cada uno trabaja de forma separada con el paciente. Esta forma de trabajo ha mostrado ciertas desventajas en los resultados del tratamiento, ya que el mismo termina siendo la suma de los aportes por separado de cada disciplina.

Otra forma de trabajo en rehabilitación es la interdisciplinaria. La misma consta de la programación de un plan de tratamiento en conjunto por todos los profesionales del equipo que aborden al paciente. Todos juntos debaten y plantean los objetivos de tratamiento más adecuados para cada sujeto. Suele implicar más tiempo que el enfoque anterior, pero a mediano y largo plazo los resultados son mejores.

La tercera forma de abordaje es la conocida como transdisciplina. En esta forma de tratamiento los profesionales suelen realizar evaluaciones en conjunto y en los momentos de llevar adelante la terapia también participan de forma simultánea, logrando de esta manera un aprendizaje más profundo del trabajo de sus compañeros y pudiéndose complementar todas las áreas para lograr un objetivo común, rehabilitar a un paciente de forma integral. Como ventaja en este tipo de abordaje la comunicación suele ser muy efectiva y además incorporan en todo momento a los familiares del sujeto en tratamiento.

⁴¹Cualquier individuo puede requerir rehabilitación en algún momento de su vida. Esta tiene diversos beneficios como ayudar a disminuir dolencias, evitar complicaciones a futuro y mejorar la funcionalidad del sujeto afectado.

⁴² El autor considera que la atención del paciente siempre mejora cuando se trabaja en equipo, sacando lo mejor de cada profesional y compartiendo los saberes de cada disciplina para que todos puedan aportar sus conocimientos en el proceso de rehabilitación de los sujetos con lesión cerebral.

La comunicación es un instrumento terapéutico indispensable dentro de los equipos interdisciplinarios de rehabilitación. A través de ella los profesionales pueden mantener informado al paciente como a su familia, sobre el estado del cuadro evolutivo, secuelas y formas de compensar esos déficits. La amabilidad, accesibilidad, integridad en la atención, interés demostrado por el paciente, son habilidades importantes que los profesionales deben incorporar para que el paciente se sienta motivado, cumpla con las indicaciones y progrese en su tratamiento (Echevarría Ruiz de Vargas et al., 2004)⁴³.

Dentro de estos equipos el fonoaudiólogo, es el profesional idóneo para realizar las acciones de detección, prevención, evaluación subjetiva y/u objetiva, diagnóstico, diseño de plan terapéutico e implementación del mismo. Los fonoaudiólogos trabajan con personas en todas las etapas de la vida, incluyendo desde bebés recién nacidos hasta adultos. Realizan tratamientos de habilitación o rehabilitación en:

“(...)patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje”. (Artículo N° 2 de la ley 27.568, Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, 2020)⁴⁴.

Por último, en todo proceso de rehabilitación hay que tener en cuenta que un daño cerebral adquirido no solamente afecta al sujeto en sí mismo, también impacta en las familias. Estas deben afrontar y adaptarse a la nueva realidad de su ser querido. Serán quienes se pongan al hombro a su familiar, ocupando el rol de cuidador, lo que implica un esfuerzo físico, psicológico y tiempo extra (Bruna Rabassa et al., 2011).⁴⁵ Esta familia será quien pase la mayor parte del tiempo con el paciente. Por ende, es de suma importancia que se involucren activamente en todo el proceso de rehabilitación de su familiar, ya que ellos deberán aprender el manejo del paciente en casa, para lo cual los profesionales tratantes los entrenarán (Claramónika Uribe, 2006)⁴⁶.

⁴³ La comunicación puede establecerse principalmente de dos formas, verbal y no verbal, incluyendo esta última, miradas, expresiones faciales, posturas corporales.

⁴⁴ Esta ley corresponde un gran avance para los profesionales de la fonoaudiología, la misma establece las actividades que comprenden la profesión y sus incumbencias. Anteriormente a ésta la fonoaudiología era considerada como una disciplina auxiliar.

⁴⁵ Desde que el sujeto tiene el evento cerebral la familia pasa por diferentes etapas, las mismas suelen ser el estado de shock en un primer momento, continuando por un cierto optimismo y esperanza, hasta poder llegar a la aceptación de la realidad actual de su ser querido.

⁴⁶ El proceso de rehabilitación no es sencillo y genera un impacto a nivel emocional en las familias, quienes son sumamente importantes en el acompañamiento del paciente. Por este motivo en muchos

centros de rehabilitación existen grupos o dispositivos de apoyos, destinados exclusivamente a los familiares.

CAPITULO II



Los sujetos que sufren un daño cerebral y sobreviven requieren de la intervención de un equipo de neurorrehabilitación interdisciplinario. La rehabilitación puede comenzar ya en la etapa intra hospitalaria que consta de dos fases una inicial crítica y otra aguda. En la primera, los profesionales de los equipos de rehabilitación intervienen desde la unidad de terapia intensiva con el objetivo de favorecer diferentes procesos como el destete del respirador o traqueostomía, mejorar la deglución de la saliva y evitar mayores complicaciones como las disfagias y úlceras por presión. Una vez que el paciente se encuentra clínicamente estable y puede pasar a una unidad de rehabilitación neurológica los equipos trabajarán para mejorar los aspectos cognitivo, psicoemocional y motor. Finalmente, luego de algunos meses de tratamiento en internación se pasa al trabajo extra hospitalario, donde se apunta a la reinserción del sujeto en la sociedad. El paciente puede encontrarse inicialmente en una fase subaguda, aquí el sujeto continúa en contacto con el centro de rehabilitación, asistiendo al mismo durante el día y regresando a su hogar para descansar. Luego de un año de la lesión cerebral, se considera que el sujeto se encuentra en una fase crónica, donde ya se encuentra en su domicilio y puede continuar con ciertas terapias para mantenimiento (Alberdi Odriozola et al., 2009)⁴⁷.

Dentro de los equipos interdisciplinarios de neurorrehabilitación los fonoaudiólogos son los encargados de trabajar tanto con los pacientes como con sus familias las secuelas generadas en las áreas de deglución, comunicación, lenguaje, habla y trastornos cognitivos (Rodríguez Riaño y Duarte-Valderrama, 2017)⁴⁸.

La alteración en la deglución se denomina disfagia. Esta se puede definir como la dificultad para transportar el bolo alimenticio en cualquiera de sus consistencias, líquido, semisólido y/o sólido, desde la boca hasta el estómago. Esta dificultad puede producirse en cualquier tramo implicado en la deglución, cavidad oral, faringe y/o apertura del esfínter esofágico superior. Por ello, se suelen clasificar a las disfagias según las estructuras afectadas: oral, faringe o esofágica (Rosa, 2018)⁴⁹. Además, implica prolongación del tiempo de internación de los sujetos que la padecen y mayores costos sanitarios, por lo cual en los últimos años esta patología ha comenzado a ser tenida en mayor consideración. De no ser diagnosticada y tratada a tiempo sus consecuencias pueden ser de gravedad, incluyendo

⁴⁷ En la etapa de rehabilitación extra hospitalaria se requiere de mayor participación del paciente y su familia para implementar todas las estrategias aprendidas durante la internación en su hogar, y de esta manera poder mejorar la calidad de vida del sujeto.

⁴⁸ La labor de los fonoaudiólogos no solo beneficia a los pacientes y sus familias, sino que también ayuda a los demás profesionales que intervienen con el sujeto, principalmente en el área de la comunicación.

⁴⁹ Esta alteración afecta tanto al estado de salud del paciente, como su aspecto social, ya que estos sujetos suelen evitar comer frente a otras personas, por lo que no participan de cenas y otras reuniones sociales donde se ofrezcan alimentos, por temor a ahogarse y vergüenza.

cuadros de desnutrición, deshidratación y neumonías por aspiración, hasta la muerte en los casos más severos. (Clavé Civit y García Peris, 2013)⁵⁰.

Entre los síntomas más frecuentes observados en sujetos con disfagia según el Consenso de diagnóstico y tratamiento deglutorios y nutricionales (2019)⁵¹ se pueden encontrar los siguientes, presencia de residuos postdeglutorios en cavidad oral, reflujo nasal, sensación de residuos en la garganta, dolor o molestia al tragar, degluciones múltiples, cambio de voz a húmeda, tos, ahogos, atragantamiento, pérdida de apetito y pérdida de peso.

El fonoaudiólogo es el profesional idóneo para realizar la evaluación del aspecto deglutorio, para ello tendrá en cuenta la musculatura orolingüofacial tanto en reposo como en función y los pares craneales implicados, los reflejos deglutorios, nauseoso y tusígeno, más la realización de un screening con alimentos de diferentes consistencias. Luego de completar esta evaluación exhaustiva podrá solicitar o no la realización de estudios complementarios y determinar cuál es la vía de alimentación más segura para cada sujeto, oral, enteral o mixta (Del Burgo González de la Aleja, 2004)⁵².

Cuando un paciente con diagnóstico de disfagia presenta indicación de alimentación por vía oral, suele ingerir dietas adaptadas y los líquidos espesados. Por otra parte, algunos sujetos con mayores complicaciones se alimentan por vías alternativas, como pueden ser la sonda nasogástrica o una gastrostomía (Botella Trelis y Ferrero López, 2002)⁵³.

Como se mencionó anteriormente ante la sospecha o diagnóstico presuntivo de disfagia, se pueden realizar estudios objetivos, los dos más utilizados son la videofluoroscopia de la deglución⁵⁴ y la fibroendoscopia de la deglución⁵⁵.

La VFS es considerada la evaluación de oro de la deglución, en inglés Gold Standard. Consiste en una técnica radiológica dinámica de la cual se obtiene un video de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades de alimentos, mezclados con una sustancia de contraste, por lo general sulfato de bario. De esta manera con la grabación de la secuencia de la función deglutoria, el fonoaudiólogo, podrá determinar con objetividad la o las etapas

⁵⁰ Las complicaciones de la disfagia orofaríngea pueden ser clasificadas en dos categorías, seguridad y eficacia. Los fonoaudiólogos intervienen mayormente en la prevención y rehabilitación de la seguridad de la deglución, para evitar la aspiración de alimento a las vías respiratorias, lo que puede ocasionar infecciones graves y neumonías aspirativas. En cambio, la labor de las nutricionistas se relaciona con la eficacia, considerando el estado de nutrición e hidratación del paciente.

⁵¹ La detección temprana de los síntomas de disfagia conlleva a un diagnóstico oportuno y por consiguiente pronto comienzo de tratamiento, lo que ocasiona mayor calidad en la atención del paciente, disminución del tiempo de internación y reducción de los gastos sanitarios por complicaciones mayores.

⁵² Previamente a la evaluación del aspecto deglutorio, no se debe olvidar haber relevado los datos de la historia de otras áreas como neurología, psicología, ya que el abordaje de los pacientes con daño cerebral no es un trabajo independiente, sino que debe realizarse en equipo interdisciplinario.

⁵³ En algunos casos puede ser posible una alimentación de forma mixta, por ejemplo, algunos sujetos que ingieran alimentos sólidos y/o semisólidos por boca y los líquidos por sonda nasogástrica.

⁵⁴ De aquí en adelante videofluoroscopia de la deglución, VFS.

⁵⁵ Fibroendoscopia de la deglución, FEES.

alteradas, oral, faríngea y/o esofágica, establecer el diagnóstico y riesgos en la ingesta de alimentos de diferentes consistencias en cada sujeto, incluso detectar las aspiraciones silentes. Además, permite la observación de las estructuras anatómicas que intervienen. Por último, tras el análisis de este estudio se podrán plantear objetivos terapéuticos concretos a trabajar con cada individuo (Ruiz de León y Clave, 2007)⁵⁶.

Otro estudio objetivo para evaluar la deglución es la FEES. Para el mismo se introduce un endoscopio flexible por la nariz. Se examinan las estructuras implicadas en la deglución, velo del paladar, faringe, laringe, epiglotis, cuerdas vocales. Estas estructuras se deben observar en reposo y luego en función. A continuación, se debe proceder a la evaluación con alimento, donde se ofrecen al sujeto evaluado alimentos en diferentes consistencias sólida, semisólida y líquida teñidas con colorante vegetal, lo que permitirá observar si hay retención de alimento en faringe, presencia de penetración o aspiración⁵⁷ del material hacia vía aérea (Nazar et al., 2008)⁵⁸.

En cuanto a la rehabilitación del aspecto deglutorio se puede optar por realizar ciertas posturas compensatorias que favorezcan la deglución, siempre y cuando estas sea seguras, mientras se realizan ejercicios para recuperar la función. Ya para la rehabilitación propiamente se realizan con el paciente praxias labiales y linguales para mejorar etapa oral, estimulación intra oral con frío en pilares anteriores para favorecer el reflejo deglutorio, la maniobra de Mendelsohn, resistencia frontal asociada a la deglución, la deglución forzada, deglución supraglótica, la elevación asistida de la laringe, entre otros para trabajar principalmente alteraciones observadas en la etapa faríngea (Bleeckx, 2004)⁵⁹

El lenguaje es otra de las áreas de intervención de los fonoaudiólogos en rehabilitación neurológica de pacientes adultos. Este permite la comunicación con otros sujetos. A través de él se pueden producir innumerables mensajes y también se logra comprender sobre los objetos del mundo y las nociones de espacio y tiempo (Cuetos Vega, 2003)⁶⁰.

⁵⁶ Confirmar y/o arribar al diagnóstico de disfagia a través de este estudio objetivo permite utilizar técnicas compensatorias y/o realizar adaptaciones en las consistencias de los alimentos para proteger las vías respiratorias inferiores.

⁵⁷El término penetración corresponde al ingreso de material al vestíbulo laríngeo sin pasar el nivel de las cuerdas vocales, en cambio la aspiración corresponde al ingreso del material por debajo de las cuerdas vocales, llegando hasta el árbol traqueobronquial.

⁵⁸ Como ventajas de este estudio en comparación con la VFS, es que la FEES no requiere del traslado del paciente a una sala de radiología, y no lo expone a rayos.

⁵⁹Para facilitar la deglución en ciertos casos estudiados por la VFS y/o FEES se puede utilizar posturas compensatorias como la rotación de cabeza o la inclinación lateral según la dificultad observada en el o los estudios objetivos. El resto de los ejercicios, ya sean praxias orolinguofaciales y maniobras se suelen aplicar en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de disfagia, según diagnóstico médico de base y características propias de cada individuo.

⁶⁰ El autor destaca que el lenguaje representa la característica más distintiva de los seres humanos, lo que diferencia a las personas de los animales, este le permite al hombre transmitir e informar sobre los estados emocionales, necesidades básicas, deseos, entre otros.

A la alteración del lenguaje por un daño cerebral adquirido se la conoce con el nombre de afasia. Esta afección puede comprometer tanto el aspecto comprensivo como expresivo del lenguaje, ya sea en su modalidad oral y/o escrita. La afasia se produce principalmente por lesiones en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, que irriga las áreas del lenguaje (González y Hornauer Hughes,2014)⁶¹

Etimológicamente el concepto de afasia presenta su origen en el griego, dónde a-phásis significa privación de la palabra, haciendo referencia a no solamente a la imposibilidad de utilizar la palabra, sino también a la incapacidad que genera la afasia en los sujetos para comunicarse con otros interlocutores (Borregón Sanz y González Clavo,2012)⁶².

Esquema 2: Síndromes afásicos según lesión cerebral

Forma de Afasia	Localización de la lesión
Broca	Lesión frontal lateral, suprasilviana, prerrolándica, extendiéndose hacia la sustancia blanca periventricular subcortical adyacente.
Wernicke	Lesión en el área de Wernicke, tercio posterior de la circunvolución temporal superior.
Conducción	Lesión en la circunvolución supramarginal y fascículos arqueado y longitudinal superior.
Anómica	Con frecuencia ocurre cuando la lesión se da en la circunvolución angular.
Transcortical Motora	La forma más usual de este tipo de afasia ocurre cuando la lesión se halla en área cerebral anterior, es decir en el lóbulo frontal, ocasionando una interrupción en la conexión del área de Broca con el área motora suplementaria.
Transcortical Sensorial	Este tipo de afasia sucede generalmente cuando hay lesiones posteriores en la encrucijada parietotemporal posterior, excluyendo el área de Wernicke.
Global	Lesión más extensa en el área del lenguaje dentro del hemisferio izquierdo, afectando a áreas de los lóbulos frontal, parietal y temporal, incluyendo las áreas de Broca y Wernicke.
Subcortical	Las dos áreas principales en las que se pueden encontrar este tipo de afasia son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tálamo 2. Ganglios basales: cabeza del núcleo caudado, putamen y/o cápsula interna

Fuente: Helm Estabrooks y Albert (2005)⁶³

Siguiendo con la neuropsicología clásica las afasias también se pueden clasificar, en forma más general, en fluentes cuando la lesión es en el área posrolándica y no fluentes con lesión en el área prerrolándica. El concepto de fluencia incluye la línea melódica, el largo de la frase, la agilidad articulatoria y la forma gramatical. Sin embargo, resulta difícil que todos

⁶¹ Todos los tipos de afasia presenta anomias, es decir la dificultad para evocar las palabras de forma espontánea, como uno de sus síntomas predominantes.

⁶² El autor considera que el término afasia referido a la alteración del lenguaje en sujetos adultos corresponde a mayores de 12 años, ya que para esta edad el desarrollo del lenguaje se encuentra establecido.

⁶³La neuropsicología clásica reconoce la existencia de estos ocho diferentes síndromes afásicos, teniendo en cuenta la localización de la lesión en el cerebro.

esos elementos sean tenidos en cuenta, siendo utilizada la longitud de frases como el criterio principal. Entre las afasias fluentes se pueden mencionar a la afasia de Wernicke, transcortical sensorial, conducción y anómica. Mientras que dentro de las afasias no fluentes se encuentran la afasia de Broca, transcortical motora y global (Basso, 2010)⁶⁴.

Existen varios test estandarizados para realizar evaluaciones exhaustivas del lenguaje. A pesar de ello, en ciertas situaciones como puede ser cuando el paciente aún se encuentra internado en un hospital de agudo se requiere realizar evaluaciones subjetivas, que impliquen menor tiempo. Los ítems que indefectiblemente deben estar incluidos en la evaluación son la expresión verbal, donde se puede intentar llevar a cabo una pequeña conversación, solicitar una descripción de lámina, denominación de objetos y figuras, y también se debe tener en cuenta la posibilidad de repetición del sujeto tanto de sílabas, palabras como de frases. Además, se debe determinar la capacidad de comprensión del sujeto, está se puede evaluar mediante realización de órdenes de forma creciente de simples a complejas, presentadas en el plano verbal y escrito, y relacionadas con las partes del cuerpo y otras con objetos y/o ambiente. Luego se puede optar por examinar la lectura y escritura de forma breve, ya que en caso de que esta sea funcional, quizás se pueda utilizar como medio de comunicación (Helm - Estabrooks y Albert, 2005)⁶⁵.

Respecto al diseño del plan terapéutico, el mismo se debe plantear de forma individual para cada sujeto, ya que cada paciente es único y a pesar de poder presentar una lesión similar en cuanto a la localización, existen otros factores como la edad, nivel educativo alcanzado, trabajo, actividad social, entre otros, que influyen en el proceso de rehabilitación. La recuperación de las habilidades lingüísticas sucede en un primer momento por la llamada recuperación espontánea, donde por ejemplo puede ocurrir la absorción de una hemorragia o la disminución de un edema. Dentro de esta recuperación espontánea también hay que mencionar la generación de diversas compensaciones por parte del paciente con el fin de lograr una comunicación efectiva. Luego de esta etapa los avances observados se atribuyen a la reorganización de los circuitos neuronales y un nuevo aprendizaje que alcanza el paciente a través de la terapia (Ardila, 2006)⁶⁶.

Si bien el plan de tratamiento debe ser diseñado para cada paciente, existen algunas estrategias que pueden implementarse de forma general para facilitar la comunicación de las

⁶⁴ Entre las afasias fluentes se pueden mencionar la de Wernicke, conducción, transcortical sensorial y anómica, mientras que en el grupo de las afasias no fluentes se encuentran la de Broca, transcortical motora y global.

⁶⁵ En su libro mencionan que para finalizar una evaluación informal en la cama del paciente internado no se debe olvidar indagar sobre las inquietudes del sujeto.

⁶⁶ Se considera que la recuperación espontánea sucede entre los 3 primeros meses luego de la lesión cerebral. Ya de los 6 a 12 meses la recuperación continúa, pero la curva va disminuyendo progresivamente a medida que pasa el tiempo hasta llegar a una meseta.

personas con diagnóstico de afasia, entre ellas la National Aphasia Association (s.f.)⁶⁷ aconseja, asegurarse de tener la atención de la persona antes de comenzar a hablar, minimizar o eliminar el ruido ambiente de fondo, como por ejemplo apagar el televisor o la radio, hablar claro y simple a un ritmo lento, tratar a la persona como un adulto que es, otorgar tiempo suficiente para hablar, resistir el impulso a terminar las frases o palabras que la persona afectada intenta verbalizar, utilizar apoyos como dibujos, palabras escritas y elementos no verbales de comunicación, gestos, expresiones faciales, confirmar que se está comunicando con éxito haciendo preguntas cuya respuesta sean cerrada por sí o no, y fomentar la independencia y evitar ser sobreprotector

Otra alteración que afecta la expresión verbal y la comunicación, resultante de una lesión cerebral, es la que se conoce con el nombre de disartria. La misma corresponde a una alteración en la programación o ejecución motora del habla. Esta afección neurológica del sistema nervioso central o periférico afecta el recorrido muscular, produciendo alteración en el tono, velocidad, fuerza e imprecisión en los movimientos de las estructuras implicadas en el acto del habla. Los principales componentes del habla que se afectan en las disartrias son la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Para arribar al diagnóstico de disartria basta con que algunos de estos componentes se encuentren afectados, es decir que no es condición necesaria que todos estén comprometidos (Melle, 2007)⁶⁸.

En la evaluación de las disartrias se deben considerar tres aspectos fundamentales. En primer término, hay que indagar sobre el curso de la alteración del habla, para determinar el tipo de disartria, precisar cuán funcional es su capacidad de habla actual y también tener en cuenta la percepción del propio sujeto. En segundo lugar, se realiza un examen físico de las estructuras implicadas en el habla como la mandíbula, labios, lengua, velo del paladar. Y el tercer aspecto a tener en cuenta es la competencia motora, donde se examinan los componentes del habla respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia (González y Bevilacqua, 2012)⁶⁹.

Las disartrias no implican solamente un impacto a nivel funcional en la comunicación de los sujetos que la padecen, sino que además influyen de forma negativa en los aspectos emocional y social. Estas consecuencias psicosociales no son a menudo tenidas en cuenta

⁶⁷ La National Aphasia Association sugiere favorecer la comunicación de las personas con diagnóstico de afasia desde el comienzo de su proceso de rehabilitación, sin importar el tipo de afasia o grado de severidad del cuadro.

⁶⁸ En los casos de disartria severos se debe realizar el diagnóstico diferencial con la apraxia verbal, correspondiendo esta última a la afección en la planificación motora del habla, no como la disartria que corresponde a la afección en la programación ejecución motora.

⁶⁹ Luego de un examen del habla exhaustivo se puede determinar qué tipo de disartria presenta el paciente, ya sea flácida, espástica, atáxica, hipocinética, hiperkinética, mixta y además poder plantear un plan de tratamiento adecuado para el sujeto.

en la evaluación de esta patología. Sin embargo, hay autores como Aceitunoa et al. (2018)⁷⁰, quienes han estudiado la calidad de vida de estos sujetos y mencionan que cuanto mayor es el compromiso en la inteligibilidad del habla más se aíslan estos sujetos, acarreado compromisos psicológicos. Por lo tanto, consideran que es de suma importancia incorporar en la evaluación de las disartrias un apartado sobre la calidad de vida de estos sujetos.

Con respecto a los ejercicios de rehabilitación de las disartrias dependerán del diagnóstico de base y los componentes del habla más afectados. El servicio de daño cerebral del Hospital Aita Menni (2017)⁷¹ en líneas generales refiere que se deben trabajar los siguientes aspectos, masajes en zona orofaciales sobre la frente, mejillas, labios y lengua, para lograr una regulación del tono mejorar la sensibilidad peri e intraoral; realización de praxias labiales, linguales, con las mejillas y mandíbula; ejercicios articulatorios, respiratorios y abordaje de la entonación.

Las personas que sufrieron un daño cerebral adquirido también pueden presentar como secuela trastornos cognitivos, donde diversos procesos como el atencional, la memoria, las funciones ejecutivas y el comportamiento se pueden ver afectados, interfiriendo en diversas áreas como pueden ser la familiar y social, educativa y laboral. Estos procesos se pueden tratar teniendo en cuenta la teoría neuropsicológica aplicada a la rehabilitación, la cual utiliza diferentes técnicas para mejorar los procesos alterados, basándose en el concepto de neuroplasticidad cerebral, más la terapia de rehabilitación que produce modificaciones anatomofuncionales a nivel cerebral. Este proceso de rehabilitación cognitivo, debe plantearse de forma individual para cada sujeto, comenzando con una evaluación para determinar capacidades conservadas y alteradas. Además, se tiene que pautar el tiempo de duración y la frecuencia de tratamiento. Y por último y no menor, es importante considerar el aspecto ecológico, referido a la implementación de ejercicios de rehabilitación que puedan llevarse a cabo en las actividades de la vida diaria del sujeto y lo motive a continuar rehabilitándose (Carvajal Castrillón y Restrepo Peláez, 2013)⁷².

La atención suele afectarse tras un daño cerebral adquirido⁷³. Esta es considerada como un pilar fundamental del funcionamiento de otros procesos cognitivos, cuando se encuentra alterada impacta en diversas actividades de la vida diaria del sujeto. Por lo que, en

⁷⁰ Para determinar el impacto en la calidad de vida de los sujetos con disartria a la administración de una escala de evaluación de la severidad de la inteligibilidad hay que agregarle un cuestionario específico como puede ser el cuestionario de calidad de vida en hablantes disártricos QOL-Dys.

⁷¹ Para lograr una comunicación efectiva por parte del sujeto afectado el fonoaudiólogo debe trabajar en conjunto con el paciente y con su familia.

⁷² Respecto a la frecuencia de tratamiento activo se considera que la misma debe ser de una a cinco veces por semana según la gravedad del caso. Aunque también existen otras opciones, que ofrecen terapias de forma intensiva, refiriendo que se podrían obtener mejores resultados en el corto plazo.

⁷³ Existe una gran cantidad de alteraciones neurológicas en las que los mecanismos atencionales se afectan, entre ellos se pueden mencionar los TEC, ACV, infecciones cerebrales y procesos neurodegenerativos.

todo paciente con trastorno cognitivo es fundamental realizar una buena evaluación de este aspecto. La evaluación clínica de la atención suele contar con la administración de test psicométricos, pruebas neuropsicológicas, y en tercer lugar y no por eso de menor importancia, se debe utilizar como herramienta la observación directa del comportamiento y conducta del sujeto, sumada a la recolección de información a través de entrevistas con familiares y/o amigos cercanos, sobre actividades de la vida diaria del paciente luego de haber sufrido el evento (Ríos Lago et al; 2007)⁷⁴.

Como se mencionó en el párrafo anterior el compromiso atencional impacta directamente en el resto de las funciones cognitivas, ya sea en la memoria, las funciones ejecutivas y/o el lenguaje. Esto sucede porque la atención no se encuentra anatómicamente en un centro cerebral exclusivo, y su funcionamiento corresponde al resultado de la interacción de una red neuronal distribuida por la corteza cerebral y estructuras subcorticales. Este sistema atencional actúa recepcionando la información enviada por los sentidos desde el exterior, como también la propioceptiva del interior del cuerpo. Luego esta información es procesada según la demanda del organismo, activando o inhibiendo los estímulos. De esta manera el proceso atencional hace posible el estado de alerta, la orientación, el mantenimiento y la realización de las actividades del día a día (Cuervo y Quijano, 2008)⁷⁵

A continuación, se presenta un cuadro con las principales estrategias posibles de utilizar en los casos de alteraciones atencionales.

Esquema 3: Estrategias para trabajar sobre los problemas atencionales

Estrategia	Modo de implementación
Restauración, entrenamiento del proceso atencional	Utilización de ejercicios cognitivos para mejorar la concentración
Compensación, soporte ambiental	Modificaciones del ambiente para solucionar ciertas dificultades atencionales
Ayudas externas, ambiental	Disminuir estímulos del ambiente para lograr mayor concentración y organización
Conductual, soporte psicosocial	Indicaciones para controlar las emociones que pueden perturbar el aspecto atencional

Fuente: Sohlberg y Mateer (2001)⁷⁶

⁷⁴ Además, se pueden administrar escalas sobre el nivel de adaptación del sujeto a las actividades de la vida diaria, para considerar el funcionamiento del sujeto fuera del hospital.

⁷⁵ Los autores del artículo mencionan que estudios de neuroimágenes han mostrado que la formación reticular del tronco cerebral y el tálamo con sus proyecciones corticales regulan el estado de conciencia. Además, estas áreas se encuentran conectadas por un circuito con las siguientes áreas corticales, corteza prefrontal y circunvolución de cíngulo de los lóbulos frontales, los lóbulos parietales inferiores y la circunvolución temporal superior, todas ellas implicadas en el proceso atencional.

⁷⁶ Los autores consideran que las cuatro estrategias mencionadas para restablecer el aspecto atencional se deben utilizar de forma combinada para obtener buenos resultados.

Otra función cerebral que suele afectarse tras sufrir un daño cerebral adquirido es la memoria. Esta consta de varias fases, primeramente, hay un registro de la información a procesar, seguidamente se produce el almacenamiento de los datos y por último existe una fase de recuperación o evocación del material. Además, es importante tener en cuenta que existen varios tipos de memorias según los estímulos e importancia de la información a procesar, pudiendo encontrarse la memoria sensorial, a corto y largo plazo, memoria de trabajo (Ostrosky-Solís y Lozano-Gutiérrez, 2006)⁷⁷. Esta función cognitiva superior puede evaluarse mediante entrevistas tanto con el paciente y familias, en búsqueda de información sobre las dificultades observadas en la vida diaria del sujeto, como también con la administración de diversos test específicos para la obtención de datos más precisos.

En relación a la rehabilitación de esta función se pueden utilizar varias técnicas, las más conocidas son las ayudas externas o adaptaciones del entorno como forma de compensación de ciertos olvidos, la utilización de reglas mnemotécnicas para recordar informaciones específicas y la utilización de los sistemas de memoria preservados (Muñoz Céspedes y Tirapu Ustárroz, 2001)⁷⁸.

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas que organizan la conducta intencionada de las personas para el cumplimiento de un fin determinado, manteniendo un comportamiento socialmente aceptado (De Noreña et al; 2010)⁷⁹. La planificación, la flexibilidad cognitiva, el control conductual y social, la memoria de trabajo, la fluidez, la metacognición y la resolución de problemas son parte de las denominadas funciones ejecutivas. Estas funciones superiores se encuentran anatómicamente localizadas en los lóbulos frontales, estructuras más anteriores de la corteza cerebral. Estos pueden dividirse funcionalmente en tres áreas o regiones, la orbital, la medial o del cíngulo anterior y la dorsolateral. El área orbital, controla y modifica la conducta según los estímulos del ambiente. Además, es responsable del procesamiento y regulación de las emociones y estados anímicos. La región medial se activa principalmente ante la presencia de un problema, buscando la solución del mismo e inhibiendo conductas inapropiadas. Por último, el área dorsolateral se relaciona con los siguientes procesos memoria de trabajo, generación de

⁷⁷ Se conoce como amnesia a la pérdida total o parcial de la memoria, pudiendo ser clasificada en amnesia anterógrada cuando la dificultad es específicamente para incorporar nueva información y amnesia retrógrada para marcar la imposibilidad de recordar información almacenada previamente al evento cerebral.

⁷⁸ Siempre se debe evaluar a cada individuo de manera particular, para poder conocer el tipo de déficit mnésico que presenta, la gravedad del mismo, y a la vez poder plantear los objetivos de tratamiento y determinar las estrategias a utilizar.

⁷⁹ Los autores destacan que la mayoría de los sujetos con alteraciones en las funciones ejecutivas suelen tener dificultades para autoregular su conducta y falta de conciencia de los déficits, motivo por el cual recomiendan que el plan de rehabilitación debe estar basado en cada caso en particular, buscando las estrategias que mejor se adapten al mismo.

hipótesis y resolución de problemas, flexibilidad mental y planificación (Flores Lázaro y Ostroksy-Solís, 2008)⁸⁰.

La afectación neuronal de cada una de estas zonas trae como consecuencia diferentes síndromes bien diferenciados por la sintomatología observada en la conducta de los sujetos. Cuando la lesión cerebral se produce en el área orbital se conoce como síndrome prefrontal orbitofrontal. Este síndrome se caracteriza por una conducta desinhibida, con impulsividad marcada, despreocupación e incumplimiento de normas éticas y sociales. También presenta de dificultades atencionales. Una lesión en la región medial produce falta de interés, apatía, trastorno de la socialización, reducción del lenguaje espontáneo y fallas atencional. La última región, dorsolateral, ocasiona el síndrome disejecutivo, el cual genera desorganización, presencia de conductas perseverativas, alteración importante de la atención, déficit en memoria de trabajo, planificación e integración temporal de la conducta (Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2013)⁸¹.

Existen diferentes baterías y pruebas neuropsicológicas estandarizadas que se pueden utilizar para evaluar el desempeño de las funciones ejecutivas en general y/o cada componente en particular (Verdejo-García y Bechara, 2010)⁸².

En relación al tratamiento neuropsicológico de las alteraciones de las funciones ejecutivas se cuenta con el reentrenamiento de la función y el uso de compensaciones y ayuda externas. Otra alternativa que puede ser utilizada de forma complementaria a los tratamientos anteriores es la utilización de psicofármacos para mejorar los procesos afectados, principalmente los componentes conductuales y emocionales. También la aplicación de tecnologías en la rehabilitación neuropsicológica, con la utilización de programas de rehabilitación informatizados, las aplicaciones de realidad virtual o las plataformas de tele-rehabilitación, son herramientas disponibles en los centros de atención para trabajar con los sujetos con alteraciones cognitivas (De Noreña et al., 2010)⁸³.

⁸⁰ Los lóbulos frontales son considerados como el centro ejecutivo del cerebro, ya que ellos son responsables de regular, planificar y supervisar los procesos psicológicos más complejos de los seres humanos.

⁸¹ Los autores consideran que es fundamental conocer los tres tipos de síndromes frontales para poder lograr un correcto diagnóstico diferencial y luego poder aplicar un plan de tratamiento adecuado al caso.

⁸² Los autores refieren que, si bien se cuenta con un amplio abanico de baterías y pruebas específicas para evaluar las funciones cognitivas, aún queda pendiente la incorporación de test con mayor validez ecológica.

⁸³ Señalan que la estimulación cognitiva mediante el uso de tecnologías denota mejoría en el rendimiento de las funciones trabajadas, pero no favorece a la generalización de los resultados en las actividades de la vida diaria del paciente. Por este motivo, se recomienda que estos programas tecnológicos se complementen con terapias de rehabilitación convencionales.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se corresponde con una de tipo descriptiva, ya que se indagan los valores en que se manifiestan las variables y las mismas se miden en forma independiente. Además, es un estudio es de tipo cualitativo, ya que describe la realidad tal como lo manifiestan las personas entrevistadas a través de preguntas abiertas en relación al rol del fonoaudiólogo en un centro de rehabilitación de pacientes adultos con daño cerebral adquirido.

El diseño de esta investigación es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables; no se construye ninguna situación. En este tipo de diseño se observan situaciones reales, no provocadas por el investigador. Se tienen en cuenta los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Por último, es un estudio transversal dado que no existe continuidad en el eje del tiempo, sino que se llevan a cabo encuestas en un momento determinado.

Se realiza un estudio de caso en base a 9 profesionales de la salud que se desempeñan en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022 y que cuentan con al menos un año de desempeño en el área de la rehabilitación. En este estudio se describe, analiza, interpreta y comprende la función que cumple el fonoaudiólogo en el contexto de la neurorehabilitación de sujetos adultos. La fuente de información corresponde a la administración de encuestadas virtuales a profesionales del equipo de rehabilitación, la misma es de elaboración propia.

Las variables consideradas son las siguientes:

- Patologías médicas de base abordadas por los fonoaudiólogos
- Rol del fonoaudiólogo en la evaluación del aspecto deglutorio
- Rol del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación
- Estrategias fonoaudiológicas para el abordaje del lenguaje
- Percepción de los profesionales sobre las áreas de intervención fonoaudiológica
- Percepción de los profesionales sobre las ventajas de contar con fonoaudiólogo en el equipo interdisciplinario
- Tipo de actividades realizadas para fomentar el trabajo interdisciplinario
- Valor del trabajo interdisciplinar otorgado por los profesionales

Definición de variables:

➤ **Patologías médicas de base abordadas por los fonoaudiólogos:**

- Definición Conceptual: diagnóstico médico de base que presentan los sujetos adultos con daño cerebral adquirido que asisten a terapia fonoaudiológica.
- Definición Operacional: diagnóstico médico de base que presentan los sujetos adultos con daño cerebral adquirido que asisten a terapia fonoaudiológica en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta. Los indicadores son las patologías que abordan los fonoaudiólogos con mayor frecuencia como el ACV, TEC, enfermedades neuromusculares, entre otras.

➤ **Rol del fonoaudiólogo en la evaluación del aspecto deglutorio:**

- Definición Conceptual: forma en que el fonoaudiólogo examina la musculatura orolingüofacial y la alimentación en sujetos adultos con daño cerebral adquirido, para determinar la indemnidad o hallar dificultades en el proceso deglutorio.
- Definición Operacional: forma en que el fonoaudiólogo examina la musculatura orolingüofacial y la alimentación en sujetos adultos con daño cerebral adquirido, para determinar la indemnidad o hallar dificultades en el proceso deglutorio en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta.

➤ **Rol del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación**

- Definición Conceptual: capacidad del fonoaudiólogo para determinar si un sujeto adulto con daño cerebral adquirido presenta una deglución segura para poder alimentarse mediante la vía oral, o en caso de riesgo suspender la alimentación por boca e indicar un medio alternativo, como puede ser una sonda nasogástrica o gastrostomía.
- Definición Operacional: capacidad del fonoaudiólogo para determinar si un sujeto adulto con daño cerebral adquirido presenta una deglución segura para poder alimentarse mediante la vía oral, o en caso de riesgo suspender la alimentación por boca e indicar un medio alternativo, como puede ser una sonda nasogástrica o gastrostomía en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta. Los indicadores son las elecciones de los fonoaudiólogos de las dietas adaptadas o suspensión de la alimentación por vía oral de los pacientes adultos con daño cerebral adquirido.

- **Estrategias fonoaudiológicas para el abordaje del lenguaje**
 - Definición Conceptual: indicaciones brindadas por los fonoaudiólogos para favorecer la comprensión o la expresión de los sujetos con diagnóstico de afasia.
 - Definición Operacional: indicaciones brindadas por los fonoaudiólogos para favorecer la comprensión o la expresión de los sujetos con diagnóstico de afasia en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta.

- **Percepción de los profesionales sobre las áreas de intervención fonoaudiológica**
 - Definición Conceptual: manera en que un individuo comprende la función específica que el fonoaudiólogo desempeña.
 - Definición Operacional: manera en que los profesionales que se desempeñan en un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata comprenden la función específica que el fonoaudiólogo desempeña. El dato se relevó por medio de una encuesta. Los indicadores son las áreas de deglución, lenguaje y cognitiva.

- **Percepción de los profesionales sobre las ventajas de contar con fonoaudiólogo en el equipo interdisciplinario**
 - Definición Conceptual: forma en que una persona percibe o comprende la función que realiza el fonoaudiólogo en una situación determinada.
 - Definición Operacional: forma en que los profesionales que se desempeñan en un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata perciben o comprenden la función que realiza el fonoaudiólogo en una situación determinada. El dato se relevó por medio de una encuesta.

- **Tipo de actividades realizadas para fomentar el trabajo interdisciplinario**
 - Definición Conceptual: acciones realizadas en conjunto por varios profesionales del equipo de rehabilitación para beneficiar el tratamiento de un paciente.
 - Definición Operacional: acciones realizadas en conjunto por varios profesionales del equipo de rehabilitación para beneficiar el tratamiento de un paciente en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta. Los indicadores son reuniones de equipo y familia, abordajes en simultáneo con varios profesionales, buena comunicación, acciones coordinadas.

➤ **Valor del trabajo interdisciplinar otorgado por los profesionales**

- Definición Conceptual: importancia de los profesionales de las áreas del equipo de rehabilitación, los cuales cooperan para lograr un objetivo en común.
- Definición Operacional: importancia de los profesionales de las áreas del equipo de rehabilitación, los cuales cooperan para lograr un objetivo en común en un equipo de rehabilitación de un centro de rehabilitación la ciudad de Mar del Plata. El dato se relevó por medio de una encuesta. Los indicadores son la presencia del trabajo en equipo o la intervención particular de cada profesional.

A continuación, se presenta el consentimiento informado utilizado y los instrumentos de recolección de datos:

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es llevada a cabo por María Candela Tascón, con el aval de la Universidad Fasta, como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciada en Fonoaudiología. El objetivo general de este trabajo es analizar el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la percepción del equipo interdisciplinario acerca del mismo en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022.

Para la realización del mismo se solicitará a los participantes responder a una encuesta on-line. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y no provocará ningún efecto adverso sobre los participantes ni implicará gasto económico. Todos sus datos están protegidos por la ley 25.326 de protección de datos personales, respetando su anonimato. La información que se obtenga podrá ser publicada en congresos y/o revistas científicas.

Al responder este cuestionario usted confirma su consentimiento.

ENCUESTA A FONOAUDIÓLOGOS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN

- ¿Cuántos años lleva desempeñándose como fonoaudiólogo en el área de la neurorehabilitación de pacientes adultos?
- ¿Qué funciones desempeña el fonoaudiólogo en un centro de neurorehabilitación?
- ¿Cuáles son las patologías médicas de base de los sujetos que rehabilita?
- ¿Cuáles son las áreas en las que interviene?
- ¿En qué área y por qué considera que es fundamental la presencia del fonoaudiólogo en neurorehabilitación?
- ¿Por qué piensa que es fundamental la realización estipulada de evaluaciones fonoaudiológicas del aspecto deglutorio en sujetos adultos con daño cerebral adquirido?
- ¿Considera que se tiene en cuenta su opinión en la determinación de la vía de alimentación de los sujetos adultos con disfagia? ¿Por qué?
- ¿Qué estrategias o tips brinda a los demás profesionales para trabajar con sujetos con afasia?
- ¿Cuál es para usted el valor del trabajo en interdisciplina?
- ¿Con qué espacios cuentan para fomentar la labor interdisciplinaria en el centro de rehabilitación? ¿De qué tratan los mismos?
- ¿Cómo fomenta el trabajo en equipo?

ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN

- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuántos años lleva desempeñándose como profesional de la salud en el área de la neurorehabilitación de pacientes adultos?
- ¿Qué funciones desempeña el fonoaudiólogo en un centro de neurorehabilitación?
- ¿Cuáles son las patologías médicas de base que abordan los fonoaudiólogos en sujetos adultos?
- ¿Cuáles son las áreas en las que interviene el fonoaudiólogo?
- ¿En qué área y por qué considera que es fundamental la presencia del fonoaudiólogo en neurorehabilitación?
- ¿Por qué piensa que es fundamental que un fonoaudiólogo realice evaluaciones del aspecto deglutorio en sujetos adultos con daño cerebral adquirido?
- ¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la determinación de la vía de alimentación de los sujetos adultos con disfagia/alteraciones deglutorias? ¿Por qué?
- ¿Qué estrategias o tips brindados por los fonoaudiólogos utiliza para abordar a sujetos con diagnóstico de afasia?
- ¿Cuál es para usted el valor del trabajo en interdisciplina?
- ¿Con qué espacios cuentan para fomentar la labor interdisciplinaria en el centro de rehabilitación? ¿De qué tratan los mismos?
- ¿Cómo fomenta el trabajo en equipo?

ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se detalla el análisis de las respuestas obtenidas a través del cuestionario de formato abierto virtual, aplicado a fonoaudiólogos y al equipo de salud que trabajan en un centro de rehabilitación.

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°1: Profesión de los profesionales de salud no fonoaudiólogos.

E1: Kinesiólogo
E2: Terapista ocupacional
E3: Kinesióloga
E4: Kinesióloga
E5: Lic. en Terapia Ocupacional
E6: Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
E7: Lic. en Trabajo Social

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

El servicio de rehabilitación se encuentra conformado por un médico fisiatra quién es el coordinador, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y trabajadores sociales. En este centro de salud los psicólogos forman parte del servicio de salud mental, motivo por el cual no participaron de esta investigación.

La OMS (2021) informa que para que se logren todos los objetivos que persigue la rehabilitación, es indispensable fortalecer el sistema de salud. Para esto, en 2017 puso en marcha el plan Rehabilitación 2030, en el cual solicita a todos los integrantes del sistema a trabajar juntos, conformando redes interdisciplinarias de rehabilitación, donde mencionan que los equipos de trabajos deben esta conformados por fonoaudiólogos, psicoterapeutas, ergoterapeutas, ortesistas y protesistas, psicólogos clínicos, fisiatras y personal de enfermería especializado en rehabilitación.

Nube de palabras N°1: Profesiones, de los profesionales de salud no fonoaudiólogos



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°2 Años que lleva desempeñándose como profesional de la salud en el área de la neurorrehabilitación de pacientes adultos, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos.

E1: 4
E2: 6
E3: 5
E4: 5
E5: 10
E6: 10
E7: 3

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°3 Años que lleva desempeñándose como profesional de la salud en el área de la neurorrehabilitación de pacientes adultos, según los fonoaudiólogos.

E7: 6
E8: 5

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Tabla N° 4: Años de experiencia en neurorehabilitación de todos los profesionales encuestados fonoaudiólogos y resto del equipo.

- 5 años	5 años	+ 5 años
3	5	6
4	5	6
	5	10
		10

Fuente: Elaboración propia (n = 9)

Dentro del total de los profesionales encuestados, 2 se encuentran por debajo de los 5 años de trabajo en la neurorehabilitación, mientras que 3 de ellos llevan 5 años de actividad en esta área y 4 cuentan con 10 años de experiencia.

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N° 5: Funciones que desempeña el fonoaudiólogo en un centro de neurorehabilitación, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos.

E1: Evalúa, diagnostica y realiza el tratamiento planificado.
E2: Planifica y realiza los tratamientos de personas con afasia o trastornos deglutorios.
E3: Estimular el lenguaje y favorecer la comunicación. Reeducción de disfonías.
E4: Atienden a pacientes con dificultades en la comunicación, deglución y voz. Trabajan la respiración, fonación y mejoran la comunicación de las personas afectadas.
E5: Asistencia, atención a pacientes y orientación a familiares. Puede desarrollar funciones de coordinación.
E6: Abordaje de aspectos cognitivos, estimulación del lenguaje y deglución. Brindar indicaciones a familiares.
E7: Trabaja las disfonías y el habla.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

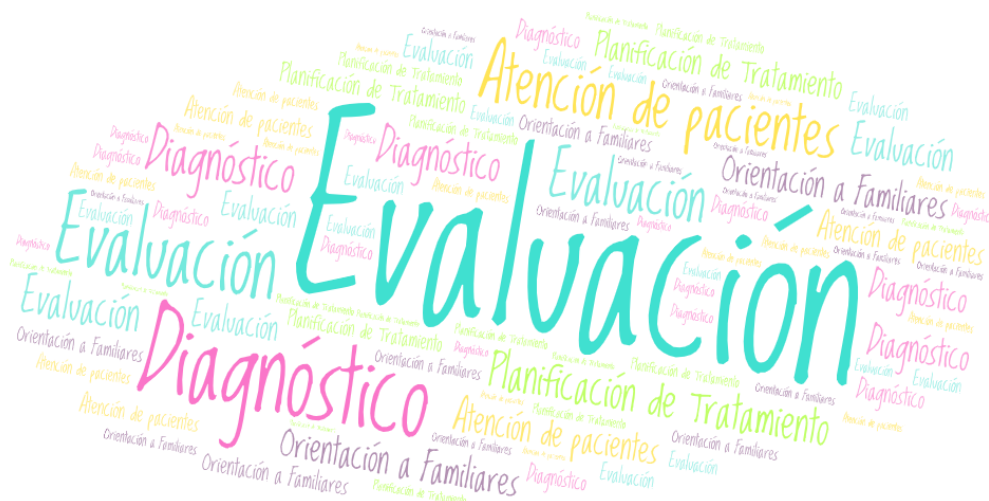
Tabla N° 6: Funciones que desempeña el fonoaudiólogo en un centro de neurorehabilitación, según los fonoaudiólogos.

E8: Realizo evaluaciones del habla, lenguaje, voz y en menor medida deglutorias. Una vez que obtengo el diagnóstico (disartria, afasia, disfonía, disfagia), posterior a la aplicación de diversos protocolos o baterías de test, planifico las sesiones de tratamiento.
E9: Evaluaciones y abordaje de personas con daño cerebral adquirido. Confección de informes. Asesoramiento a familiares.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

El papel del fonoaudiólogo en un centro de neurorehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido consiste en la realización de evaluaciones para arribar a diagnósticos certeros, la planificación del tratamiento acorde para cada paciente y la puesta en marcha del mismo. Según un fonoaudiólogo para las evaluaciones utilizan protocolos o baterías de test. Para la gran mayoría de los profesionales encuestados en lo que respecta al tratamiento, los fonoaudiólogos estimulan el lenguaje y la comunicación, las alteraciones de la deglución y las disfonías. En menor medida expresan que abordan el habla y solamente una respuesta hace referencia a la estimulación cognitiva. Además, tres de los encuestados refieren que dentro de las funciones que desempeñan los fonoaudiólogos brindan orientaciones y asesoramiento a los familiares. Mientras que solo una respuesta hace referencia a que el fonoaudiólogo puede desarrollar funciones como coordinador. Un fonoaudiólogo agrega la redacción y confección de informes. Por lo expuesto se deduce que el total de los encuestados reconoce las funciones principales que desempeñan los fonoaudiólogos en un centro de rehabilitación.

Nube de palabras N°2: Funciones que desempeña el fonoaudiólogo en neurorrehabilitación



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°7: Patologías médicas de base que abordan los fonoaudiólogos en sujetos adultos, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos.

E1: ACV y TEC
E2: Mayormente personas que sufrieron un ACV isquémico o hemorrágico.
E3: ACV y Traumatismo cráneo encefálico leves. Puede ser algún tumor cerebral.
E4: TEC leves, ACV crónicos y algunas enfermedades degenerativas como puede ser la Enfermedad de Parkinson.
E5: ACV, TEC, Lesión Medular, Enfermedades degenerativas
E6: ACV, TEC, Enfermedades Neurodegenerativas
E7: ACV

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°8: Patologías médicas de base que abordan los fonoaudiólogos en sujetos adultos, según los fonoaudiólogos.

E8: Dentro de lo que es el daño cerebral adquirido, pacientes post ACV o TEC por accidentes leves.
E9: ACV, TEC, ELA, EM, etc.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

El equipo de salud junto a los fonoaudiólogos que participaron de las encuestas permitió visualizar en sus respuestas que conocen las patologías médicas de base abordadas con mayor frecuencia en rehabilitación. Dentro de ellas mencionan los ACV y TEC, seguidos

La ley N°27.568 sobre el ejercicio profesional de la fonoaudiología en su artículo N°6 del año 2020 establece que, las áreas de intervención del fonoaudiólogo son el lenguaje, habla, voz, fonoestomatología (incluyendo a la deglución), la audición y aspecto vestibular la intervención temprana, el abordaje neurolingüístico y cognitivo.

Respecto a las respuestas obtenidas tanto por parte de los fonoaudiólogos como el personal del equipo de rehabilitación, coinciden en que las áreas de intervención del fonoaudiólogo son el lenguaje y la comunicación, seguidas por el área de la voz y deglución. En menor medida mencionan los aspectos cognitivos y habla. Mientras que, un solo profesional no fonoaudiólogo, hace referencia a la labor de los fonoaudiólogos en el área de la audición, que si bien no lo trabajan en este centro es parte de sus incumbencias como menciona la ley.

Nube de palabras N°4: Áreas en las que se identifica que interviene el fonoaudiólogo



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°11: Áreas en las que considera fundamental la presencia del fonoaudiólogo en neurorrehabilitación, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos.

E1: Lenguaje, porque son los profesionales capacitados para trabajar las alteraciones en esta área como las afasias.
E2: En todas las que se desempeña, porque cada persona necesita que sus afecciones específicas sean abordadas.
E3: En las mencionadas anteriormente porque están capacitados para llevar a cabo evaluaciones y tratamiento de las patologías de esas áreas.
E4: Principalmente en la comunicación y voz, porque son los especialistas de esas áreas. Ayudan a los pacientes a mejorar en su comunicación brindando diferentes estrategias.

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°13: Importancia sobre la realización de evaluaciones fonoaudiológicas del aspecto deglutorio en sujetos adultos con daño cerebral adquirido, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Para que indique una alimentación segura y evitar posibles neumonías por aspiración.
E2: Para arribar a un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones mayores.
E3: Es importante realizar evaluaciones deglutorias en los casos que se sospeche de disfagia, en pacientes que en su internación ha requerido de traqueotomía para evitar nuevas internaciones. El fonoaudiólogo se complementa con los kinesiólogos en esta área.
E4: Porque en algunos casos el daño cerebral puede conllevar problemas para deglutir la saliva y el fonoaudiólogo es quien lo trabaja. Es importante tener un buen diagnóstico para que el plan de tratamiento sea acorde.
E5: Porque suelen tener compromiso en esa área, y si no se trabaja puede traer consecuencias (por ejemplo aspiración). El fonoaudiólogo es el profesional idóneo para evaluar esa área.
E6: Porque luego de un daño cerebral adquirido (ejemplo: ACV de tronco encefálico) hay un porcentaje elevado de padecer trastornos deglutorios/ disfagia/complicaciones para deglutir la propia saliva.
E7: Para beneficio de los pacientes.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°14: Importancia sobre la realización de evaluaciones fonoaudiológicas del aspecto deglutorio en sujetos adultos con daño cerebral adquirido, según los fonoaudiólogos

E8: Porque la detección oportuna de los trastornos deglutorios o disfagia previenen complicaciones respiratorias, neumonías aspirativas, lo que implicaría una nueva internación del paciente en un hospital de agudo. Comer es un acto que naturalmente genera placer, es social de compartir y la alteración en esta área ocasiona grandes malestares.
E9: La presencia de los fonoaudiólogos en las evaluaciones deglutorias es súper importante, somos quienes podemos diagnosticar las disfgias orofaríngeas, y tratarlas de forma adecuada en cada caso.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Según las respuestas obtenidas de los profesionales de salud y fonoaudiólogos encuestados, es importante la realización de evaluaciones deglutorias por fonoaudiólogos, ya que los sujetos que sufrieron un daño cerebral adquirido pueden presentar dificultad para deglutir alimentos de diferentes consistencias, semisólidos, sólidos y/o líquidos, como también su propia saliva.

La disfagia orofaríngea es un cuadro clínico con alta prevalencia en personas con enfermedades neurológicas. En los ACV puede afectar a más del 30% de los casos, entre un 52-82% respecto a la enfermedad de Parkinson, un 60% o más en la ELA, un 40% en la

Miastenia Gravis, un 44% en personas con esclerosis múltiple, y hasta el 84% en la enfermedad de Alzheimer (Clavé Civit y García Peris, 2013)

Por lo tanto, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la disfagia orofaríngea en esta población, y como refirieron el total de los encuestados, es conveniente la realización estipulada de evaluaciones clínicas por especialistas en esta área y de esta forma arribar a un diagnóstico oportuno y realizar el correspondiente tratamiento, evitando complicaciones mayores. Cabe mencionar que un profesional encuestado considera que el fonoaudiólogo debe complementarse con los kinesiólogos respecto a las evaluaciones y abordaje del área deglutoria, principalmente cuando hubo o hay presencia de cánula de traqueotomía en el paciente, ya que son ellos quienes tienen mayor dominio en lo referido a la traqueostomía. Y finalmente es importante destacar la opinión de un fonoaudiólogo que expresa que la acción de comer es un acto social que genera placer y se comparte con otros, y cuando hay dificultades para deglutir impacta de forma negativa en otras esferas.

Nube de palabras N°6: Importancia de realización de evaluaciones deglutorias en sujetos con daño cerebral adquirido por fonoaudiólogos



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N° 15: Consideración de la opinión del fonoaudiólogo en la determinación de la vía de alimentación de los sujetos adultos con disfagia/alteraciones deglutorias, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Sí, para evitar neumonías por aspiración.
E2: Sí, es muy importante para evitar neumonías aspirativas y otras complicaciones mayores.

E3: Sí, el fonoaudiólogo adapta la alimentación de los pacientes con dificultades en la deglución. Se debe hacer para evitar complicaciones respiratorias.
E4: Sí, los pacientes que presentan trastornos deglutorios requieren de la indicación de un tipo de dieta particular para prevenir complicaciones respiratorias graves.
E5: Sí
E6: Sí, para que la alimentación por vía oral sea segura y prevenir aspiraciones (neumonías aspirativas). Es importante que se adecue la consistencia de los alimentos o se indique por ejemplo que un paciente mantenga su alimentación por GTT.
E7: Sí, respeto a todos los profesionales.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°16: Consideración de la opinión del fonoaudiólogo en la determinación de la vía de alimentación de los sujetos adultos con disfagia/alteraciones deglutorias, según los fonoaudiólogos

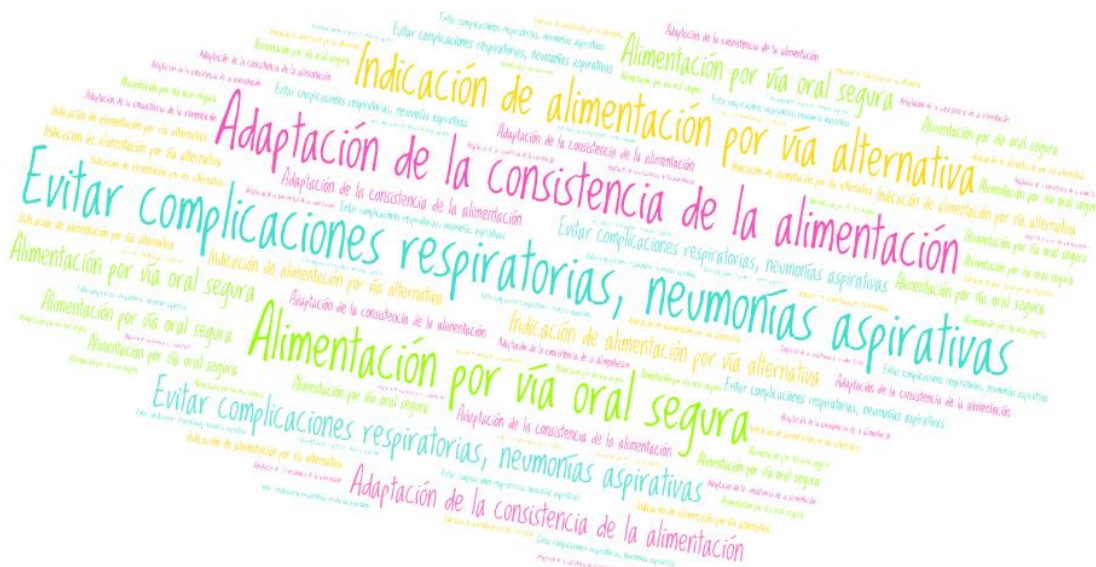
E8: Sí, por lo general adaptamos consistencias de dietas o retiramos alimentos de riesgo. Los pacientes suelen hacer su propia adaptación ante la dificultad para deglutir o episodios de tos/ahogo.
E9: Sí, somos quienes indicamos las consistencias/texturas de los alimentos que puede ingerir un paciente manteniendo la seguridad en la deglución. Cuando se realizan grandes cambios de consistencias o se incorpora espesante a los líquidos, sugerimos interconsultas con nutricionistas para que evalúen e intervengan en el aspecto nutricional e hidratación.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Respecto a la opinión del fonoaudiólogo en la determinación de la vía de alimentación de los sujetos adultos con disfagia, la totalidad de los encuestados manifestaron respetar esta indicación, para que la deglución del paciente sea segura y evitar neumonías aspirativas. Para ello, los fonoaudiólogos adaptan las consistencias de los alimentos que pueden ingerir en cada caso en particular. Además, los fonoaudiólogos expresan que ante la dificultad para deglutir algunos pacientes realizan su propia adaptación, y que trabajan en conjunto con nutricionistas, quienes evalúan el estado de hidratación y nutricional de los pacientes.

La neumonía aspirativa es la principal causa de muerte en personas con compromiso neurológico y deglutorio. En algunos sujetos puede pasar inadvertida por compromiso del reflejo tusígeno, detectando la aspiración silente a través estudios objetivos como la videofluoroscopia de la deglución. El tratamiento de las neumonías aspirativas implica hospitalización del paciente y elevados costos sanitarios. Por lo tanto, la rehabilitación, educación y seguimiento de las personas con disfagia es sumamente importante, pudiendo reducirse de esta manera la morbimortalidad (Botella Trelis y Ferrero López, 2002).

Nube de palabras N°7: Consideración de la opinión del fonoaudiólogo en la determinación de la vía de alimentación de sujetos adultos con disfagia



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°17: Estrategias o tips brindados por los fonoaudiólogos que utiliza para abordar a sujetos con diagnóstico de afasia, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Utilizar frases cortas con vocabulario sencillo, darle tiempo para sus respuestas.
E2: Situarse frente a la persona, mirarla a los ojos para hablarle. Usar frases cortas con palabras cotidianas. Prestar atención a los gestos que también comunican.
E3: Darle tiempo para que pueda expresarse de forma verbal. Hablar con frases simples.
E4: Cuando atiendo una persona con dificultades en la comunicación la escucho con mayor atención, busco posicionarme en su campo visual y soy precisa en las indicaciones.
E5: Forma de comunicarme tanto para dar consigna o preguntas, tiempos de espera para la respuesta.
E6: Posicionarme enfrente del paciente, prestar atención a los elementos de comunicación no verbal, ejemplos: gestos, expresiones faciales. Utilizar preguntas cerradas o con opciones múltiples.
E7: Desconozco

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°18: Estrategias o tips brindados por los fonoaudiólogos que utiliza para abordar a sujetos con diagnóstico de afasia, según los fonoaudiólogos

E8: En los casos consultados suelo sugerir no forzar su habla, brindarle el tiempo suficiente para que pueda expresarse, apoyarse de las expresiones faciales y gestos que siempre son útiles y comunican.

E9: Depende del tipo de afasia, puede ser que se tenga que inhibir la expresión verbal (afasia de Wernicke), para trabajar sobre la comprensión auditiva, o que en caso contrario que el paciente requiera de facilitaciones (afasia de Broca, Anómica) como puede ser mencionar la primera sílaba de una palabra. En general es importante tratar a la persona como un adulto que es, brindar tiempo suficiente para que pueda procesar la información solicitada y dar una respuesta.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación

Con respecto a los tips o estrategias brindadas para el abordaje de sujetos con afasia por los fonoaudiólogos, un solo profesional no fonoaudiólogo expresó desconocer estas estrategias, mientras que el resto mencionó, la importancia de ofrecer al paciente tiempo suficiente para que pueda procesar la información y dar una respuesta. La utilización de frases cortas con palabras cotidianas. También, destacaron la importancia de situarse en frente del paciente y mirarlo a los ojos cuando se le hable. Por último, valoraron los elementos de comunicación no verbales, entre ellos la utilización de gestos y prestar atención a las expresiones faciales.

En líneas generales los fonoaudiólogos coinciden con las respuestas de los profesionales de la salud, agregando que es importante tratar al sujeto como un adulto que es, evitando utilizar materiales de niños. Además, expresan que según el tipo de afasia se deben utilizar estrategias específicas, como la inhibición de la expresión verbal en casos donde la comprensión auditiva está muy comprometida, y la utilización de facilitaciones para la oralidad en sujetos con buena comprensión y mayor compromiso expresivo.

Según la National Aphasia Association (s.f), cada persona con afasia es distinta, y existen diversos grados de severidad en los cuadros clínicos, desde leves a severos, pero siempre hay que intentar ayudar a los sujetos afectados y favorecer su comunicación, para ello plantean estrategias a utilizar en la diaria, que coinciden con las expresadas por los profesionales encuestados.

Nube de palabras N°8: Tips que brindan los fonoaudiólogos para el abordaje de sujetos con afasia



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°19: Valor del trabajo en interdisciplina, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Sí, es fundamental el trabajo en equipo para mejorar la calidad de vida los pacientes.
E2: Es importante, aunque cuesta y no siempre es posible por cuestiones particulares. Se intenta lo mejor para favorecer el tratamiento de cada persona.
E3: El trabajo interdisciplinario es importante, es la sumatoria de las diferentes disciplinas par el beneficio del paciente.
E4: Por interdisciplina entiendo la suma de los diferentes puntos de vista de cada disciplina en busca de un fin común, en este caso mejorar el estilo de vida de una persona, lo que considero todo un gran desafío.
E5: Muy importante
E6: Sumamente importante, enriquece los abordajes y en definitiva beneficia al paciente.
E7: Importante

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°20: Valor del trabajo en interdisciplina, según los fonoaudiólogos

E8: La interdisciplina es necesaria para que los pacientes puedan verse beneficiados con el aporte de cada profesión.
E9: Cuando se trabaja en rehabilitación de sujetos con DCA es importante trabajar codo a codo con todos los profesionales intervinientes en el caso, donde cada uno pueda aportar su bagaje desde su especialidad.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Todos los entrevistados ya sean profesionales de la salud como fonoaudiólogos manifestaron que es sumamente importante la interdisciplina en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido. A través de ella, consideran que el paciente es el más beneficiado, ya que cada profesional aporta sus conocimientos y experiencias trabajando de forma conjunta y coordinada. De modo individual, un profesional no fonoaudiólogo, aclaró que esta tarea no es sencilla, pero que es todo un desafío en el que se encuentran trabajando a diario.

Bruna Rabassa et al. (2011) transmiten que no hay que olvidar que la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido debe llevarse a cabo desde una perspectiva holística e interdisciplinar, incluyendo a la familia como cuidadores principales, ya que estos pacientes suelen presentar secuelas importantes que impiden una vida de forma totalmente independiente. Por lo expuesto, es fundamental cuidar tanto a los pacientes como a sus familias, acompañándolos durante todo el proceso de rehabilitación para favorecer una atención integral.

Nube de palabras N°9: Valor de la interdisciplina en la neurorehabilitación



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°21: Espacios con los que cuentan para fomentar la labor interdisciplinaria en el centro de rehabilitación, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Reuniones de equipo, donde se hablan de casos puntuales.
E2: Reuniones de equipo, según disponibilidad de los profesionales.
E3: No contamos con espacios definidos, realizamos reuniones de equipo para intercambiar opiniones de casos.
E4: Realizamos reuniones esporádicas para conversas de casos complejos y brindar indicaciones en la misma dirección.
E5: Clínicas y evaluaciones de equipo. Consultas permanentes con otros profesionales.
E6: Juntas de evaluación inicial y reuniones de equipo durante el tratamiento o al finalizar el mismo a demanda de los profesionales.
E7: Consultas con especialistas para despejar dudas o inquietudes propias o de familiares de los pacientes para despejar dudas o inquietudes propias o de familiares.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°22: Espacios con los que cuentan para fomentar la labor interdisciplinaria en el centro de rehabilitación, según los fonoaudiólogos

E8: Reuniones esporádicas para conversar sobre casos o ingresos a tratamiento.
E9: Interconsultas, reuniones o clínicas de equipo para analizar los casos y consensuar indicaciones y rumbo del tratamiento.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

El total de los encuestados respondieron que para fomentar la labor interdisciplinaria en el centro de rehabilitación realizan reuniones o clínicas de equipo. Estas no se encuentran estipuladas en días u horarios definidos, sino que son a demanda de los profesionales y según la disponibilidad de los mismos. Las reuniones pueden ser en cualquier momento del

proceso de rehabilitación, es decir al inicio en forma de junta evaluadora, durante el tratamiento o en la etapa de finalización. En estas reuniones se conversa e intercambian opiniones sobre casos particulares. A parte de estas reuniones, algunos profesionales y fonoaudiólogos refirieron realizar interconsultas con otras especialidades.

En la actualidad, y cada vez más existen especializaciones en ciertas áreas o temas, por lo que para poder obtener el mayor provecho en la resolución y acompañamiento de los pacientes y sus familias es fundamental que se realicen reuniones o se cuenten con espacios para que se dialogue y acuerde un plan en común. Lusiardo (2002), coincide con lo expresado por los profesionales encuestados, en que el trabajo en interdisciplina requiere de mayor tiempo para poder planificar el tratamiento y aunar objetivos en conjunto, pero a mediano y largo plazo los resultados son mejores.

Nube de palabras N°10: Espacios para favorecer la interdisciplina



Fuente: Elaboración propia

Profesionales de Rehabilitación

Tabla N°23: Formas de fomenta el trabajo en equipo, según los profesionales de salud no fonoaudiólogos

E1: Con la comunicación presencial o telefónica.
E2: Comunicación presencial o contacto telefónico (llamadas o utilización de aplicación de mensajería instantánea).
E3: Llamadas telefónicas, mensajes de audios grabados y enviados por aplicación de mensajería instantánea.
E4: Con la palabra. La comunicación es importante para mantener un buen clima de trabajo.

E5: Consultas permanentes con otros profesionales.
E6: Interconsultas
E7: A través de la comunicación continúa.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Fonoaudiólogos

Tabla N°24: Formas de fomenta el trabajo en equipo, según los fonoaudiólogos

E8: Por lo general por llamadas telefónicas entre profesionales.
E9: Comunicación personal o telefónica/ mensajes, llamadas, mensajes de audios grabados y enviados por aplicación de mensajería instantánea cuando no se coincide con los profesionales

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Los profesionales encuestados expresaron dos formas de fomentar el trabajo en equipo. La primera es a través de la comunicación presencial con colegas u otros profesionales. La segunda, utilizada cuando no se coincide con los demás especialistas, corresponde al contacto telefónico, ya sea tanto por llamadas como por mensajes.

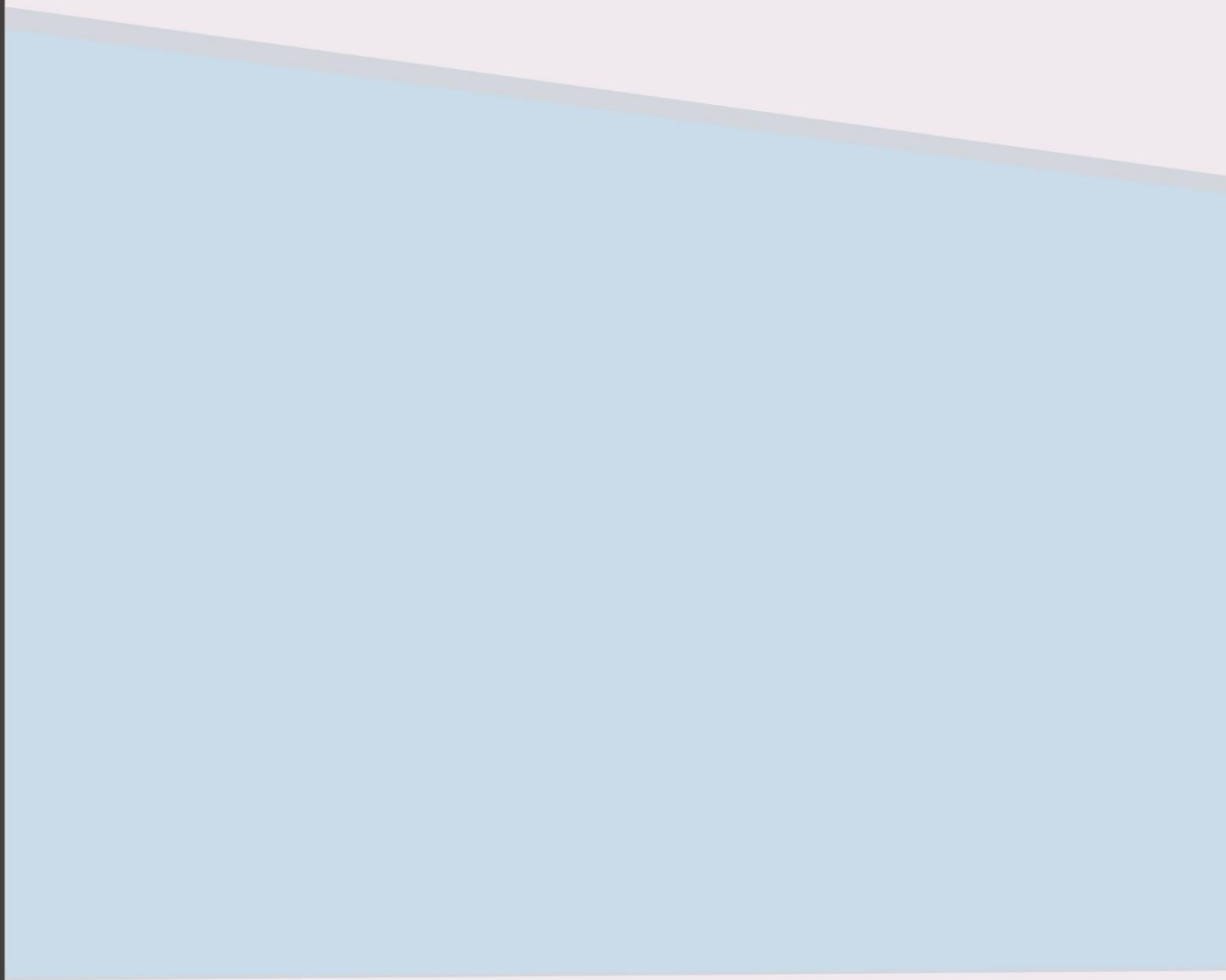
La comunicación es fundamental para general un buen clima laboral, vínculos de confianza con los pacientes y familiares, impactando en los resultados del tratamiento. Cuando ésta es asertiva, facilita el trabajo en los equipos de profesionales, y los pacientes suelen cumplir con los tratamientos de rehabilitación planteados. Además, cuando los componentes verbales y no verbales expresan lo mismo, la información transmitida se potencia. Por lo tanto, es imprescindible considerar los elementos de comunicación no verbales como las miradas, las expresiones faciales, movimientos de cabeza, posturas corporales, gesticulación manual, tono, entonación y velocidad del habla, y por otro lado entrenar la oralidad, las habilidades de comunicación verbal. Los profesionales de salud, y principalmente quienes trabajan con personas con discapacidad, deben ser empáticos y buenos comunicadores para favorecer el trabajo en equipo y la obtención de buenos resultados (Echevarría Ruiz de Vargas et al., 2004).

Nube de palabras N°11: Formas de fomentar el trabajo en equipo



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES



A partir del siguiente trabajo de investigación sobre el rol del fonoaudiólogo en rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la visión del equipo interdisciplinario sobre el mismo, se desprenden las siguientes conclusiones.

El equipo de rehabilitación encuestado está conformado por un médico fisiatra quien es el coordinador, kinesiólogos, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos y trabajadores sociales. Los años de experiencia profesional en el área de la neurorehabilitación de sujetos adultos de los profesionales encuestados oscila entre los 3 y 10 años.

Todos los profesionales encuestados enfatizan la importancia de la participación de los fonoaudiólogos en el área la neurorrehabilitación, refiriendo que su labor reside en la realización de evaluaciones para arribar a diagnósticos oportunos, la planificación del tratamiento acorde para cada persona y la puesta en marcha del mismo, abordando los aspectos del lenguaje, habla, comunicación, voz y deglución de forma coordinada con otros profesionales del equipo de salud. Además, mencionaron otras actividades como brindar orientaciones y asesoramiento a los familiares y la confección de informes.

Los profesionales conocen las patologías médicas de base abordadas con mayor frecuencia en neurorehabilitación. Dentro de ellas mencionaron los ACV y TEC, seguidos por enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Parkinson, ELA y esclerosis múltiple. Un solo profesional mencionó el abordaje de personas con lesión medular.

Al momento de consultar sobre las áreas de intervención del fonoaudiólogo, las más nombradas fueron el lenguaje y la comunicación, seguidas por el área de la voz y deglución. En menor medida mencionaron los aspectos cognitivos y habla.

Al indagar sobre el aspecto deglutorio, los encuestados expresaron que es conveniente la realización de evaluaciones clínicas por especialistas en esta área, ya que existe una alta prevalencia de disfagia orofaríngea en esta población, y de esta manera poder arribar a un diagnóstico oportuno y realizar el correspondiente tratamiento, evitando complicaciones mayores, siendo los fonoaudiólogos los profesionales capacitados para cumplir esta función. Además, la totalidad de los encuestados manifestaron respetar la indicación de la vía de alimentación de los sujetos con disfagia brindada por los fonoaudiólogos, para que la deglución del paciente sea segura y de esta manera evitar neumonías aspirativas. Por su parte, los fonoaudiólogos expresaron que su opinión es tenida en cuenta, ya que son ellos quienes indican las consistencias de los alimentos que puede ingerir un paciente, manteniendo la seguridad en la deglución. Además, agregan que el acto de comer naturalmente genera placer e implica grandes mesas donde compartir con otros, socializar, por lo que la alteración en esta área, no solo conlleva complicaciones respiratorias graves, sino que también impacta en el estado anímico de los sujetos afectados.

En relación a la pregunta formulada sobre los tips o estrategias brindadas para el abordaje de sujetos con afasia por los fonoaudiólogos, un solo profesional no fonoaudiólogo

expresó desconocer estas estrategias, mientras que el resto mencionó la importancia de ofrecer al paciente tiempo suficiente para que pueda procesar la información y dar una respuesta. La utilización de frases cortas con palabras cotidianas. También, destacaron la importancia de situarse en frente del paciente y mirarlo a los ojos cuando se le hable. Por último, valoraron los elementos de comunicación no verbales, entre ellos la utilización de gestos y prestar atención a las expresiones faciales. Por su parte, los fonoaudiólogos coinciden con las respuestas del resto del equipo de rehabilitación, agregando que es importante tratar al sujeto como un adulto que es, evitando utilizar materiales de niños.

Finalmente, ante la consulta sobre el valor del trabajo en interdisciplina, todos los profesionales del equipo de rehabilitación, incluyendo a los fonoaudiólogos, consideraron que es importante, y que a través de ella el paciente es el más beneficiado, ya que cada profesional aporta sus conocimientos y experiencias trabajando de forma conjunta y coordinada. Para fomentar este trabajo interdisciplinario realizan reuniones a demanda de los profesionales, donde se conversa e intercambian opiniones sobre casos particulares. Otra forma con que la promueven el trabajo en equipo es a través de interconsultas, teniendo a la comunicación como pilar fundamental, ya sea entre los propios colegas o con otros profesionales.

Tanto los fonoaudiólogos como el resto de los profesionales del equipo de rehabilitación encuestados tienen un claro conocimiento sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de sujetos adultos con daño cerebral, y un gran desafío por delante para continuar fortaleciendo el trabajo en interdisciplina.

En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Cómo aplican los profesionales del equipo de rehabilitación los tips o estrategias brindadas por los fonoaudiólogos para el abordaje desde sus disciplinas a los sujetos con afasia?
- ¿Cuál es el impacto de la labor del fonoaudiólogo en el abordaje de las disfagias neurogénicas?
- ¿Cuál es el grado de conocimiento de los pacientes y familiares sobre la labor del fonoaudiólogo en la neurorrehabilitación?

BIBLIOGRAFÍA



- Aceitunoa, C., Arandab, S., Palmab, G., Pinoa, C., Villegas, P., Quezadac, C. y Toledo Rodríguezc, L. (2018). Calidad de vida en personas con disartria. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 39, 27-31.
- Alberdi Odriozola, F., Iriarte ibarrarán, M., Mendía Gorostidi, A., Murgialdai, A., y Marco Garde, P. (2009). Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. *Med Intensiva*, 33(4),171-81.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1) ,93-107.
- Ardila, A. (2006). *Las afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders.
- Arias Cuadrado, A. (2009). Rehabilitación del ACV; evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia clínica*, 70(3), 25-40.
- Ameriso, S. F., y Esnaola y Rojas, M. M. (2005). Enfermedad cerebrovascular isquémica en I. Casas Parera (Ed.), *Manual de neurología* (2ªed., pp.19- 32). Grupo Guía.
- Ballesteros, M. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12(2), 1-14.
- Basso, A. (2010). *La afasia conocer para rehabilitar*. Akadia.
- Belló, M., y Becerril Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(2), 96-108.
- Bleeckx, D. (2004). *Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Mcgraw hill interamericana.
- Borregón Sanz, S. y González Calvo, A. (2012). *La afasia exploración, diagnóstico y tratamiento*. CEPE.
- Botella Trelis, J. J., y Ferrero López, M.I. (2002). Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutrición hospitalaria*, XVII (3), 168-174.
- Bruna Rabassa, O., Cucurella Fabregat, E., Puyuelo Sanclemente, M., Cuevas Pérez, R., y Signo Miguel, S. (2011). Atención a la familia y trabajo interdisciplinar en el envejecimiento y las demencias en O. Bruna., T. Roig., M. Puyuelo., C. Junqué., y A. Ruano (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica, intervención y práctica clínica* (pp.433-448). GEA consultoría.
- Calvo Rojas, J., Pelegrín Mesa, A., y Saturnina Gil Basulto, M. (2018). Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. *Retos de la dirección*, 12(1), 96-118.
- Cámpora, H., Costilla, M., Estol, C., Kecskes, C., Mastroberti, L., Santamarina, L., y Weinberg, M., Zurrú, M.C. (2019). *Consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con Accidente Cerebrovascular*.

- Carvajal Castrillón, J. y Restrepo Peláez, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *CES Psicología* 6(2), 135-148.
- Castellanos Pinedo, F; Cid Gala, M; Duque, P; Ramírez Moreno, y J; Zurdo Hernández, J. (2012). Daño cerebral sobrevenido propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Revista de neurología*,54(6), 357-366.
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura en la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1),108-113.
- Cuervo, M.T. y Quijano, M. C. (2008). Las alteraciones de la atención y su rehabilitación en trauma craneoencefálico. *Pensamiento psicológico*, 4(11),167- 182.
- Cuestos Vega, F. (2003). *Anomia, la dificultad para recordar las palabras*. Tea
- Chaná, P., y Albuquerque, D. (2006). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y la práctica neurológica. *Chilena neuro-psiquiatría*, 44(2), 89-97.
- Christensen, A. L. (2011). Principios de la rehabilitación neuropsicológica en O. Bruna., T. Roig., M. Puyuelo., C. Junqué., y A. Ruano (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica, intervención y práctica clínica* (pp.15- 30). GEA consultoría.
- Claramónika Uribe, P. (2006). Intervención familiar en pacientes con daño cerebral en J. C. Arango Lasprilla (Ed.), *Rehabilitación Neuropsicológica* (pp. 145- 158). Manual Moderno.
- Clavé Clvit, P. y García Peris, P. (2013). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaríngea*. Glosa, S.L.
- Delgado-Mejía, I., D. y Etchepareborda, M., C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas: Diagnóstico y tratamiento. *Neurología*, 57(1). 95-103.
- De Noreña, D., Ríos Lago M., Bombín González, I., Sánchez Cubillo. I., García Molina A y Tirapu-Ustárrroz J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Neurología*, 51(11), 687-698.
- De Noreña, D., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A., Tirapu-Ustárrroz, J., Bombín-González, I. y Ríos-Lago, M. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. *Neurología*,51(12), 733-744.
- Del Burgo González de la Aleja, G. (2004). *Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*. Eos.
- Díaz Velázquez, E. (2020). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *Intersticios*, 14(2/1), 67-81.

- Echevarría Ruiz de Vargas, C; García Obrero, I; Palomo Gallardo, J.M; Pérez Herrera, J.C; Sánchez Navarro, C; y Cayuela Domínguez, A. (2004). La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación*, 38(6), 296-305.
- Flores Lázaro, J., C. y Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 47-58.
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales sociales*, (26), 161-175.
- González, R. A. y Bevilacqua, J. (2012). Las disartrias. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 23, 299-309.
- González, R. y Hornauer Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, (25), 291-308.
- Guerrero, L., y León, A. (2018). Aproximaciones al concepto de salud revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), 610-633.
- Helm-Estabrooks, N. y Albert, M., L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Panamericana.
- Junqué Plaja, C. (2011). Técnicas de neuroimagen en neuropsicología clínica y rehabilitación neuropsicológica en O. Bruna., T. Roig., M. Puyuelo., C. Junqué., y A. Ruano (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica, intervención y práctica clínica* (pp.15- 30). GEA consultoría.
- Ley 27.568, artículo N°2. (2020). *Ejercicio profesional de la fonoaudiología*. Recuperado de <https://bit.ly/2VUmkP0>
- Ley 27.568, artículo N°6. (2020). *Ejercicio profesional de la fonoaudiología*. Recuperado de <https://bit.ly/2VUmkP0>
- Lusiardo, M. (2002). Trabajo en equipo en ámbitos de rehabilitación. *Salud Militar*, 24(1),76-90.
- Malmierca, A. M., y Nosti, C. (2005). Traumatismos encefalocraneanos en I. Casas Parera (Ed.), *Manual de neurología* (2ªed., pp.95- 106). Grupo Guía.
- Masciantonio, L., Paradiso, N., Villarreal A., Alasevicius, E., Alasevicius, L., Casagrande, M., Centurión, E; Fernández, M; Rago, F; Sotelo, G; y Veglio, S. (2016). Relevamiento Epidemiológico a partir de Certificados Único de Discapacidad (CUD) otorgados. *Hospital sub-zonal especializado en rehabilitación José maría Jorge*.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21, 11-10.
- Melle, N. (2007). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Síntesis.

- Muñoz Céspedes, J. M., y Tirapu Ustárroz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Síntesis.
- National Aphasia Association (s.f). *Consejos para comunicarse con personas con afasia*. Recuperado de <https://www.aphasia.org/es/consejos-para-comunicarse-personas-afasia/>
- Nazar, G., Ortega, A., Godoy, A., Godoy, J. M., y Fuentealba, I. (2008). Evaluación fibroscópica de la deglución. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 68, 131-142.
- Organización mundial de la salud. (2001). Recuperado de <https://bit.ly/3m1KmSG>
- Organización mundial de la salud. (2005). Recuperado de <https://bit.ly/39QEPMs>
- Organización mundial de la salud. (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de <https://bit.ly/3IYfqCX>
- Organización mundial de la salud. (2021). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Organización panamericana de la salud. *Estructura de la CIF*. Recuperado de <https://bit.ly/33VI2aU>
- Ostrosky-Solís, F., y Lozano-Gutiérrez, A. (2006). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas en J. C. Arango Lasprilla (Ed.), *Rehabilitación Neuropsicológica* (pp. 39-58). Manual Moderno.
- Ramírez, S., y Colina Matiz, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Med*, 17(1), 26- 33.
- Ramos Martín Vegue, A. J., Vázquez Barquero, J. R., y Herrera Castanedo, S. (2002). CIE 10 (I): introducción, historia y estructura general. *Papeles médicos*, 11(1), 24-36.
- Ríos Lago, M. Muñoz Céspedes, J. M. y Pául Lapedriza, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de neurología*, 44(5), 291- 297.
- Rodríguez Riaño, L. J., y Duarte Valderrama, A. (2017). Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución. *Logopedia, foniatría y fonoaudiología*, 38 (2), 84-91.
- Rosa, M. A. (2018). Trastornos deglutorios, disfagia, tipos de disfagias y grados de severidad en M. H. Trovato., M. I. Rosa., y G. Brotzman (Ed.), *Manual de fonoestomatología, clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la deglución y alimentación en niños y adultos* (pp.533- 542). Akadia.
- Ruiz de león, A. y Clave, P. (2007). Videofluoroscopia y disfagia neurogénica. *Revista española de enfermedades digestivas*, 99(1), 3-6.

- Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni, (2017). *Guía para el manejo de la disartria, pautas para personas con problemas en el habla*. Recuperado de <https://bit.ly/37OSvWN>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, ix (2), 9-21.
- Sohlberg y Mateer (2001). Rehabilitación de la atención en J. C. Arango Lasprilla (Ed.), *Rehabilitación Neuropsicológica* (pp. 31). Manual Moderno.
- Vázquez, B., y Veronesi, M. (2013). Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post - UCI. *Syllabus*, 30(3),154-155.
- Vega Rodríguez, Y. E., Torres Rodríguez, A. M., y Del Campo Rivas, M. N. (2017). Análisis del rol del fonoaudiólogo en el sector salud en Chile. *Ciencia y trabajo*, (59),76-80.
- Verdejo García, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna*, XXXIII (1), 11-14.
- Zurrú, M. C., y Casas Parera, I. (2005). Enfermedad cerebrovascular hemorrágica en I. Casas Parera (Ed.), *Manual de neurología* (2ªed., pp.33- 46). Grupo Guía.

ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN NEUROREHABILITACIÓN

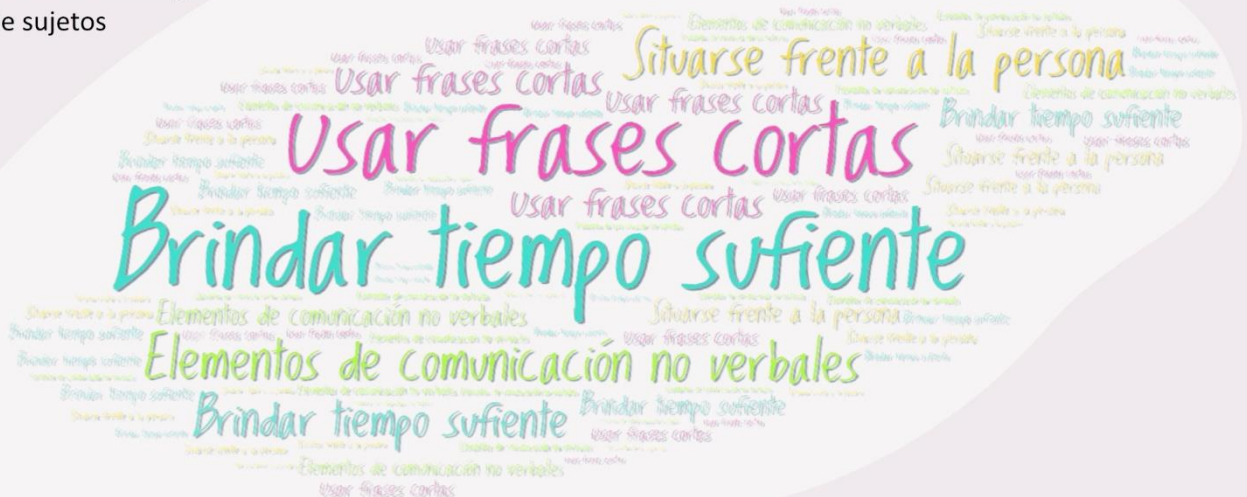
INTRODUCCIÓN: los fonoaudiólogos participan en los equipos interdisciplinarios de rehabilitación, para ayudar a sujetos adultos afectados tras un daño cerebral adquirido a superar deficiencias, aprender formas de compensación de los déficits, entrenar a familiares, y por sobre todo mejorar la calidad de vida de estas personas.

OBJETIVO: analizar el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de sujetos adultos con daño cerebral adquirido y la percepción del equipo interdisciplinario de los mismos en un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata en el año 2022.

MATERIALES Y MÉTODO: investigación de tipo descriptiva y transversal con un diseño no experimental. La población está constituida por 9 profesionales de un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata.

RESULTADOS: los profesionales encuestados poseen conocimiento sobre la labor del fonoaudiólogo en la neurorehabilitación de sujetos adultos. Reconocen las patologías médicas de base que tratan. Destacan la función del fonoaudiólogo en el área del lenguaje y la comunicación, incorporando sus indicaciones para el abordaje de sujetos con afasia. En relación al aspecto deglutorio, respetan las indicaciones de los fonoaudiólogos, vía de alimentación y tipos de dietas según consistencia segura para el paciente, de esta manera se evitan posibles neumonías aspirativas. Todos los encuestados resaltan el valor del trabajo en interdisciplina, consideran que a través de ella los pacientes y sus familiares son los más beneficiados. Si bien no presentan espacios definidos para fomentar la interdisciplina, se encuentran trabajando en ello. El trabajo en equipo se basa en la comunicación entre colegas o profesionales de otras especialidades y realización de reuniones dónde conversan e intercambian opiniones sobre casos particulares.

Tips que brindan los fonoaudiólogos para el abordaje de sujetos con afasia, n9.



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES: los profesionales de salud y los fonoaudiólogos de la presente muestra tienen una percepción positiva y adecuada de la labor fonoaudiológica dentro del centro de rehabilitación. Valoran el trabajo interdisciplinario y se encuentran en proceso de mejora en este último aspecto.



REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR⁸⁴

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre _____
Tipo y N.º de Documento _____
Teléfono/s _____
E-mail _____
Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁸⁴ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o página siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

TESIS DE LICENCIATURA

FGA. TASCÓN
MARÍA CANDELA

